



UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
DEPARTAMENTO DE SAÚDE PÚBLICA
CURSO DE ESPECIALIZAÇÃO MULTIPROFISSIONAL NA ATENÇÃO BÁSICA 2016

Abdul Amir Hassan Yassine

Planejamento da implantação de projeto de combate ao
tabagismo em Unidade de Saúde da Família de Foz do
Iguaçu - PR.

Florianópolis, Abril de 2017

Abdul Amir Hassan Yassine

Planejamento da implantação de projeto de combate ao tabagismo
em Unidade de Saúde da Família de Foz do Iguaçu - PR.

Monografia apresentada ao Curso de Especialização Multiprofissional na Atenção Básica da Universidade Federal de Santa Catarina, como requisito para obtenção do título de Especialista na Atenção Básica.

Orientador: Julia Estela Willrich Boell
Coordenadora do Curso: Profa. Dra. Fátima Büchele

Florianópolis, Abril de 2017

Abdul Amir Hassan Yassine

Planejamento da implantação de projeto de combate ao tabagismo
em Unidade de Saúde da Família de Foz do Iguaçu - PR.

Essa monografia foi julgada adequada para obtenção do título de “Especialista na atenção básica”, e aprovada em sua forma final pelo Departamento de Saúde Pública da Universidade Federal de Santa Catarina.

Profa. Dra. Fátima Büchele
Coordenadora do Curso

Julia Estela Willrich Boell
Orientador do trabalho

Florianópolis, Abril de 2017

Resumo

Introdução: Projeto de intervenção desenvolvido na comunidade assistida pela Estratégia Saúde da Família (ESF) 039 da Unidade de Saúde Três Bandeiras, Foz do Iguaçu (PR), compreende um total de 6.100 pessoas. Algumas das principais causas de mortes de usuários da comunidade em 2015 foram as doenças cardiovasculares, que apresentam como principal fator de risco modificável o tabagismo, afecção recorrente na observação clínica dos profissionais atuantes. A prevalência do tabagismo no Brasil estava entre 11 e 15% das pessoas acima de 15 anos em 2013. As principais abordagens clínicas para tentativas de cessação do tabagismo são a cognitivo-comportamental - composta por diversas técnicas, como as abordagens básica e intensiva e a formação de grupos para cessação do tabagismo - e a medicamentosa. O tratamento pode ser realizado por qualquer unidade de saúde associada ao SUS. **Objetivo:** Realizar ações de prevenção, diagnóstico e tratamento do tabagismo à comunidade assistida pela ESF 039. **Metodologia:** A implantação do projeto de intervenção seguirá as seguintes etapas: associação ao Programa Municipal de Combate ao Tabagismo; discussão com a ESF e o NASF sobre o projeto e acordo de cronograma; rastreamento da população tabagista; educação em saúde sobre tabagismo; seleção dos pacientes que desejam cessação; intervenção sobre tabagismo (nas modalidades de abordagem básica grupal e medicamentosa); e avaliação dos resultados. Cada ciclo de atividades terá duração aproximada de 10 meses, sendo o público-alvo todos os usuários interessados atendidos pela ESF. **Resultados Esperados:** Espera-se, assim, capacitar os profissionais da ESF a realizarem rastreamento e/ou manejo do tabagismo, aplicando-lhes eficientemente na população atendida, diminuindo o número de tabagistas na comunidade.

Palavras-chave: Tabagismo, Atenção Primária à Saúde, Prevenção em saúde, Combate, Educação em saúde

Sumário

1	INTRODUÇÃO	9
2	OBJETIVOS	11
2.1	Objetivo Geral	11
2.2	Objetivos Específicos	11
3	REVISÃO DA LITERATURA	13
3.1	Conceito e diagnóstico do Tabagismo	13
3.2	Epidemiologia do Tabagismo	14
3.3	Consequências biopsicossociais do Tabagismo	15
3.4	Manejo clínico inicial do Tabagismo na Atenção Primária à Saúde	16
3.5	Intervenções e tratamento do Tabagismo na APS	17
3.6	Programa Nacional e local de controle ao Tabagismo	18
4	METODOLOGIA	19
5	RESULTADOS ESPERADOS	21
	REFERÊNCIAS	23

1 Introdução

A Unidade de Saúde Três Bandeiras compõe parte do Distrito Sanitário Nordeste do município de Foz do Iguaçu (Paraná), de maneira a realizar cobertura das áreas 017 e 039 através da atuação de duas Equipes de Saúde da Família (ESF).

A ESF 039 é composta por 1 médico, 1 enfermeira, 6 agentes comunitários da saúde (ACS), 2 auxiliares de enfermagem, 1 técnica de enfermagem, 1 recepcionista, 1 cirurgião dentista, 1 auxiliar dentista e 1 zeladora. Conta, ainda, com associação a 1 equipe do Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF), composta por 1 nutricionista, 1 psicólogo e 1 assistente social. Os serviços ofertados pela ESF em associação ao NASF incluem ações em saúde da criança, ações em saúde da mulher, ações em saúde do adulto, ações em saúde do idoso, acolhimento, atendimentos individuais diversos, visitas domiciliares, grupos de emagrecimento, grupos de gestantes, grupos de terapia comunitária e HiperDia.

A comunidade assistida pela ESF 039 compreende um total de 6.100 pessoas, sendo 2.544 (41%) homens e 3.546 (59%) mulheres. Os adultos (indivíduos entre 20 e 59 anos) perfazem um grupo de 3.665, em contraste a 990 idosos (indivíduos com 60 anos ou mais). A prevalência de Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS) em julho de 2015 foi estimada em 269 em relação ao total de assistidos. A prevalência de Diabetes Mellitus (DM), no mesmo período, foi estimada em 83. Em 2015, as queixas mais comuns que levaram à procura pelo serviço foram estimadas em: HAS (45%); DM (15%); dengue (12%); saúde mental (9%); sintomas gripais (8%); síndrome diarreica e outros (11%). No mesmo ano, as principais causas de mortes de usuários da comunidade foram: acidentes automobilísticos; violência urbana; câncer; e doenças cardiovasculares. Ainda no período, as principais causas de internações de idosos da comunidade foram: doenças respiratórias; doenças cardiovasculares; dengue; câncer; e causas externas, como acidentes automobilísticos.

Afecção recorrente na observação clínica dinâmica dos profissionais da equipe é o tabagismo. Dados de 2013 indicam que a prevalência do tabagismo no Brasil estava entre 11 e 15% das pessoas acima de 15 anos, sendo superior entre homens. Ainda assim, os números vêm caindo no país nas últimas duas décadas.

Tabagismo é definido como “o consumo de derivados do tabaco” (BRASIL, 2015), sendo incluído no CID-10 como transtorno mental e de comportamento decorrentes do uso de substância psicoativa (INCA, 2007). É considerado fumante regular o indivíduo que consumiu, em sua vida, mais de 100 cigarros. A avaliação do tabagismo pode incluir diversas esferas e ferramentas, como a análise da dependência pela Escala de Fagerström. Caso haja interrupção, o usuário é denominado ex-fumante (BRASIL, 2015). De acordo com o Ministério da Saúde, o uso dos derivados ocorre de variadas maneiras, classificadas como uso de tabaco fumado (seja em uso ativo ou passivo) ou uso de tabaco não-fumado. Quaisquer das variantes podem acarretar riscos à saúde (BRASIL, 2015)

O tabagismo é a causa mais importante de morbidade e mortalidade precoces do mundo, representando causa de cerca de 8% das mortes no início do século XXI. Trata-se do mais importante fator de risco modificável para desordens como câncer de pulmão, doenças psiquiátricas (NUNES; CASTRO; CASTRO, 2011) e cardiovasculares, além de diabetes (BRASIL, 2015). O hábito leva a efeitos biológicos mesmo nos casos de fumo passivo, desencadeando agravos como asma, câncer de pulmão, doença pulmonar obstrutiva crônica e desordens do crescimento infantil (BRASIL, 2015). Desse modo, torna-se importante objeto de intervenção nos níveis individual e coletivo para prevenção de doenças crônicas não-transmissíveis, as mais relevantes nos cenários clínicos do século XXI.

A interrupção do tabagismo leva a diversos benefícios aos ex-fumantes e indivíduos à sua volta. Existem, nesse contexto, evidências de aumento significativo da expectativa de vida, diminuição das chances de desenvolvimento de câncer pulmonar e redução de risco cardiovascular após cessação de um ano. Tais efeitos variam de acordo com o tempo de interrupção do hábito, tornando evidente o benefício da interrupção imediata do tabagismo (BRASIL, 2015).

As principais abordagens clínicas para tentativas de cessação do tabagismo são a cognitivo-comportamental e a medicamentosa, de maneira que ambos atuam sinergicamente para alcançar seu objetivo com relevante taxa de sucesso (BRASIL, 2015). A primeira “ajuda a reestruturar cognições disfuncionais e dar flexibilidade cognitiva para avaliar situações específicas” (BRASIL, 2015, p. 60), sendo composta por diversas técnicas, como as abordagens básica e intensiva e a formação de grupos para cessação do tabagismo. A segunda, por sua vez, “visa (...) ao controle dos sintomas de abstinência provocados pela suspensão do uso da nicotina” (BRASIL, 2015, p. 67), utilizando substâncias como a nicotina – com diversas apresentações, como adesivo e goma de mascar - e o cloridrato de bupropiona (antidepressivo). O tratamento pode ser realizado por qualquer unidade de saúde associada ao SUS, como preconizado pelo Ministério da Saúde desde 2004 (INCA, 2007). Os sujeitos incluídos no processo de cessação podem experimentar diversos obstáculos, como ganho de peso e síndrome de abstinência (BRASIL, 2015).

Nesse contexto, como porta de entrada ao serviço público de saúde, a Atenção Básica desempenha papel essencial na intervenção do tabagismo. Dessa maneira, como a afecção é relevante na realidade da Unidade de Saúde Três Bandeiras, que ainda não conta com ações específicas sobre o tema, o presente projeto propõe a realização de intervenções em saúde relacionadas ao tabagismo, incluindo prevenção, diagnóstico e tratamento da afecção. Uma vez que a ESF e o Nasf apresentam suficientes recursos humanos para o projeto, além de poder contar com o apoio do Programa Municipal [de Foz do Iguaçu] de Combate ao Tabagismo, verifica-se que a proposta é oportuna e encontra-se alinhada com as necessidades da comunidade assistida e a equipe responsável.

2 Objetivos

2.1 Objetivo Geral

Realizar ações de prevenção, diagnóstico e tratamento do tabagismo direcionadas à comunidade assistida pela ESF 039, conforme preconizado pelo Ministério da Saúde.

2.2 Objetivos Específicos

-Capacitar os profissionais da ESF 039 para realização de ações de prevenção, diagnóstico e tratamento através de matriciamento do Programa Municipal de Foz do Iguaçu de Combate ao Tabagismo.

-Realizar ações de prevenção do tabagismo de forma constante e dinâmica nos diversos espaços e ocasiões vivenciadas na USF e na comunidade, incluindo escolas e associação de moradores.

-Realizar diagnóstico do tabagismo nas situações clínicas oportunas de maneira contínua, permitindo a detecção imediata da afecção, baseando-se nos critérios e ferramentas preconizados pelo Ministério da Saúde, como a escala de Fagerström.

-Oferecer tratamento do tabagismo nas esferas cognitivo-comportamental e a medicamentosa.

-Humanizar o atendimento ao tabagista através de trabalho interprofissional e da abordagem centrada na pessoa.

3 Revisão da Literatura

3.1 Conceito e diagnóstico do Tabagismo

O Ministério da Saúde define tabagismo como “consumo de derivados do tabaco” (BRASIL, 2015, p. 21)

O tabagismo foi pela primeira vez considerado uma enfermidade em 1988 pelo Ministério da Saúde dos Estados Unidos da América (BARBOSA et al., 2014). Historicamente, porém, o conceito passou por divergências na literatura científica, de maneira que estudos diferentes sustentavam critérios diagnósticos distintos para a definição de tabagismo (BARBOSA et al., 2014).

Essenciais, as definições do Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais (DSM-V) e da Décima Revisão da Classificação Internacional de Doenças CID-10 (CID-10), publicada em 1993 no Brasil, convergiram em suas considerações, de maneira que dependência química de tabaco e tabagismo passaram a ser consideradas o mesmo conceito (BARBOSA et al., 2014).

O DSM-V aponta que “dependência química é vista como uma enfermidade incurável e progressiva, apesar de poder ser estacionada pela abstinência. É o conjunto de fenômenos comportamentais, cognitivos e fisiológicos que se desenvolvem após o repetido consumo de uma substância psicoativa” (BARBOSA et al., 2014, p. 197), (APA, 2014, p. 197) neste caso, a nicotina.

O CID-10 inclui os seguintes transtornos comportamentais e mentais relacionados ao uso de derivados da nicotina: uso nocivo para a saúde; síndrome da dependência; intoxicação aguda; síndrome de abstinência; outros (SERRANO et al., 2016).

O Ministério da Saúde considera fumante regular o indivíduo que realizou “consumo superior a 100 cigarros na vida e que continua fumando” (BRASIL, 2015, p. 22). O órgão indica ainda a possibilidade da avaliação qualitativa do consumo pelo questionário de Fagerström, que avalia a dependência de nicotina em uma escala de 1 a 10 (BRASIL, 2015). O instrumento é composto por perguntas relacionadas a satisfação no uso do tabaco e frequência do consumo (SERRANO et al., 2016). A avaliação qualitativa do consumo, por sua vez, apresenta como principal instrumento a “Escala de Razões para Fumar Modificada”, que apresenta como principais razões para o tabagismo: “dependência, prazer de fumar, redução da tensão, estimulação, automatismo, manuseio, tabagismo social, controle de peso e associação estreita” (BRASIL, 2015, p. 49).

O consumo do tabaco e seus derivados pode ser classificado em fumado e não-fumado. A primeira categoria trata-se do consumo do tabaco através de sua queima e inclui o tabagismo ativo (aquele praticado pelo próprio usuário) e tabagismo passivo (aquele em que há

inalação pelos indivíduos próximos ao usuário). A segunda categoria envolve o consumo através de outras vias, como mascado ou aplicado sobre a pele. Ambas as modalidades apresentam riscos à saúde (BRASIL, 2015).

O Ministério da Saúde define como cessação do tabagismo a interrupção permanente do tabagismo (ou até que ocorra a recaída), sem que exista, porém, consenso do período de tempo necessário para se caracterizá-la (BRASIL, 2015).

3.2 Epidemiologia do Tabagismo

A Organização Mundial da Saúde (OMS) aponta que cerca de um terço da população mundial é tabagista, de maneira a considerar-se uma epidemia mundial do tabagismo principalmente após a expansão do consumo entre mulheres nas últimas décadas. Estima-se que cerca de 80% dos tabagistas do mundo é residente de países em desenvolvimento (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2009 *apud* (BRASIL, 2015)). Considera-se que o tabagismo ativo cause a morte de mais de 5 milhões de pessoas por ano, enquanto 600.000 mortes relacionam-se ao tabagismo passivo (ORGANIZATION, 2015).

Dados de 2015 da OMS relacionados ao tabagismo em indivíduos maiores de 15 anos indicam que o país com consumo de tabaco mais prevalente entre homens é a Indonésia (prevalência de 76,2%), em divergência do Panamá, país com menor prevalência de tabagismo entre homens (prevalência de 10,6%). Entre as mulheres, o país com maior prevalência do tabagismo é Nauru (prevalência de 52%), opondo-se a Níger (prevalência de 0,2%, a menor entre os pesquisados) (ORGANIZATION, 2016)

Dados da OMS indicam que a prevalência do tabagismo entre homens no Brasil em 2015 era 19,3%, enquanto entre mulheres a cifra era de 11,3%. Estimativas apontam que, no ano de 2025, as prevalências do tabagismo entre homens e mulheres será de 14,9% e 8,4%, respectivamente. (ORGANIZATION, 2016)

O IBGE, na Pesquisa Nacional de Saúde de 2013, observa que a prevalência do tabagismo no Brasil, considerando indivíduos com 18 anos ou mais, é maior na região Sul (16,1%), seguida por Sudeste (15%), Nordeste (14,2%), Centro-Oeste (13,4%) e Norte (13,2%). A pesquisa indica ainda maior prevalência na zona rural (16,7%) em relação à zona urbana (14,4%) (INCA, 2016). Ao considerar a prevalência do tabagismo entre indivíduos de 14 a 17 anos no ano de 2012, observa-se um total de 3,4%, variando de 5,2% no gênero masculino e 1,6% no gênero feminino (INCA, 2007). Parece haver declínio da prevalência do tabagismo em função direta com o aumento da renda familiar (FILHO *et al.*, 2010) e com a escolaridade (BRASIL, 2015).

Historicamente, os números representam uma queda na prevalência do tabagismo no Brasil. A Pesquisa Nacional sobre Saúde e Nutrição indicou que, em 1989, a prevalência do consumo de tabaco na população acima de 18 anos era de aproximadamente 35%. Comparando os dados àqueles obtidos em 2010 por pesquisa de Levy, Almeida e Szklo (2012)

(ANDRADE, 2016) a queda do percentual foi de 46%. Estima-se que a curva decrescente da prevalência seja consequência Políticas de Controle do Tabagismo implementadas no período.

3.3 Consequências biopsicossociais do Tabagismo

O tabagismo modifica a função de diversas estruturas orgânicas, como pulmões, vasos e trato urinário, tornando-se importante fator de risco modificável para doenças crônicas não-transmissíveis. As alterações patológicas mais notáveis são: doenças cardiovasculares; diabetes mellitus; doenças respiratórias; neoplasias (BRASIL, 2015); comorbidades psiquiátricas; e danos à saúde materna e fetal (NUNES; CASTRO; CASTRO, 2011).

Os principais eventos cardiovasculares relacionados ao tabagismo são: síndromes coronarianas agudas, acidente vascular encefálico isquêmico e doença arterial periférica, principalmente devido ao potencial trombogênico da nicotina; aumento da frequência cardíaca e da pressão arterial, sobretudo pelo aumento da concentração de dióxido de carbono plasmático relacionado à diminuição da capacidade aeróbica do fumante; arritmias cardíacas, relacionadas aos fatores anteriormente citados; e hipertensão arterial sistêmica. Tais efeitos parecem diretamente relacionadas à frequência do consumo e tempo desde seu início, tornando clara a necessidade da cessação imediata do tabagismo (BRASIL, 2015).

Além de ser estabelecido como fator de risco para diabetes mellitus (DM), o tabagismo ainda se relaciona diretamente aos achados fisiopatológicos mais comuns nos pacientes com tal doença, como alterações microvasculares, lesão renal e alterações nos componentes lipídicos sanguíneos. Dessa maneira, a cessação do tabagismo compõe importante componente no manejo clínico do DM (BRASIL, 2015).

Os principais achados respiratórios com significado patológico nos fumantes são: doença pulmonar obstrutiva crônica, em que o consumo do tabaco compõe o mais importante fator de risco; e predisposição a pneumonias, tuberculose, asma, rinossinusite e doenças intersticiais (BRASIL, 2015).

O tabagismo é responsável por aproximadamente 90% dos cânceres de pulmão na população masculina (a maior causa de morte de homens no Brasil) e 70% na população feminina (NUNES; CASTRO; CASTRO, 2011). Além disso, relaciona-se diretamente a neoplasias de outras estruturas, como cavidade oral, orofaringe, rim, pâncreas e bexiga urinária. Dessa maneira, a cessação do tabagismo é importante componente da prevenção de do tratamento de diversas neoplasias (BRASIL, 2015).

O tabagismo parece estar relacionado a depressão, transtornos de uso de substâncias psicoativas, ansiedade e esquizofrenia, sendo a relação causa-efeito variável de acordo com a síndrome verificada (NUNES; CASTRO; CASTRO, 2011).

Diversas alterações patológicas parecem relacionar-se com o tabagismo na saúde materno-fetal, incluindo síndrome de restrição de crescimento fetal, parto prematuro, gravidez

tubária, hiper-reatividade brônquica infantil e aborto espontâneo (NUNES; CASTRO; CASTRO, 2011).

Diversos aspectos de mudanças comportamentais e psicológicas podem estar relacionados à dependência química da nicotina. Inclui-se, nesse contexto, as alterações que levam à dificuldade da cessação do hábito. Dentre elas, destaca-se: a síndrome de abstinência, cujos sintomas podem ser observados por 30 dias ou mais após a cessação do consumo e incluem irritabilidade, ansiedade, dificuldade de concentração e irritabilidade; diminuição da autoconfiança e motivação; e consequências psicológicas do ganho de peso agudo gerado pela interrupção do consumo (RONDINA; GORAYEB; BOTELHO, 2007).

Importante consequência social do tabagismo é o custo gerado aos serviços de saúde para manejo de seu impacto. Mundialmente, estima-se que a indústria do tabaco e as consequências do consumo do produto acarretam gastos próximos de 1 trilhão de dólares por ano.

As consequências tomam proporções ainda maiores ao considerar a esfera comunitária diante do tabagismo passivo, definido como “inalação da fumaça de derivados do tabaco (...) por indivíduos não fumantes que convivem com fumantes” (BRASIL, 2015, p. 37). Não há níveis seguros de contato com a fumaça. As principais consequências a longo prazo do fumo passivo incluem: redução do crescimento infantil, aumento do risco de doenças pulmonares e cardiovasculares; e redução da função pulmonar (BRASIL, 2015).

3.4 Manejo clínico inicial do Tabagismo na Atenção Primária à Saúde

O início do manejo clínico do tabagismo na Atenção Primária à Saúde (APS) dá-se na identificação do tabagista da comunidade, que pode acontecer em qualquer momento de utilização dos serviços da Unidade Básica de Saúde (UBS) ou durante o preenchimento das fichas de cadastro individual e familiar. Essas oportunidades devem priorizar o diálogo entre profissional e usuário na perspectiva da integralidade do cuidado (BRASIL, 2015).

A seguir, deve ser realizada a estratificação dos usuários em dois principais grupos: aqueles que desejam interromper o consumo de tabaco e aqueles que não desejam a cessação. A postura dos profissionais de saúde deve ser de orientação em relação aos riscos individuais e coletivos do tabagismo, priorizando a educação em saúde, além de prestar esclarecimentos sobre as possibilidades de tratamento do agravo. Durante tal avaliação inicial, podem ser realizadas as avaliações quantitativas e qualitativas já citadas (BRASIL, 2015).

É essencial notar a importância do estabelecimento de uma postura do profissional da saúde baseada nos seguintes verbos de ação: adotar de acolhimento e empatia diante dos desafios impostos pelo tabagismo; estabelecer uma postura informativa sobre a dependência química a seus usuários; estimular a adoção de um dia específico para a cessação;

respeitar a individualidade do usuário, de maneira a adotar uma postura humanizada; alertar sobre os riscos de recaída e as estratégias de seu enfrentamento; indicar a importância do acompanhamento do usuário até o fim de seu tratamento; e estimular a mudança de atitude para o caminho à cessação (BRASIL, 2015).

3.5 Intervenções e tratamento do Tabagismo na APS

As intervenções de controle do tabagismo na APS apresentam duas esferas: psicossocial e medicamentosa. A primeira inclui ações voltadas ao desenvolvimento pessoal da relação entre indivíduo e consumo do tabaco através do estabelecimento do método clínico centrado na pessoa, sendo representada principalmente por: aconselhamento, entrevista motivacional, materiais de autoajuda e abordagem cognitivo-comportamental. A segunda, complementar, inclui a terapia de reposição nicotínica e uso de antidepressivos (BRASIL, 2015).

A entrevista motivacional, de caráter colaborativo e baseado na autonomia do usuário, trata-se de uma entrevista que tem como principal objetivo aumentar a motivação do paciente diante de mudanças de comportamento. Busca-se, dessa maneira, aumentar a adesão ao tratamento através do diálogo entre profissional e usuário (BRASIL, 2015).

A abordagem cognitivo-comportamental tem dois principais componentes: detecção de situações de risco de recaída e desenvolvimento de estratégias de enfrentamento. Objetiva realizar mudanças nas crenças e pensamentos dos usuários, atingindo os processos psicológicos envolvidos na dependência química à nicotina. Diversas técnicas cognitivo-comportamentais podem ser abordadas nesse contexto, como, por exemplo: “auto-observação dos comportamentos relacionados ao hábito de fumar, (...) treino de assertividade, (...) e quebra de condicionamento”(BRASIL, 2015, p. 60).

As diferentes formas de abordagem cognitivo-comportamentais podem ser classificadas em: abordagem mínima, em que o contato entre profissional e usuário é menor que 3 minutos, cujo objetivo é “perguntar, avaliar, aconselhar a pessoa a parar de fumar sem que seja feito o acompanhamento do processo de cessação” (BRASIL, 2015, p. 61); abordagem básica, em que o contato tem entre 3 e 10 minutos, ocorrendo certo acompanhamento do processo de cessação do tabagismo; e abordagem intensiva, com contato superior a 10 minutos, em que acompanhamento, avaliação e aconselhamento diante do processo de cessação são integralmente realizadas (BRASIL, 2015).

A abordagem intensiva, comprovadamente mais eficiente, pode ser realizada nas modalidades individual ou coletiva. Nessa última, a organização de grupos para cessação de tabagismo é adequada solução aos modelos de organização da APS no Brasil. Indica-se a realização de 4 a 8 sessões de 90 minutos, além encontros posteriores eventuais, com condução de dois profissionais de saúde. Uma sugestão de roteiro para os encontros encontra-se em anexo (BRASIL, 2015).

A intervenção farmacológica na cessação do tabagismo deve funcionar como coadjuvante da abordagem cognitivo-comportamental. Deve ser baseada em uma conduta segura, obrigatoriamente utilizada apenas quando não há contraindicações do tratamento e ao menos um dos critérios a seguir: consumo de tabaco maior ou igual a 20 cigarros/dia; consumo mínimo de 10 cigarros por dia, sendo o primeiro obrigatoriamente fumado em até 30 minutos após o despertar; Fagerström maior ou igual a cinco; dependência moderada ou grave segundo avaliação individual; e tentativa anterior de cessação sem sucesso devido ao surgimento da síndrome de abstinência.

A terapia de reposição nicotínica objetiva aliviar os sintomas da síndrome de abstinência sem o uso do tabaco. A dosagem varia de acordo com o grau de dependência, sendo essencial ao clínico uma prescrição segura e preparada. O Sistema Único de Saúde (SUS) disponibiliza nicotínicos nas modalidades de adesivos transdérmicos, goma de mascar e pastilha. O adesivo transdérmico trata-se de um agente de ação longa, fixado na pele e trocado a cada 24 horas, e sua posologia deve seguir uma prescrição decrescente ao longo do tempo. A goma de mascar e a pastilha nicotínica são agentes de ação rápida com absorção via oral, apresentando variações de tempo de intervalo de consumo de acordo com o tempo de uso. Em ambos os casos, deve ser feita a orientação de cessação completa do tabagismo após o início do tratamento (BRASIL, 2015).

Como parte da terapia não-nicotínica, utiliza-se a bupropiona, um inibidor da recaptação de noradrenalina-dopamina. A posologia também é variável de acordo com o grau de dependência e o tratamento pode ter duração de 7 a 12 semanas (SERRANO et al., 2016). O início do tratamento deve ser iniciado uma semana antes do dia marcado para a cessação do tabagismo (BRASIL, 2015).

O tratamento farmacológico também pode ser realizado de maneira combinada. A combinação de adesivo transdérmico, goma e bupropiona é comprovadamente mais eficaz que as monoterapias (BRASIL, 2015).

3.6 Programa Nacional e local de controle ao Tabagismo

Desde 1989, as políticas públicas de combate ao tabagismo no Brasil estão centradas no Programa Nacional de Controle do Tabagismo (PNCT), articulado pelo Instituto Nacional do Câncer (INCA) (PORTES, 2014).

O PNCT inclui uma série de ações baseadas na descentralização que se dedicam à diminuição da prevalência do tabagismo, diminuindo também a morbimortalidade de suas consequências. Inclui o Programa Saber Saúde, a Rede de Tratamento do Tabagismo no SUS e outras ações educativas relacionadas ao combate do tabagismo. Dessa maneira, envolve a participação dos serviços e gerências de saúde nos níveis nacional, estadual e municipal (INCA, 2016).

Na esfera municipal, Foz do Iguaçu (PR) apresenta o Programa Municipal de Combate

ao Tabagismo, articulado por um grupo de profissionais da saúde que auxiliam o atendimento a tabagistas em 6 Unidades Básicas de Saúde e no Centro de Atenção Psicossocial. A USF Três Bandeiras não adere o Programa Municipal de Combate ao Tabagismo (IGUAÇU, 2015)

4 Metodologia

Para alcançar os objetivos deste projeto de intervenção a implantação do mesmo seguirá as seguintes etapas: associação ao Programa Municipal de Combate ao Tabagismo; discussão com a ESF e o NASF sobre o projeto e acordo de cronograma; rastreamento da população tabagista; educação em saúde sobre tabagismo; seleção dos pacientes que desejam cessação; intervenção sobre tabagismo; e avaliação dos resultados. O conjunto das etapas é denominado “ciclo”. Cada ciclo terá duração aproximada de 10 meses. Após a última etapa, o projeto deve ser novamente implementado, corrigindo possíveis falhas do ciclo anterior. Todos os usuários atendidos pela ESF poderão ser integrantes do projeto. O projeto será iniciado no início de mês de maio.

A primeira etapa (associação ao Programa Municipal de Combate ao Tabagismo) ocorrerá em discussão com a Secretaria Municipal de Saúde de Foz do Iguaçu, garantindo a possibilidade de participação em seus projetos e benefícios.

A segunda etapa (discussão com a ESF e o NASF sobre o projeto e acordo de cronograma) deverá acontecer em quantas reuniões forem necessárias para esclarecimento da função de cada profissional na implementação do projeto, garantindo a realização de um trabalho interprofissional. Deve ocorrer, na oportunidade, apresentação da escala de Fagerström e método de seu cálculo. Além disso, nessa etapa, deve-se definir microáreas prioritárias para a realização da segunda etapa. Finalmente, deverá ser acordado cronograma para o ciclo a ser realizado, especificando, em calendário, a previsão de início e encerramento de cada etapa.

A terceira etapa (rastreamento da população tabagista) será realizada através de busca ativa e demanda ao serviço. A busca ativa será realizada pelos ACSs durante visitas domiciliares específicas a este fim. Cada profissional deve cadastrar todos os tabagistas de sua microárea, especificando, em ficha própria, nome, endereço, moradores da residência, modalidade de consumo de tabaco, volume consumido, comorbidades e pontuação na escala de Fagerström. O rastreamento por demanda ao serviço será realizado por todos os profissionais em todos seus atendimentos na UBS. Caso seja verificado que o usuário atendido é tabagista, a mesma ficha preenchida pelos ACSs em busca ativa deverá ser utilizada para cadastro. A etapa deve ter duração máxima de 3 meses.

A quarta etapa (educação em saúde sobre tabagismo) deverá ser realizada em reuniões específicas em quantidade dependente da demanda. Grupos de 20 tabagistas cadastrados na segunda etapa deverão ser formados para comparecimento em reunião na UBS ou outro estabelecimento oportuno (associação de moradores, escola e afins). Na ocasião, deverão ser apresentadas, em linguagem apropriada à educação em saúde, informações sobre o tabagismo e suas consequências, além de seu manejo clínico. A reunião será presidida pelo médico da ESF ou outro profissional interessado. Os encontros deverão ser realizados

em horários acessíveis à população, sobretudo à trabalhadora. É importante notar que a educação em saúde sobre o tabagismo não deve ser limitada a este momento, sendo necessária sua realização em todos os atendimentos da UBS.

A quinta etapa (seleção dos pacientes que desejam cessação) acontecerá simultaneamente à quarta. Devem ser cadastrados os usuários que, imediatamente ou tardiamente ao encontro de educação em saúde, se mostrarem interessados no processo de cessação do tabagismo.

A sexta etapa (intervenção sobre tabagismo) incluirá tanto as abordagens cognitivo-comportamental e farmacológica. A primeira esfera priorizará a realização da abordagem intensiva na modalidade grupal. As reuniões grupais serão mediadas por dois profissionais: o psicólogo do NASF, presente em todas as reuniões; e um profissional da ESF diferente em cada reunião, a fim de permitir atuação interprofissional e acompanhamento de diversos pontos de vista sobre os casos tratados. No total, deverão ser realizadas 8 sessões de 90 minutos, em datas definidas pelo grupo. Caso algum paciente não aceite realização da abordagem na modalidade grupal, o psicólogo do NASF deverá propor calendário individual de abordagem cognitivo-comportamental de acordo com sua disponibilidade, não excluindo o usuário do processo. A abordagem farmacológica será designada exclusivamente ao médico da ESF. Deverá ocorrer de acordo com as indicações do Ministério de Saúde e a individualidade de cada usuário. É necessário garantir que o médico apresente domínio completo sobre o tema, sendo necessária preparação junto do Programa Municipal de Combate ao Tabagismo através de matriciamento com profissionais específicos de tal projeto. O médico deverá enviar atualizações sobre os casos ao psicólogo do NASF, garantindo o atendimento integral do usuário.

A sétima e última etapa (avaliação dos resultados) ocorrerá imediatamente após o encerramento da sexta etapa. Em oportunidade após a 8ª sessão, os usuários participantes devem ser reunidos para atualização de sua ficha cadastral. Comparar-se-á os dados antigos aos da ocasião. Serão consideradas intervenções exitosas aquelas em que houver diminuição significativa dos riscos relacionados ao tabagismo, analisada a partir do volume então consumido e a pontuação na escala de Fagerström.

5 Resultados Esperados

Espera-se, no presente projeto de intervenção, que objetiva realizar ações de prevenção, diagnóstico e tratamento do tabagismo direcionadas à comunidade assistida pela ESF 039, conforme preconizado pelo Ministério da Saúde, atingir os seguintes resultados:

- Capacitar os profissionais da ESF 039 da USF Três Bandeiras a realizarem rastreamento e/ou manejo do tabagismo, a depender de sua esfera profissional;
- Associar a USF Três Bandeiras ao Programa Municipal de Combate ao Tabagismo;
- Realizar rastreamento de todos os tabagistas relacionados à ESF 039 da USF Três Bandeiras, a fim de possibilitar a análise fidedigna de material epidemiológico;
- Oferecer informações seguras sobre o tabagismo, seus riscos e seu tratamento aos usuários da USF, possibilitando o devido empoderamento para efetiva mudança em seus hábitos de vida;
- Oferecer, na USF Três Bandeiras, tratamento do tabagismo pelas abordagens cognitivo-comportamental (modalidades intensivas grupal ou individual) e farmacológica de maneira interprofissional e capacitada, comprovadamente a melhor associação para manejo do tabagismo;
- Diminuir o número de tabagistas na comunidade atendida pela ESF 039 da USF Três Bandeiras através da cessação do hábito;
- Diminuir o grau de dependência à nicotina dos tabagistas da comunidade atendida pela ESF 039 da USF Três Bandeiras, analisada quantitativamente pelo escore de Fagerström.

Conforme o exposto, este projeto contribuirá para a melhoria da qualidade de vida dos pacientes tabagistas e a possível cessação de seu hábito, além de instrumentalizar os profissionais envolvidos nas ações de saúde de combate ao tabagismo.

Referências

ANDRADE, B. A. B. B. de. Barreiras psicológicas, sociais e clínicas para a manutenção da cessação tabágica no tratamento de usuários da atenção secundária com doenças crônicas. *Juiz de Fora*, n. 107, 2016. Curso de Psicologia, Universidade Federal de Juiz de Fora. Citado na página 14.

APA, A. P. A. *Manual diagnóstico e estatístico de transtorno DSM-5*. Porto Alegre: Artmed, 2014. Citado na página 13.

BARBOSA, A. de S. et al. Múltiplas definições de ser fumante e diagnóstico de tabagismo: uma revisão sistemática. *Aletheia*, v. 45, p. 191–201, 2014. Citado na página 13.

BRASIL, M. da Saúde do. *Estratégias para o cuidado da pessoa com doença crônica : o cuidado da pessoa tabagista*: Cadernos da atenção básica, n. 40. Brasília: Ministério da Saúde, 2015. Citado 8 vezes nas páginas 9, 10, 13, 14, 15, 16, 17 e 18.

FILHO, V. W. et al. Tabagismo e câncer no brasil: evidências e perspectivas. *Rev Bras Epidemiol*, v. 13, n. 2, p. 175–187, 2010. Citado na página 14.

IGUAÇU, F. do. *PREFEITURA AUXILIA FUMANTES COM PROGRAMA ANTITABAGISMO*. 2015. Disponível em: <<http://www.pmfj.pr.gov.br/noticia/?idNoticia=38244>>. Acesso em: 16 Jan. 2017. Citado na página 18.

INCA. *Prevalência de tabagismo*. 2016. Disponível em: <http://www2.inca.gov.br/wps/wcm/connect/observatorio_controle_tabaco/site/home/dados_numeros/prevalencia-de-tabagismo>. Acesso em: 16 Jan. 2017. Citado 2 vezes nas páginas 14 e 18.

INCA, I. N. de C. *Tabagismo: Um grave problema de saúde pública*. Rio de Janeiro: Instituto Nacional de Câncer – INCA, 2007. Citado 3 vezes nas páginas 9, 10 e 14.

NUNES, S. O. V.; CASTRO, M. R. P. de; CASTRO, M. S. A. de. Tabagismo, comorbidades e danos à saúde. *Tabagismo: Abordagem, prevenção e tratamento*, p. 17–38, 2011. Citado 2 vezes nas páginas 10 e 15.

ORGANIZATION, W. H. *Tobacco use: Data by country*. 2015. Disponível em: <<http://apps.who.int/gho/data/node.main.65>>. Acesso em: 16 Jan. 2017. Citado na página 14.

ORGANIZATION, W. H. *Prevalence of tobacco smoking*. 2016. Disponível em: <http://gamapserver.who.int/gho/interactive_charts/tobacco/use/atlas.html>. Acesso em: 16 Jan. 2017. Citado na página 14.

PORTES, L. H. Ações voltadas para o tabagismo:: análise de sua implementação na atenção primária à saúde. *Ciência Saúde Coletiva*, v. 19, p. 439–448, 2014. Citado na página 18.

RONDINA, R. de C.; GORAYEB, R.; BOTELHO, C. Características psicológicas associadas ao comportamento de fumar tabaco. *J Bras Pneumol.*, v. 33, p. 592–601, 2007. Citado na página 16.

SERRANO, A. I. et al. Tabagismo (dependência de nicotina): Protocolo clínico. In: SAÚDE, S. C. S. de Estado da (Ed.). *Protocolos da rede de atenção psicossocial de Santa Catarina*. Florianópolis: Secretaria de Estado da Saúde, 2016. p. 120–128. Citado 2 vezes nas páginas 13 e 18.