



Programa de Valorização do Profissional da Atenção Básica

Hugo de Jesus Gallo Caminha

**Grupo de Tabagismo da UBS Vila Bela em Franco da
Rocha, São Paulo.**

**Franco da Rocha
Janeiro/2015**

Resumo

O tabagismo é considerado um dos quatro fatores de risco relacionados a doenças crônicas não transmissíveis sendo responsável por aproximadamente 6 milhões de morte anualmente. Este projeto tem como objetivo a criação e implantação de um grupo de tabagismo para diminuir o consumo de cigarros entre a população adscrita à UBS Vila Bela localizada na cidade de Franco da Rocha em São Paulo. Para a realização do mesmo, a UBS participará do Programa Nacional de Controle do Tabagismo (PNCT) através do Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ). Com a adesão a esse programa, o Ministério da Saúde fornecerá as medicações usadas no tratamento, sendo elas a Bupropiona, adesivos e gomas de mascar de nicotina. O acompanhamento dos pacientes participantes acontecerá ao longo de um ano com encontros em grupos ou individuais. Espera-se que ao final de um ano, cerca de 50% desses usuários tenham abandonado o vício e se tornem abstêmios.

Palavras-chave: Tabagismo. Abandono do uso de tabaco. Terapia.

Sumário

1 Introdução	04
2 Problema	06
3 Justificativa	07
4 Objetivos	08
4.1 <i>Objetivo geral</i>	08
4.2 <i>Objetivos específicos</i>	08
5 Revisão de Literatura	09
6 Metodologia	11
6.1 <i>Cenário de intervenção</i>	11
6.2 <i>Sujeitos de intervenção</i>	11
6.3 <i>Estratégias de ações</i>	11
6.4 <i>Avaliação e monitoramento</i>	12
7 Cronograma	14
8 Recursos necessários	15
9 Resultados esperados	16
10 Referências bibliográficas	17

1 Introdução

As doenças crônicas não transmissíveis (DCNT) estão entre os maiores problemas de saúde pública da época atual. Estimativas da Organização Mundial da Saúde (OMS) apontam que elas foram culpadas por 63% de 36 milhões de mortes ocorridas no mundo no ano de 2008. No Brasil, as DCNT também possuem uma grande relevância, sendo responsáveis por 72% do total de mortes em 2007 (VIGITEL, 2014).

De acordo com a OMS (2010), as DCNT são resultados, em grande parte, por quatro fatores de risco comportamentais decorrentes da transição econômica, da urbanização rápida e do estilo de vida do século 21: uso do tabaco, dieta inadequada, inatividade física e o uso excessivo de álcool. Os maiores efeitos destes fatores de riscos cresceram exponencialmente em países de baixa e média renda e em pessoas mais pobres de todos os países, refletindo os determinantes socioeconômicos subjacentes. Entre essas populações, pode se formar um ciclo vicioso: a pobreza expõe os indivíduos aos fatores de risco comportamentais para doenças crônicas não transmissíveis e, por sua vez, as DCNT resultantes podem se tornar importantes fatores que levam as famílias em uma espiral descendente para a pobreza.

Existem atualmente cerca de 1 bilhão de fumantes no mundo, sendo responsáveis pelo consumo de aproximadamente 6 trilhões de cigarros todos os anos. Os riscos à saúde relacionados ao uso do tabaco resultam não apenas do consumo direto, mas também da exposição a fumaça. Aproximadamente 6 milhões de pessoas morrem por ano devido ao uso de cigarros e também ao fumo passivo. Dessas mortes, pouco mais de 600 mil são atribuídas a exposição à fumaça entre fumantes passivos e mais de 5 milhões decorrem do uso do tabaco. Há estimativas que até 2020 as mortes anuais relacionadas ao cigarro aumentem para 7,5 milhões (OMS, 2010).

De acordo com a Pesquisa Nacional sobre Saúde e Nutrição/IBGE, em 1989 32% da população de 18 anos ou mais era fumante no Brasil (MS/INAN, 1990). Já em um relatório gerado através de pesquisa realizada pela Vigilância de Fatores de

Risco e Proteção para Doenças Crônicas por Inquérito Telefônico-Vigitel em 2013, a frequência de fumantes foi de 11,3%, sendo maior no sexo masculino (14,4%) do que no feminino (8,6%). Nos dois sexos, a frequência de fumantes tendeu a ser menor antes dos 25 anos de idade ou após os 65 anos (VIGITEL, 2014).

Diante das fortes evidências de que fumar pode ocasionar sérios danos à saúde e até mesmo o óbito, torna-se evidente a importância de ações que atuem visando diminuir o consumo do tabaco pela população. Este projeto tem como objetivo implementar uma estratégia de ação para tratamento e acompanhamento de pacientes tabagistas adscritos à Unidade Básica de Saúde (UBS) Vila Bela na cidade de Franco da Rocha, São Paulo.

2 Problema

Elevado número de tabagistas na população adscrita à UBS Vila Bela.

3 Justificativa

Devido a grande prevalência de DCNT nos pacientes que fazem acompanhamento na UBS e sendo o tabagismo um fator de risco evitável dessas, ações voltadas para a cessação ou diminuição do consumo de tabaco por esses pacientes são de grande importância pois podem prevenir agravos a saúde, diminuindo os custos com medicamentos para tratamento das doenças crônicas e hospitalizações.

4 Objetivos

4.1 Objetivo geral

Diminuir a prevalência de tabagismo na população adscrita a UBS.

4.2 Objetivo específico

Adesão ao Programa Nacional de Controle do Tabagismo (PNCT) – Tratamento do Tabagismo.

Avaliação clínica dos pacientes tabagistas.

Abordagem individual ou em grupo dos pacientes e, se necessário, terapia medicamentosa juntamente com abordagem intensiva.

5 Revisão de Literatura

O tabaco é um produto originado de duas plantas, a *Nicotiana tabacum* e a *Nicotiana rustica*, originárias dos Andes na região do Peru e Equador. Essas espécies (junto com outras como tomate, batata, milho, cacau e seringueiras) foram descobertas há aproximadamente 18.000 anos, quando povos provenientes da Ásia migraram para a América através do Estreito de Bering. Quando Cristóvão Colombo desembarcou no Novo Mundo, os povos nativos já cultivavam e usavam o tabaco. Imagina-se que o cultivo deste vem sendo realizado desde 5.000 – 3.000 anos a.C.. Os índios utilizavam-no das mais diversas maneiras, como inseticida nas lavouras, plantas medicinais e até mesmo em rituais religiosos. O tabaco era fumado em cachimbos, aspirado, mascado, comido e consumido na forma de chá (MUSK e DE KLERK, 2003).

Cigarros manufaturados, produzidos através do trabalho manual e de máquinas e posteriormente somente através de máquinas, foram comercializados pela primeira vez na Inglaterra na década de 1850. A sua conveniência e facilidade para o uso, especialmente nas trincheiras na Primeira Guerra Mundial, fez com que o cigarro se tornasse o dispositivo de administração de nicotina mais popular desde então. O auge do tabagismo ocorreu nas décadas de 1950 e 1960, declinando em alguns países a partir de 1970 (MUSK e DE KLERK, 2003). Atualmente, há aproximadamente 1 bilhão de fumantes no mundo, dos quais 90% começaram a fumar ainda na adolescência (BALBANI e MONTOVANI, 2005).

A fumaça decorrente da queima do cigarro é composta por 92% de substâncias químicas 92% voláteis e 8% de material particulado, resultantes da combustão do tabaco, sendo a nicotina, uma amina terciária volátil, o componente ativo mais importante. Cerca de 35% da nicotina são destruídos no momento da combustão do cigarro, mais 35% são perdidos com a fumaça não inalada e 8% com a porção que não é fumada. Dessa maneira, cerca de 1 mg de nicotina é absorvida pelo fumante de um total de 7-9 mg (BALBANI e MONTOVANI, 2005).

A nicotina presente no tabaco para cachimbos e charutos é alcalina, sendo absorvida mais facilmente pela mucosa bucal, já a nicotina dos cigarros é ácida, necessitando ser tragada para a absorção ocorra nos pulmões, sendo rapidamente absorvida pelos alvéolos pulmonares e atinge o cérebro em cerca de 10 segundos (ROSEMBERG, 2002, p. 43). As ações sistêmicas da nicotina são mediadas por receptores nicotínicos presentes no sistema nervoso central (SNC), gânglios autonômicos, nas supra-renais, nos nervos sensitivos e na musculatura estriada esquelética (MARQUES *et al*, 2001).

A nicotina é um estimulante do SNC, promovendo um aumento transitório do estado de alerta, reduzindo o apetite e melhorando a atenção, a concentração e a memória. O efeito de tragar um cigarro é similar àquele descrito pelos usuários de cocaína/crack. Essa substância tem a capacidade de induzir tolerância e dependência aos seus usuários a partir da sua ação nas vias dopaminérgicas do sistema mesolímbico (MARQUES *et al*, 2001).

A nicotina age em diversos órgãos e sistemas do corpo. No cardiovascular ela causa vasoconstrição periférica, aumento da pressão arterial e da frequência cardíaca. No sistema endócrino favorece a liberação de hormônio antidiurético e consequente retenção de água. No trato gastrointestinal ela tem ação parassimpática, causando o aumento do tônus e da atividade motora do intestino. No sistema respiratório há hipersecreção de muco e danos a árvore traqueobrônquica, restrição sobre as pequenas vias aéreas, aumento na sensibilidade reflexa de ambas as vias de condução, da permeabilidade do epitélio respiratório e perda de fator surfactante (FURTADO, 2002).

A síndrome de abstinência é caracterizada por um conjunto de sinais e sintomas, na maioria das vezes opostos aos efeitos agudos das substâncias, que acarretam em um grande desconforto ao indivíduo, caracterizando dessa maneira, a dependência física (PLANETA e CRUZ, 2005). Essa abstinência é mediada pela noradrenalina e tem início por volta de oito horas após o último cigarro, tendo o seu pico no terceiro dia e inclui fissura, ansiedade, disforia, irritabilidade, sonolência diurna e insônia, aumento do apetite, diminuição do desempenho cognitivo, redução dos batimentos cardíacos e da pressão arterial (MARQUES *et al*, 2001).

6 Metodologia

6.1 Cenário de Intervenção

A implantação deste projeto de intervenção se dará através da adesão da UBS Vila Bela ao Programa Nacional de Controle do Tabagismo (PNCT) através do Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ). Para isso, é necessário que o gestor municipal de saúde opte por ofertar o tratamento do tabagismo no sistema de adesão ao PMAQ e indique a equipe como uma das que realizarão o tratamento (INCA, 2013).

Através da adesão a esse programa, o Sistema Único de Saúde (SUS) disponibilizará os seguintes medicamentos: Adesivo Transdérmico de Nicotina de 7, 14 e 21 mg, Goma de Mascar de Nicotina de 2 mg, Pastilha de Nicotina de 2 mg e Cloridrato de Bupropiona de 150 mg (INCA, 2013).

6.2 Sujeitos de Intervenção

Todos os usuários que procurarem o serviço de saúde deverão ser interrogados sobre o hábito de fumar. Se fumam, devem ser aconselhados a interromper o uso do tabaco. Deve-se avaliar o grau de motivação através do modelo de Prochaska e Diclemente. Esses estágios de motivação são: pré-contemplação, onde não há intenção de parar de fumar; contemplação, em que há conscientização de parar de fumar, mas existe uma ambivalência em relação a mudança; preparação, quando o paciente se prepara para abandonar o vício; ação, o sujeito toma a atitude para parar de fumar; manutenção, prevenir recaída e consolidar os ganhos obtidos. A motivação é um fator essencial para iniciar o tratamento e a sua ausência reduz drasticamente as chances de abstinência. (REICHERT *et al*, 2008).

6.3 Estratégias e Ações

O fumante deverá ser submetido a uma avaliação clínica ao ser admitido no programa com o objetivo de identificar alterações da função pulmonar, existência de doenças relacionadas ao tabagismo, contra-indicações aos medicamentos utilizados na terapia farmacológica da dependência. Neste momento também será analisado o

perfil do fumante e o grau de dependência à nicotina. Essa avaliação deve incluir uma história clínica detalhada, exame físico completo e exames complementares como radiografia de tórax, espirometria pré e pós broncodilatador, eletrocardiograma, hemograma completo, bioquímica sérica e urinária (REICHERT *et al*, 2008).

6.4 Avaliação e Monitoramento

Para avaliar o grau de dependência à nicotina será utilizado o Teste de Fagerström Para a Dependência à Nicotina (TFDN), que consiste em um questionário de 6 perguntas objetivas (REICHERT *et al*, 2008). A classificação dependência é caracterizada de acordo com a pontuação obtida no TFDN: 0 – 2: muito baixa; 3 - 4: baixa; 5: média; 6 - 7: alta e 8 - 10: muito alta (SALES *et al*, 2006).

Realizada essa avaliação, aqueles pacientes que tiverem desejo e aptidão serão encaminhados para a terapia em grupo, caso contrário serão acompanhados individualmente. Será utilizada a abordagem cognitivo-comportamental, que combina intervenções cognitivas com treinamento de habilidades comportamentais. A intervenção em grupo também servirá para a troca de experiências entre os participantes para incentivar e apoiar as mudanças e contará com a participação ativa dos fumantes e de dois profissionais de saúde mediadores, treinados para essa intervenção. As primeiras quatro sessões terão periodicidade semanal, depois duas com intervalo de 15 dias, uma mensal e após esse período um encontro a cada três meses, totalizando dez encontros em um ano (BRASIL, 2001).

A prescrição medicamentosa será recomendada para fumantes: pesados que fumam 20 ou mais cigarros por dia; que fumam o 1º cigarro em até 30 minutos após acordar e fumam no mínimo 10 cigarros/dia; com escore pelo TFDN igual ou maior que 5, ou de acordo com a avaliação individual do profissional; que já tentaram parar de fumar antes apenas com abordagem cognitivo-comportamental e não tiveram êxito; que não tenham contra-indicações clínicas (BRASIL, 2001).

Pacientes com TFDN entre 5 e 8 e/ou fumantes de menos de 20 cigarros por dia usarão adesivos de nicotina de 14 mg por quatro semanas, seguidas de quatro semanas de 7 mg. Aqueles com TFDN maior ou igual a 8 e/ou que fumam mais de

20 cigarros por dia usarão adesivos de 21 mg por quatro semanas, seguidas de quatro semanas de 14 mg e mais quatro semanas de 7 mg. A Bupropiona poderá ser usada em conjunto com a reposição nicotínica nos pacientes que consomem mais de 15 cigarros por dia em uma dose 150 mg uma vez por ao dia por três dias; depois 150 mg duas vezes ao dia por 12 semanas de tratamento (BRASIL, 2001).

7 Cronograma

Atividades	N o v	D e z	J a n	F e v	M a r	A b r	M a i o	J u n	J u l	A g o s	S e t	O u t	N o v	D e z	J a n	F e v	M a r
Elaboração do Projeto	X	X	X														
Adesão ao PMAQ				X													
Busca ativa de Pacientes			X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
Atendimento individual e/ou em grupo					X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X

8 Recursos necessários

ITEM	QUANTIDADE	Fonte
Projektor	1	Secretaria Municipal de Saúde
Computador	1	Secretaria Municipal de Saúde
Bupropiona 150 mg	3960 comprimidos	Ministério da Saúde
Adesivo de Nicotina 7 mg	2016 comprimidos	Ministério da Saúde
Adesivo de Nicotina 14 mg	2016 comprimidos	Ministério da Saúde
Adesivo de Nicotina 21 mg	2016 comprimidos	Ministério da Saúde

9 Resultados esperados

No estudo de Haggström et al (2001), onde 169 pessoas participaram de um programa para cessação do tabagismo, 49% pararam de fumar e 13% reduziram em grande quantidade o consumo de cigarros. No de Sales et al (2006), a taxa de foi similar, com 50,8% de sucesso terapêutico. Assim como nos estudos citados, espera-se que 50% dos pacientes acompanhados se tornem abstêmios da nicotina após o período de um ano.

Referências

BALBANI, Aracy Pereira Silveira; MONTOVANI, Jair Cortez. **Métodos para abandono do tabagismo e tratamento da dependência da nicotina.** Rev. Bras. Otorrinolaringol., São Paulo , v. 71, n. 6, dez. 2005: 820-7 .

BRASIL. Ministério da Saúde. Instituto Nacional de Câncer. **Abordagem e tratamento do fumant: consenso.** Brasília: Ministério da Saúde, 2001.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Vigilância de Doenças e Agravos não Transmissíveis e Promoção de Saúde. **Vigitel Brasil 2013 : vigilância de fatores de risco e proteção para doenças crônicas por inquérito telefônico /** Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde, Departamento de Vigilância de Doenças e Agravos não Transmissíveis e Promoção de Saúde. – Brasília : Ministério da Saúde, 2014

FURTADO, Ricardo Dorneles. **Implicações anestésicas do tabagismo.** Rev. Bras. Anesthesiol., Campinas, v. 52, n.3, jun. 2002: 354-367.

HAGGSTRAM, Fábio Maraschin *et al* . **Tratamento do tabagismo com bupropiona e reposição nicotínica.** J. Pneumologia, São Paulo, v. 27, n. 5, Sept. 2001: 255-261 .

INCA. Instituto Nacional de Câncer. **Tire dúvidas: Programa Nacional de Controle do Tabagismo 2014.** 2013

MARQUES ACPR, CAMPANA A, GIGLIOTTI AP, LOURENÇO MTC, FERREIRA MP, LARANJEIRA R. **Consenso sobre o tratamento da dependência de nicotina.** Rev Bras Psiquiatr, São Paulo, v. 23, n. 4, dez. 2001; 23: 200-14.

MS/INAN. **Pesquisa Nacional Sobre Saúde e Nutrição: perfil da população brasileira de 0 a 25 anos.** Brasília: INAN; 1990.

MUSK AW, DE KLERK NH. **History of tobacco and health.** Respirology, v. 8, n. 3, ago. 2003: 286-90.

OMS. **Noncommunicable diseases country profiles**, 2010.

PLANETA, Cleopatra S., CRUZ, Fábio C.. **Bases neurofisiológicas da dependência do tabaco**. Rev. Psiquiatr. Clin., São Paulo, v. 32, n. 5, set. 2005: 251-58.

REICHERT, Jonatas *et al* . **Diretrizes para cessação do tabagismo - 2008**. J. bras. pneumol., São Paulo, v. 34, n. 10, Oct. 2008: 845-880.

ROSEMBERG J. **Nicotina. Farmacodinâmica. Ação sobre os centros nervosos. Nicotino-dependência**. In: Rosemberg J, Pandemia do tabagismo: enfoques históricos e atuais. Secretaria Estadual de Saúde de São Paulo, Centro de Vigilância Epidemiológica, 2002: 43-9.

SALES, Maria Penha Uchoa *et al*. **Ambulatório de apoio ao tabagista no Ceará: perfil dos pacientes e fatores associados ao sucesso terapêutico**. J. bras. pneumol., São Paulo, v. 32, n. 5, Oct. 2006: 410-7.

