



**UNIVERSIDADE FEDERAL DE SÃO PAULO
ESCOLA PAULISTA DE MEDICINA**



CURSO DE ESPECIALIZAÇÃO EM SAÚDE DA FAMÍLIA

CUIDADO DO TABAGISTA JUNTO A UNIDADE DE SAÚDE

GUSTAVO ANDRÉ ALMEIDA DE OLIVEIRA

**Trabalho de Conclusão de Curso apresentado
à Universidade Federal de São Paulo para ob-
tenção do Título de Especialista em Saúde da
Família.**

Orientador(a): Carla Gianna Luppi

São Paulo

2016

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	3
2 OBJETIVOS	4
2.1 Geral	4
2.2 Específico(s)	5
3 REFERENCIAL TEÓRICO	5
4 MÉTODO	8
4.1 Local	8
4.2 Participantes	8
4.3 Ações	8
4.4 Avaliação e Monitoramento	9
5 RESULTADOS ESPERADOS	10
6. CRONOGRAMA	11
7 REFERÊNCIAS	12
ANEXOS	14.

1. INTRODUÇÃO

No final do século XV foi descoberto e difundido pela frota de Cristovão Colombo. Tribos indígenas das Américas utilizavam o fumo em rituais religiosos, como inseticidas e planta medicinal. Em 1525, surgiu o primeiro elogio documentado a prática de fumar, por Jean D'ango, que relatou estar surpreso e admirado com a cena de um dos seus marinheiros inalando uma fumaça vinda de uma folha acesa. Há relatos de que o marinheiro ainda descrevia a sensação e benefícios da fumaça.

Em 1560, Jean Nicot de Villemain, a quem remete o nome da nicotina, define a folha como medicamento, com ações e benefícios psíquicos e neurológicos. A partir disso, com o desenvolvimento da revolução industrial, o produto e processamento do tabaco começou a fazer parte dos hábitos sociais vãos vigentes (EZZATI, 2013).

Segundo a Organização Mundial de Saúde (OMS), o tabagismo é o principal fator evitável de doença, invalidez e morte. Anualmente, cinco milhões de mortes são atribuídas ao tabagismo, sendo que metade dessas estão na faixa etária reprodutiva de 45 a 54 anos. Hoje, aproximadamente, 1 bilhão de homens e 300 milhões de mulheres são fumantes. Sendo que 35 % dos homens fumantes estão em países em desenvolvimento e, entre as mulheres, 22 % delas estão em países desenvolvidos (OMS, 2010).

O tabagismo é responsável por 85% das mortes por doença pulmonar crônica (bronquite e enfisema), 30 % por diversos tipos de câncer (pulmão, boca, laringe, faringe, esôfago, pâncreas, rim, bexiga, colo do útero, estômago e fígado), 25% por doença coronariana (angina e infarto) e 25% por doenças cerebrovasculares. (INCA, 2015)

A Política nacional de Programa da Saúde incentiva o controle do tabagismo para a criação de ambientes mais saudáveis, capacitando as vigilâncias sanitárias dos municípios. Assim o cumprimento da Lei Federal nº 9.294/96, que dispõe sobre o uso do tabaco em recintos coletivos, deve ser fiscalizada pela vigilância sanitária dos municípios.

“A Atenção primária em saúde é um espaço privilegiado para o desenvolvimento das ações de estímulo e apoio à adoção de hábitos mais saudáveis

e da corresponsabilização pelo cuidado dos outros e de si próprio”. (INCA, 2015). Sabendo-se que o tabagismo é um problema de saúde pública, deve-se fortalecer as ações de atuação com dedicação e educação continuada, com financiamento adequado e com a participação de diversas frentes da sociedade.

O hábito de fumar é um comportamento que sofre influências de fatores externos e internos, como ambientes, hábitos pessoais, condicionamentos psicossociais e ações farmacológicas da nicotina.

A OMS afirma que o tabagismo deve ser considerado uma pandemia, visto que, no mundo, morrem cinco milhões de pessoas por ano em decorrência das doenças provocadas pelo tabaco, o que corresponde a aproximadamente seis mortes a cada segundo. (ARAUJO, 2004). Além disso, o hábito de fumar pode ser classificado como doença pelas suas consequências e dependência da nicotina em diversos códigos do CID 10, como F17, P04.2, t65.2, z58.7 dentre outros.

Frente a problemática de diminuir a prevalência de tabagistas na população, foi proposto um trabalho de terapia comportamental cognitivo associado a farmacoterapia, sendo acompanhado por médico, enfermeira e psicóloga.

Os grupos são uma forma de discutir com os participantes sobre os males provocados pelo tabaco. Além disso, a exposição das angustias, medos, mitos e verdades dos fumantes em relação ao tabaco determina muitas vezes o melhor entendimento dessa relação e ajudam a desconstruir tal dependência.

Muitos de grupos estabelecidos ainda têm altas taxas de desistência, lapsos e recaídas dos pacientes, mas é de extrema importância no estudo estabelecer falhas e contorná-las, para assim, aumentar o número de ex tabagistas na população.

2. OBJETIVOS

2.1 Geral

Aumentar o número de cuidados para com os pacientes tabagista da região de César de Souza, que estão em fila de espera e/ou participante do grupo antitabagismo que necessitam de ajuda para cessar o fumo. A partir disso, melhorar a qualidade de vida e diminuir os riscos de doença crônica e neoplásicas nessa população.

2.2 Específico (s)

- 1- Aumentar a adesão e número de ex tabagistas na região
- 2- Aprimorar os grupos operativos com maior número de pessoas em ambiente propício, com suporte de multimídia e meios de interatividade.
- 3- Diminuir a fila de espera de tabagistas com desejo de participar do grupo operativo
- 4- Incentivar os outros médicos da unidade a reforçar em consultas individuais a importância de cessar o tabagismo
- 5- Estabelecer grupos operativos com a participação de um médico, uma enfermeira e uma psicóloga.

3. REFERENCIAL TEÓRICO

Durante uma consulta, é fundamental que o médico ou outro profissional de saúde interroge sobre o uso de tabaco e esclareça os malefícios causados pela nicotina. Além disso, é preciso enfatizar que o tabagismo é definido como doença e fator de risco para muitas outras. Em 1997 a OMS declarou a dependência da nicotina como doença, porém, muitos profissionais e estudantes não a consideram e negligenciam o cuidado e o manejo de tratamento dessa comorbidade.

Dos métodos mais estudados no controle para parar de fumar, o aconselhamento e farmacoterapia são os mais utilizados (INCA, 2011). Junto a isso, são realizados inúmeros programas de atividades continuadas, como ambien-

tes livres de tabacos em escolas (Programa saber saúde) e unidade de saúde (Programa saúde e coerência). Assim o INCA desenvolve materiais educativos, projetos –pilotos e metodologias de capacitação. (CAVALCANTE, 2005)

Em apoio às campanhas educativas e de conscientização na luta contra o tabaco, definiu-se que dia 31 de maio seria o dia Mundial sem tabaco e 29 de agosto o Dia Nacional de combate ao fumo.

Dos métodos mais estudados no controle para parar de fumar, o aconselhamento e farmacoterapia são os mais utilizados (INCA, 2011). Estudos indicam que as terapias cognitivas-comportamentais são eficazes mesmo sem o uso de medicamentos, porém, o uso de fármacos específicos não concomitante com as terapias não se mostrou eficazes no tratamento. Do ponto de vista da estabilidade da manutenção da abstinência, quase 50% dos que participaram do tratamento cognitivo permaneceram sem fumar por seis anos, em contrapartida, menos de 30% do grupo controle se mantinham abstêmios (SARDINHA, 2005).

Aproximadamente 80 % dos fumantes desejam parar de fumar, porém 3 % deles conseguem sem ajuda profissional. Os demais necessitam de apoio dos meios do sistema de saúde para cessar o tabagismo. Qualquer abordagem cognitiva-comportamental pelo médico, seja breve /mínima ou mais prolongada, aumenta a taxa de abstinência do indivíduo. Porém, segundo o Ministério da Saúde, a abordagem acima de 90 minutos acumuladas em consultas individuais não têm mais efeitos práticos. (PIETROBON, 2007)

No tratamento do paciente fumante, envolve de capacitação de profissionais de saúde. O centro de referência de álcool, tabaco e outras drogas – CRATOD do Estado de São Paulo, desenvolve tais treinamentos para médicos, enfermeiros, psicólogos e outros integrantes da área da saúde, tanto no quesito comportamental como medicamentoso. A capacitação possibilita o fumante ao acesso a tratamento comportamental e medicamentoso nas unidades básicas de saúde.

Nas abordagens terapêuticas, o profissional de saúde pode utilizar o teste de dependência a Nicotina de Fagestrom, validado no Brasil por Carmo e Pueyo. O teste consiste em seis questões que estabelecem o grau de interação do indivíduo com o tabaco. Em cada alternativa tem-se a pontuação de

zero a três, sendo somados e classificados em graus muito baixo, baixo moderado, alto e muito alto. (PIETROBON, 2007).

“As altas taxas de fracasso nos programas de cessação do tabagismo são preocupações frequentes para os interessados no controle do tabagismo no Brasil e no mundo”. Em vista disso, é importante determinar os fatores vinculados ao número elevado de pacientes que retornam ou, até mesmo, não param de fumar, assim, é possível estabelecer formas de solucionar eventuais problemas em busca de aumentar as taxas de sucesso.

A pesar disso, a prevalência de fumantes no Brasil está diminuindo. Em 1989, era de 34,8% da população e em 2008 essa taxa foi de 18,5%. Isso se deve a medidas de campanhas de saúde e outras ações políticas paralelas, como aumento do preço dos cigarros, proibição de propagandas e leis de ambiente livre do tabaco. (PAWLINA, 2014)

4. METODOLOGIA

4.1 Local

Unidade Básica de Saúde Vila Suíça. Mogi das Cruzes, São Paulo.

4.2 Participantes (público-alvo)

Pacientes dependentes de tabaco. Médico, psicóloga e enfermeira, como participantes.

4.3 Ações

- Divulgação do projeto será por meio de cartazes fixados na unidade, orientação dada pelo “ligue médico” da região, e por meio de orientações e convites realizados pelos médicos, pela enfermeira, psicóloga e outros funcionários da unidade.
- Capacitação do médico participante a ser realizado junto ao Centro de Referência de Álcool, tabaco e outras Drogas – CRATOD.
- Acompanhamento em reuniões, inicialmente semanais, em 02 grupos formados por 15 participantes, com duração aproximada de uma hora e trinta minutos.
- Os participantes irão preencher uma ficha cadastral, contendo dados sociais, profissionais e clínicos, além de responderem o teste de Fagerstrom.
- Em todas as reuniões, serão realizadas lista de presença dos participantes.

- Aqueles que não comparecerem a dois encontros serão convidados a reiniciar o acompanhamento em outro grupo.
- Os conteúdos das discussões serão abordados de acordo com a demanda e angústia dos pacientes, sendo contemplado, obrigatoriamente, os assuntos da história do tabaco, ações do tabaco no corpo humano, quais os malefícios do tabaco, medidas de suporte dos sintomas da fissura, principais angústias dos participantes e medidas farmacológicas de suporte.

4.4 Avaliação e Monitoramento

- Serão avaliados o grau de adesão dos participantes. Quantos participantes cessam o tabagismo nas primeiras semanas.
- Quantos participantes terão indicação do uso de adesivo nicotínico.

5. RESULTADOS ESPERADOS

O presente estudo poderá aumentar a abrangência do cuidado do indivíduo tabagista em meio da atenção básica de saúde, além de estabelecer novas práticas de serviço em saúde na unidade proposta. De outro modo, espera-se salientar e conscientizar os profissionais de saúde a respeito da importância do método na luta contra o tabaco. Além disso, o estudo poderá aprimorar novos meios de acompanhamento e tratamento em grupo de tais indivíduos. Este estudo poderá definir as principais dificuldades e desafios no tratamento em grupo, tanto no quesito de logística e funcionamento da unidade, quanto nas limitações dos próprios profissionais em abordagem. Por fim, o projeto poderá evidenciar o foco no cuidado do tabagista, aumentando o número de pacientes dependentes do tabaco que conseguiram abandonar o fumo e disseminar os conhecimentos a respeito dessa droga.

6. CRONOGRAMA

Atividades	Ago- sto 2016	Setem- bro 2016	Outubr o 2016	Novem- bro 2016	Dezem- bro 2016	Janei- ro 2017	Fe- vereiro 2017
Revisão Bibliográfica	x	x	x	x	x	x	x
Divulgação do grupo anti- tabagismo	x	x					
Formação dos grupos partic- ipantes		x					
Treinamento da equipe	x						
Implantação das Ações		x	x	x	x		
Monitoramento e ajustes				x			
Análise dos dados						x	x
Apresentação dos resultados							x
Acompanhamento do Projeto					x	x	x

7. REFERÊNCIAS

1. BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. SECRETARIA DE ATENÇÃO À SAÚDE. Departamento de Atenção Básica. Doenças respiratórias crônicas / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica. – Brasília : Ministério da Saúde, 2010. 160 p.
2. INSTITUTO NACIONAL DO CANCER. Disponível em http://www2.inca.gov.br/wps/wcm/connect/acoes_programas/site/home/nobrasil/programa-nacional-controle-tabagismo/tabagismo. Acessado em 23 de dezembro de 2015.
3. ARAUJO, Alberto José et al. Diretrizes para cessação do tabagismo. J. bras. Pneumol., SP, v.30, supl.2p. S1-s76, Aug. 2004
4. A situação do tabagismo no Brasil: dados dos inquéritos do sistema Internacional de vigilância da Organização Mundial da saúde, realizados no Brasil, entre 2002 e 2009/Instituto Nacional de Câncer José Alencar Gomes da Silva. Rio de Janeiro: Inca , 2011. 76p.
5. CAVALCANTE, Tânia Maria. O controle do tabagismo no Brasil: avanços e desafios. Revista psiquiatria Clínica . 32 (5): 283-300, 2005
6. PIETROBON, R. C; BARBISAN, J. N; MANFROI, W. C. Utilização do teste de dependência à nicotina de fagerström como um instrumento de medida do grau de dependência. Revista 32 HCPA, v. 27, n. 3, 2007.
7. EZZATI M, LOPEZ A. Estimates of global mortality attributable the smoking in 2000. The Lancet. V.362 p. 847-852, 2013.
8. SARDINHA, Aline 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 .
9. PORTES, Leonardo et al. Ações voltadas para o tabagismo: análise de sua implementação na Atenção Primária à Saúde. Ciência e Saúde Coletiva. Rio de Janeiro v.19 n.2, 2014.
10. PAWLINA, Maritza Muzzi Cardozo et al . Ansiedade e baixo nível motivacional associados ao fracasso na cessação do tabagismo. J. bras. psiquiatr., Rio de Janeiro , v. 63, n. 2, p. 113-120, 2014 .

11. DUNCAN, B.B, SCHMIDT M.I, GIUGLANI, E.R.J , organizadores. Medicina ambulatorial: condutas de atenção primária baseada em evidências 4° Ed. Porto Alegre: Artmed Editora, 2013

ANEXOS

Teste de Fagerström				
1. Em quanto tempo depois de acordar você fuma o primeiro cigarro?	Dentro de 5 minutos	3 pontos		
	6-30 minutos	2 pontos		
	31-60 minutos	1 ponto		
	Depois de 60 minutos	0 (zero)		
2. Você acha difícil deixar de fumar em lugares onde é proibido (por exemplo, na igreja, no cinema, em bibliotecas, etc).	Sim	1 ponto		
	Não	0 (zero)		
3. Que cigarro você mais sofreria em deixar?	O primeiro da manhã	1 ponto		
	Qualquer um	0 (zero)		
4. Quantos cigarros você fuma por dia?	31 ou mais	3 pontos		
	21 a 30	2 pontos		
	11 a 20	1 ponto		
	10 ou menos	0 (zero)		
5. Você fuma mais durante as primeiras horas após acordar do que durante o resto do dia?	Sim	1 ponto		
	Não	0 (zero)		
6. Você fuma mesmo estando tão doente que precise ficar de cama quase todo o dia?	Sim	1 ponto		
	Não	0 (zero)		
0 a 2 Muito baixa	3 a 4 Baixa	5 Média	6 a 7 Elevada	8 a 10 Muito elevada