



Curso de especialização Saúde da Família

Estratégia para adesão ao tratamento da dependência a nicotina

Autor : Ronaldo Vieira Filho

Programa Mais Médicos

Orientador: Maria José Caetano F. Damaceno

São Paulo

2015

SUMÁRIO

SUMÁRIO

1. INTRODUÇÃO	03
2. OBJETIVOS.....	05
2.1 Geral	05
2.2 Específico(s)	05
3. METODOLOGIA	06
3.1 Cenário do estudo.....	06
3.2 Sujeitos da intervenção.....	06
3.3 Considerações Éticas.....	06
3.4 Estratégias e ações.....	06
3.5 Avaliação e monitoramento.....	07
4. RESULTADOS ESPERADOS	08
5. CRONOGRAMA	09
6. REFERÊNCIAS	10

1. INTRODUÇÃO

1.1 Identificação e apresentação do Problema

Considerando-se a alta prevalência de tabagista na área de abrangência da ESF (Estratégia de Saúde da Família) Rio Abaixo, no município de Atibaia-SP foi elaborado o projeto de criação do grupo de controle do tabagismo. Essa constatação foi feita ante as percepções da equipe de saúde em todos os seus níveis, durante o acompanhamento desta população. A questão do tabagismo ganha uma relevância maior se considerarmos o alto índice de doenças crônicas, como doenças cardiovasculares, respiratórias e neoplásicas nesse público. Em se tratando de uma comunidade rural, constata-se que as campanhas restritivas ao tabagismo empregadas em ambientes públicos e em maços de cigarros tem pouca penetrancia, pois a maioria da população são camponeses e fazem uso do cigarro de papel e cigarro de palha.

O tabagismo é a maior causa prevenível de morte nos países desenvolvidos. A prevalência do tabagismo entre indivíduos com transtorno mental é de 50% nos pacientes psiquiátricos, em contraste com os 25 % da população geral. Também 50% da população geral consegue parar de fumar, enquanto somente 15% dos pacientes psiquiátricos o fazem. A dependência da nicotina pode ser considerada como uma expressão de vulnerabilidade psicopatológica individual, e isso deve ser ponderado nas intervenções para cessação do consumo de tabaco. (LEMOS, 2006).

Cerca de 80% dos fumantes querem parar de fumar. No entanto, apenas 3% conseguem, a cada ano, e a maioria desse grupo consegue parar sem ajuda. A abordagem e o tratamento do fumante chegam a aumentar as taxas de cessação de fumar de 3% para 20% a 30%, em um ano.

Mesmo os pacientes que iniciam tratamento com grande motivação para alcançar abstinência terão de lutar contra o reaparecimento da fissura. Além disso, influências sociais (familiares ou amigos), influências econômicas (desemprego), condições de saúde (dores crônicas, fadiga), influências psicológicas (falta de esperança, desespero) aumentam a vulnerabilidade a um episódio de recaída, mesmo quando o indivíduo adere ao tratamento prescrito. O reconhecimento explícito dos seus esforços e êxitos ajuda a motivá-los a permanecer no tratamento, a despeito dos reveses. Pode-se aperfeiçoar seu envolvimento e sua permanência no tratamento utilizando-se estratégias de aumento da motivação e incentivando-os a participar ativamente das estratégias de auto-ajuda.

Outros obstáculos para a cessação do tabagismo são o medo de ganhar peso, medo da fissura e do fracasso. Os profissionais da saúde, diante do medo do paciente de não conseguir vencer os obstáculos para a cessação do tabagismo e o sentimento de incapacidade de mudar, deve esclarecer sobre esses sentimentos, explorar os motivos pelos quais ele fuma e oferecer apoio e respeito. Quando o paciente tem amigos que fumam ou moram com pessoas que fumam, esses fatores podem representar um obstáculo ao seu tratamento. Deve-se avaliar como essas pessoas favoreceram ou minaram as tentativas

anteriores de abandono do cigarro. (*AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION*, 2008).

Parar de fumar reduz a morbidade e a mortalidade do tabagista. O grau de melhora depende do processo da doença envolvida e a quantidade de dano produzida no tempo da cessação. Por exemplo, fumantes reduzem o risco de desenvolver doença coronariana em 50% um ano após deixar de fumar. Após quatro anos, o risco torna-se equivalente ao das pessoas que nunca fumaram. Dadas as medidas de custo e efetividade, os profissionais da saúde da atenção primária, além de aconselhar, devem acompanhar o paciente e avaliar a motivação de cessar o tabaco.

Os processos de mudanças concitem cinco estágios: pré-contemplação (não pensa em abandonar o cigarro nos próximos seis meses); contemplação (pensa em abandonar nos próximos seis meses), preparação (pensa em cessar o cigarro nos próximos 30 dias), ação (abandonou o cigarro há menos de seis meses) e manutenção (cessou o cigarro há mais de seis meses).

1.2 Justificativa da intervenção

Somando-se a vulnerabilidade da população da ESF Rio Abaixo e o contexto do tabagismo, seria necessário a criação de grupos para cessação do vício na própria unidade, a fim de reduzir as consequências desse hábito nessa comunidade.

2. OBJETIVOS

2.1 OBJETIVO GERAL

- Realizar ação anti-tabagismo, através de grupos, na ESF Rio Abaixo, Atibaia-SP.

2.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Capacitar a equipe da ESF Rio Abaixo para realizar ações de conscientização com a população.
- Capacitar os profissionais da ESF através de cursos ministrados pelo Cratod (Centro de Referência de Álcool, Tabaco e Outras Drogas).
- Fazer divulgação dos grupos de controle de tabagismo.
- Realizar grupos semanais aos moldes do que é preconizado pelo INCA (Instituto Nacional do Câncer).
- Fazer acompanhamentos e reavaliações mensais para manutenção da abstinência do cigarro.
- Oferecer uma melhor qualidade de vida para a população.

3. METODOLOGIA

3.1 CENÁRIO DO ESTUDO

O projeto será realizado na ESF Rio Abaixo, no município de Atibaia-SP. A ESF Rio Abaixo, abrange os bairros rurais do Rio Abaixo, Laranjal, Pedreira, Ponte Alta e São Bento, totalizando uma população de mais de 4.000 pessoas.

3.2 SUJEITOS DA INTERVENÇÃO

A população da área de abrangência da ESF Rio Abaixo. População composta em sua maioria por camponeses que trabalham no cultivo de rosas e morangos nas estufas da região e sítiantes locais, que estão vulneráveis aos riscos do tabagismo.

3.3 CONSIDERAÇÕES ÉTICAS

Os profissionais de saúde envolvidos no projeto não receberão qualquer forma de gratificação e não há nenhuma forma de conflito de interesses por parte desses profissionais. A população participante do projeto será informada de que não haverá qualquer forma de cobrança pela participação e todos os insumos farmacêuticos necessários serão financiados pelo Ministério da Saúde, através do Programa Nacional de Controle do Tabagismo. Os participantes deverão assinar o termo de cessão do uso de imagem, para eventual exposição do trabalho.

3.4 ESTRATÉGIAS E AÇÕES

O projeto seguirá por base o Programa do Ministério da Saúde, criado pelo INCA, que elaborou o manual “Deixando de Fumar Sem Mistérios”. O programa contará com 2 etapas.

A primeira etapa consistirá na divulgação do programa de controle do tabagismo por toda a equipe da ESF, através da abordagem durante as consultas médicas e de enfermagem, durante as visitas das agentes de comunitárias de saúde e também com a distribuição de cartazes nos comércios da região.

A segunda etapa será através da realização de 5 encontros semanais com a comunidade.

O primeiro encontro será uma palestra aberta a toda a comunidade onde será exposto as consequências do tabagismo e ocorrerá a explicação de como será estruturado o programa de controle do tabagismo, que ocorrerá através de mais 4 sessões semanais, seguida de uma quinzenal e mensal até que o tabagista complete um ano sem fumar.

A partir de então os participantes que realmente quiseram aderir ao projeto serão submetidos a uma consulta com o médico e com a enfermeira, onde serão avaliados o seu peso, pressão arterial, comorbidades e possíveis contraindicações aos adesivos de nicotina ou a Bupropiona (medicamentos fornecidos pelo ministério da saúde). Também serão realizados dois testes (Teste de Fagerström e Escala HAD) para avaliar o grau de dependência nicotínica e o nível de ansiedade e depressão respectivamente.

As próximas sessões terão a duração de uma hora e meia e serão todas estruturadas em quatro etapas: atenção individual, estratégias e informação, revisão e discussão; e tarefas. A previsão é de vinte minutos por etapa.

Cada uma das quatro sessões terá um conteúdo principal, que irá trazer um objetivo geral para cada participante e seguindo assim cada etapa que o tabagista vai passando até a completa abstinência.

Os temas serão os seguintes:

Sessão 1: Entender por que se fuma e como isso afeta a saúde.

Sessão 2: Os primeiros dias sem fumar.

Sessão 3: Como vencer os obstáculos para permanecer sem fumar.

Sessão 4: Benefícios obtidos após parar de fumar.

Os pacientes que forem julgado necessário o uso da abordagem farmacológica serão submetidos ao uso da Bupropiona 150mg, e dos adesivos de nicotina (21mg, 14mg e 7mg). Todos fornecidos pelo ministério da saúde.

3.5 AVALIAÇÃO E MONITORAMENTO

As avaliações dos participantes que obtiveram sucesso na cessação do tabagismo serão registradas através de uma planilha de evolução de cada participante. Ocorrerá um monitoramento ao final de cada sessão semanal e nas reavaliações quinzenais e mensais.

4. RESULTADOS ESPERADOS

Os resultados esperados com a implantação desse projeto é a redução significativa da prevalência do tabagismo entre a população da região da ESF Rio Abaixo, trazendo assim, benefícios como melhora da qualidade de vida dos participantes e diminuição da morbidade e mortalidade causada por doenças diretamente e indiretamente ligadas ao tabaco. Espera-se que esse projeto sirva de modelo para que outras unidades de saúde de família possam fazer um trabalho de intervenção semelhante.

6. REFERÊNCIAS

1. American Psychiatric Association Diretrizes para o tratamento de transtornos Psiquiátricos Compêndio 2006. Porto Alegre: Artmed, 2008.
2. Brasil, Ministério da Saúde. Presidência da República. Secretária Nacional de Políticas sobre Drogas. Cartilha sobre tabaco/Secretária Nacional de políticas sobre drogas. Brasília: Previdência da República, Secretária Nacional de Políticas sobre Drogas; 2010.
3. Brasil, Ministério da Saúde. Instituto Nacional de Câncer. Abordagem e tratamento do fumante. Rio de Janeiro: INCA, 2001. BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Portaria SAS/MS 442/04 de 13 de agosto de 2004. Aprova o Plano de Implantação a Abordagem e Tratamento do Tabagismo no SUS. Brasília, 2004.
4. Castro MGT, et al. Psychometric properties in a sample of smokers. Rev Bras Psiquiatr, [s.l.]. 2007; v.29, n.3, p.254-7.
5. Fagerstrom KO. Measuring degree of physical dependence to tobacco smoking with reference to individualization of treatment. Addictive Behaviors, Oxford. 1978; v.3, n.3/4,p.235-241,.
6. Instituto Nacional do Câncer - INCA. Coordenação de Prevenção e Vigilância – Comprev. Deixando de Fumar sem Mistério, Rio de Janeiro: MS/INCA, 204, 54p.
7. Lemos T. Tabagismo e comorbidades psiquiátricas. In: Gigliotti A., Presman S. Atualização no Tratamento do Tabagismo. Rio de Janeiro: ABP – Saúde. 2006; p.53-70.
8. Okuyemi K, Nollen N, Ahluwalia J. Interventions to facilitates moking cessation. Am Fam Physician, [s.l.]. 2006; v.74, n.2, p.262-71.
9. Organização Mundial da saúde (OMS). Classificação de Transtornos Mentais e de Comportamento da CID-10: Critérios Diagnósticos para pesquisa. Porto Alegre: Artes Médicas;1998. p.94-105.
10. Reichert J, Araujo AJ, Gonçalves CM, Godoy I, Chamtkin, JM.; Sales, MP et al. Diretrizes para cessação do tabagismo – 2008. J. Bras. Pneumol. 208; 34(10):845-80.
11. Sardinha A, et al . Intervenção cognitivo- comportamental com grupos para o abandono do cigarro. Rev. bras.ter.cogn., Rio de Janeiro,v.1, n.1, jun 2005 .
12. World Health Organization – WHO. Report on the Global Tabaco Epidemic 2008. The MPower Pachege Geneve, WHO, 208.

