



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



CURSO DE ESPECIALIZAÇÃO EM SAÚDE DA FAMÍLIA

**TABAGISMO NA SAÚDE MENTAL: DIFICULDADE DE ABORDAGEM NA ATENÇÃO
PRIMÁRIA E ESTRATÉGIA PARA CESSAÇÃO**

JÉSSICA CARVALHO BENATTI

**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): Profa. Lia Likier Steinberg

**São Paulo
2016**

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	03
2 OBJETIVOS	04
2.1 Geral	04
2.2 Específico(s)	04
3 REFERENCIAL TEÓRICO	05
4 MÉTODO	10
4.1 Local	10
4.2 Participantes	10
4.3 Ações	10
4.4 Avaliação e Monitoramento	11
5 RESULTADOS ESPERADOS	13
6. CRONOGRAMA	14
7 REFERÊNCIAS	15
ANEXOS	

1. INTRODUÇÃO

A relação entre tabagismo e quadros psicopatológicos está bem estabelecida na literatura, através de numerosos estudos publicados nas duas últimas décadas. O uso do tabaco é particularmente prevalente entre os indivíduos com diagnóstico de esquizofrenia, com estimativas variando entre 49% e 80% neste grupo (LAWN, 2002). As estatísticas apontam, ainda, que os pacientes portadores de transtornos mentais fumam cerca de três vezes mais do que a população geral (ESTERBERG, 2005).

O cigarro contribui para a alta incidência de doenças pulmonares e cardiovasculares neste grupo de usuários. Também influencia na metabolização de alguns medicamentos psicotrópicos. Desta forma, segundo a literatura, pacientes psiquiátricos que fumam tendem a requerer doses mais altas de medicamentos e, conseqüentemente, sofrem com o aumento na incidência de efeitos colaterais (ESTERBERG, 2005)

Por tais razões, tornou-se evidente a necessidade de ações de prevenção ao tabagismo e estratégia para estimular a cessação do uso do tabaco voltada para esta população na atenção primária à saúde. A Associação Médica Brasileira e Agência Nacional de Saúde Complementar, através do Projeto Diretrizes, recomenda a abordagem para cessação do tabagismo em pacientes psiquiátricos equivalente à população geral. Porém, é consenso na literatura que há deficiência na implementação de programas motivacionais efetivos voltados para este grupo de pacientes por profissionais de saúde.

2. OBJETIVOS

2.1 Geral

O objetivo deste projeto é diminuir o consumo de tabaco entre pessoas com transtornos mentais e chamar a atenção para a falta de programas efetivos voltados a estes pacientes, no âmbito da atenção básica.

2.2 Específico(s)

- 1) Compreender os principais aspectos relacionados ao uso do tabaco nas pessoas com transtornos mentais, e a maior dificuldade em abandono do vício neste grupo;
- 2) Propor a inclusão dos pacientes portadores de transtornos mentais nos grupos de cessação do tabagismo da Unidade Básica de Saúde;
- 3) Propor a aplicação dos estágios motivacionais de Prochaska e DiClemente pela Equipe de Saúde da Família na abordagem da cessação do tabagismo;
- 4) Estimular o fortalecimento do vínculo entre o usuário e a Equipe de Saúde da Família;
- 5) Garantir a equidade, a universalidade e a integralidade do cuidado das pessoas com transtornos mentais, de acordo com os princípios fundamentais do Sistema Único de Saúde.

3. REFERENCIAL TEÓRICO

Segundo Esterberg (2005), as taxas de sucesso na cessação do tabagismo são baixas em pessoas com transtornos mentais, e vários fatores impactam essas taxas. As pessoas com esquizofrenia, por exemplo, possuem dificuldade em manter a motivação e controlar o estresse, e muitas vezes não possuem recursos, como programas motivacionais, para auxiliar o processo de cessação. O mesmo autor cita, ainda, que fatores como baixo nível socioeconômico, baixa escolaridade e programas de apoio sociais ineficientes contribuem para a marginalização destes pacientes e, conseqüentemente, para a perda da motivação.

Alguns artigos apontam fatores bioquímicos relacionados à alta incidência de tabagismo nos pacientes psiquiátricos. De acordo com Rondina (2003), em sua revisão bibliográfica, o consumo de tabaco pode melhorar a concentração e reduzir a hiperestimulação desagradável experimentada por esquizofrênicos e portadores de transtornos ansiosos. Além disso, se os efeitos da nicotina em populações não portadoras de distúrbios forem generalizáveis para populações com transtornos mentais, é possível ainda que a nicotina reduza sintomas como apatia, tédio e as emoções da síndrome de abstinência.

A indústria do tabaco contribuiu para promover crenças de que o cigarro não traria tantos malefícios para os pacientes psiquiátricos em relação à população geral. Através da manipulação de dados sobre os riscos do cigarro em pesquisas, por muitos anos acreditou-se que os portadores de esquizofrenia não deveriam fazer parte de programas de cessação do tabagismo, pois para este grupo os benefícios mentais seriam maiores do que os malefícios à saúde (PROCHASKA, 2007).

Porém, além da alta incidência de problemas respiratórios e cardiovasculares, Esterberg aponta a influência do cigarro na metabolização de alguns medicamentos psicotrópicos. Desta forma, os pacientes psiquiátricos que fumam tendem a requerer doses mais altas de medicamentos e, conseqüentemente, sofrem com o aumento da incidência de efeitos colaterais.

É consenso na literatura que a falta de programas de cessação do tabagismo voltados a este grupo populacional torna-se um agravante para o aumento do número de pacientes fumantes. Sem assistência profissional para combater os fatores específicos que dificultam o processo de cessação, os pacientes acabam por falecer devido a complicações respiratórias e não em decorrência da doença mental.

Segundo o Plano de Implantação da Abordagem e Tratamento do Tabagismo na Rede SUS, do Ministério da Saúde, os pacientes que apresentam co-morbidades psiquiátricas devem ser encaminhados para os Centros de Atenção Psicossocial (CAPS), Centros de Atenção Psicossocial para Álcool e Outras Drogas (CAPS AD)

Apesar de todos os fatores citados, a Associação Médica Brasileira e Agência Nacional de Saúde Complementar, através do Projeto Diretrizes, recomenda a abordagem para cessação do tabagismo em pacientes psiquiátricos equivalente à população geral. Porém, é consenso na literatura que há deficiência na implementação de programas motivacionais efetivos voltados para este grupo de pacientes por profissionais de saúde.

Atualmente, dentre diversos métodos de abordagens motivacionais, o mais estudado e utilizado nos grupos de tabagismo é o Modelo Transteórico de Prochaska e DiClemente. Segundo Ruth Borges Dias, em Diretrizes de Intervenção quanto à mudança de comportamento – A Entrevista Motivacional:

“A mudança comportamental é um processo, e as pessoas têm diversos níveis de motivação. A motivação pode ser definida como a probabilidade de que uma pessoa se envolva, continue e adira a uma estratégia específica de mudança. Motivação não deve ser encarada como um traço de personalidade inerente ao caráter da pessoa, mas sim um estado de prontidão ou vontade de mudar, que pode flutuar de um momento para outro e de uma situação para outra”.

O Modelo Transteórico de Prochaska e DiClemente descreve a prontidão para a mudança como estágios pelos quais o indivíduo transita, sendo estes:

- Pré-contemplação (“I won’t”) - Não considera a possibilidade de mudar, nem se preocupa com a questão;
- Contemplação (“I might”) - Admite o problema, é ambivalente e considera adotar mudanças eventualmente;

- Preparação (“I will”) - Inicia algumas mudanças, planeja, cria condições para mudar, revisa tentativas passadas;
- Ação (“I am”) - Implementa mudanças ambientais e comportamentais, investe tempo e energia na execução da mudança;
- Manutenção (“I have”) - Processo de continuidade do trabalho iniciado com ação, para manter os ganhos e prevenir a recaída;
- Recaída - Falha na manutenção e retomada do hábito ou comportamento anterior – retorno a qualquer dos estágios anteriores.

De acordo com Prochaska, DiClemente e Norcross o indivíduo não caminha nos estágios de forma linear-causal, uma vez atingida alguma mudança, não significa que a pessoa se manterá neste estágio, por isto pode-se representar o processo de mudança como uma espiral, que pressupõe movimento, em que as pessoas podem progredir ou regredir sem ordenação lógica. A grande importância do reconhecimento da etapa do processo de mudança no indivíduo é estimar o seu envolvimento no processo e tomar decisões sobre a metodologia a ser utilizada na abordagem de forma mais personalizada, realista e fundamentada (DIAS, s/d).

Em Diretrizes Clínicas em Saúde Mental na Assistência Básica (2009), o modelo de escolha na intervenção para cessação do tabagismo em pacientes psiquiátricos é a Entrevista Motivacional de Prochaska e DiClemente. São apresentadas no capítulo específico sobre o tema algumas técnicas de abordagem para mudança comportamental, e a escolha da melhor técnica depende da fase de motivação do indivíduo. É feita uma correlação entre os estágios de mudança e as tarefas motivacionais apresentados a seguir:

Quadro 1 – Correlação entre estágios de mudança e tarefas motivacionais

Estágios de mudança de Prochaska e DiClemente	Tarefas motivacionais do terapeuta
Pré-contemplação	Levantar dúvidas – aumentar a percepção do indivíduo sobre os riscos e problemas do comportamento atual.
Contemplação	“Inclinar a balança” – evocar as razões para a mudança, os riscos de não mudar; fortalecer a auto-suficiência do indivíduo para a mudança do comportamento atual.
Preparação	Ajudar o indivíduo a determinar a melhor linha de ação a ser seguida na busca pela mudança.
Ação	Ajudar o indivíduo a dar passos rumo à mudança
Manutenção	Ajudar o indivíduo a identificar e a utilizar estratégias de prevenção da recaída.
Recaída	Ajudar o indivíduo a renovar os processos de contemplação, preparação e ação, sem que este fique imobilizado ou desmoralizado devido à recaída.

Pereira, Alexandre de Araújo. Diretrizes clínicas para atuação em saúde mental na atenção básica / Organizado por Alexandre de Araújo Pereira. -- Belo Horizonte: NESCON/UFMG, 2009.

Essa abordagem pode ser utilizada para qualquer problema de saúde mental, como meio de educar e promover saúde. É destinada a indivíduos que não acreditam ter uma questão importante para ser mudada, que não querem se tratar ou que se sentem numa dualidade (ambivalência) muito arraigada. Pode ser usada em uma única entrevista, mas habitualmente é empregada em quatro a cinco consultas (PEREIRA, 2009)

Existem cinco princípios básicos na entrevista motivacional, que são: expressar empatia, desenvolver discrepância, evitar discussões, fluir com a resistência e estimular a auto-eficácia.

- Expressar empatia: aceitar a postura do indivíduo, tentando entendê-lo, sem julgamento. Exercitar uma “escuta técnica reflexiva” (*reflective listening*) que clarifique e amplie a experiência pessoal do indivíduo, sem impor a opinião pessoal do terapeuta.

- Desenvolver discrepância: é muito importante que a pessoa tenha consciência das consequências de sua conduta, perceba a diferença entre o comportamento atual e os objetivos futuros. Trabalhar a emoção gerada pelo desconforto da dúvida e/ ou de conflito é o maior motor para a mudança.

- Evitar discussões: evitar confrontações diretas. Os argumentos diretos e as tentativas para convencer tendem a produzir oposição ante as instruções, ordens ou sugestões para a mudança.

- Fluir com a resistência: é preciso reconhecer o momento do indivíduo e saber usá-lo em vez de ir contra ele. Para isto, existem técnicas como a reflexão simples, reflexão amplificada, reflexão de dois lados, mudar o foco de atenção, concordar, reinterpretar, entre outras.

- Estimular a autoeficácia: acreditar na possibilidade de mudança é um importante fator motivacional, porque tem muita influência sobre a capacidade de iniciar um novo comportamento e mantê-lo.

Desta forma, é possível estabelecer vínculo com o paciente a fim de lhe permitir posicionar-se no que diz respeito aos hábitos que precisa mudar.

4. METODOLOGIA

4.1 Local

Unidade Básica de Saúde Jardim Luciana. Município de Franco da Rocha.

4.2 Participantes (público-alvo)

Público-alvo: Pacientes tabagistas portadores de transtornos mentais, tais como depressão, esquizofrenia, transtorno afetivo bipolar entre outros.

Participantes: Médicos, enfermeiros, auxiliares de enfermagem e agentes comunitários das equipes que prestam atendimento a população-alvo na atenção primária, além da participação de psicólogos e terapeutas ocupacionais dos centros de atenção psicossocial (CAPS) de referência.

4.3 Ações

- Divulgar o projeto para o público-alvo através dos agentes comunitários e demais profissionais da equipe por meio de convite à participação dos pacientes portadores de transtornos mentais em rodas de conversa sobre o tema e proposta de café da manhã ao final de cada evento;
- Treinar os profissionais participantes com o modelo de entrevista motivacional;
- Solicitar apoio e parceria com o CAPS de referência, através da presença de psicólogos ou terapeutas ocupacionais nas rodas, a fim de enriquecer a conversa e fortalecer o vínculo entre os serviços e com os pacientes;
- Realizar reuniões semanais, com duração de cerca de 1 hora e meia cada, em modelo de roda de conversa, na qual serão abordados

os principais aspectos relacionados ao uso do tabaco e suas consequências e aplicar a entrevista motivacional no manejo da cessação do tabagismo;

- Dividir as reuniões por equipes, sendo que a cada semana uma equipe irá se reunir para realizar o evento;
- Oferecer lanche para os pacientes ao final de cada reunião;
- Manter espaço para que os pacientes procurem a equipe em outros momentos que não as reuniões, a fim de estimular a continuidade do processo de cessação.

4.4 Avaliação e Monitoramento

- Quantificar o número de pessoas portadoras de transtornos mentais e tabagistas na área de abrangência através de levantamento de dados pelos agentes comunitários de saúde;
- Quantificar o número de profissionais que participarão do treinamento;
- Realizar avaliação semanal do desempenho dos profissionais nas reuniões e na aplicabilidade do modelo motivacional através da elaboração de um relatório por equipe, na qual serão anotadas as principais dificuldades e os avanços ao final de cada reunião do grupo de cessação do tabagismo. O conteúdo do relatório será levado posteriormente para a reunião de equipe e discutido, a fim de estimular melhorias e procurar soluções para as dificuldades;
- Quantificar o número de profissionais participantes em cada reunião através de uma lista de presença com o nome e a especialidade de cada um, a fim de avaliar se a abordagem multidisciplinar está sendo realizada;
- Quantificar o número de participantes em cada reunião, através de uma lista de presença;

- Monitorar o envolvimento dos pacientes através do levantamento do número de abstenções e abandono;

- Realizar avaliação mensal do desempenho dos pacientes através de um questionário aplicado ao final de cada reunião, onde constarão perguntas sobre a quantidade de cigarros consumidos por dia, os medicamentos em uso pelo paciente, fatores que levam ao aumento do consumo e à diminuição, período em abstinência, principais dificuldades do período de abstinência, número de recaídas, entre outros;

- Realizar levantamento de dados sobre a evolução do processo de cessação de cada paciente através da análise das informações obtidas na avaliação mensal supracitada;

- Realizar uma pesquisa de satisfação com os pacientes, a fim de avaliar os principais aspectos a serem trabalhados pela equipe para melhorar a condução do grupo;

5. RESULTADOS ESPERADOS

Através da aplicação do Modelo Transteórico de Prochaska e DiClemente, espera-se que seja criado um vínculo entre os pacientes psiquiátricos (frequentemente ausentes nas rotinas da atenção básica) e a equipe de saúde da família responsável pela condução do grupo de cessação do tabagismo. Desta forma, os pacientes passam a ser assistidos e obtêm apoio profissionalizado para conseguirem parar de fumar.

Além disso, espera-se desmistificar conceitos sobre a relação entre o tabagismo e os transtornos mentais, fomentados durante anos pela indústria do tabaco, e conscientizar esta população sobre as consequências do uso do cigarro e seus impactos na vida do paciente e seus familiares. Cientes dos malefícios e com apoio estruturado para conduzir o processo de cessação, espera-se que os pacientes consigam efetivamente parar de fumar.

6. CRONOGRAMA

Atividades	Agosto 2016	Setembro 2016	Outubro 2016	Novembro 2016	Dezembro 2016	Janeiro 2017	Fevereiro 2017
Revisão Bibliográfica	x	x	x	x	x	x	x
Aprovação no Comitê de Ética	x	x					
Treinamento da equipe	x	x					
Implantação das Ações		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. Associação Médica Brasileira e Agência Nacional de Saúde Suplementar. Tabagismo. *Projeto Diretrizes*, Jan 2011. Disponível em: <http://www.projetodiretrizes.org.br/ans/diretrizes/tabagismo.pdf> Acesso em 05/04/2016.
2. Carosella A. M., Ossip-Klein D. J., & Owens C. A. Smoking attitudes, beliefs and readiness to change among acute and long term care in patients with psychiatric diagnoses. *Addictive Behaviors*, Vol. 24, No. 3, pp. 331-344, USA, 1999.
3. Esterberg M. L., & Compton M. T. Smoking Behavior in persons with a schizophrenia-spectrum disorder: a qualitative investigation of the trans-theoretical model. *Social Science & Medicine*, Vol. 61, pp. 293-303, USA, Jan 2005.
4. Evins A. E., *et al.* Maintenance treatment with Varenicline for smoking cessation in patients with schizophrenia and bipolar disorder: a randomized clinical trial. *The Journal of the American Medical Association*, Vol. 311, No. 2, pp. 145-154, USA, Jan 2014.
5. Jungerman F.S., Laranjeira R. Entrevista motivacional: bases teóricas e práticas. São Paulo: CD UNIAD – UNIFESP, 1999.
6. Pereira, Alexandre de Araújo. Diretrizes clínicas para atuação em saúde mental na atenção básica / Organizado por Alexandre de Araújo Pereira. -- Belo Horizonte: NESCON/UFMG, 2009.
7. Prochaska J. J. Smoking and mental illness – Breaking the link. *The New England Journal of Medicine*, Vol. 365, No. 3, pp. 196-198, Jul 2011.
8. Prochaska J. J., Hall S. M., & Bero L. A. Tobacco use among individuals with schizophrenia: what role has the tobacco industry played? *Schizophrenia Bulletin*, Vol. 34, No. 3, pp. 555-567, USA, 2008.
9. Rondina R. Relação entre tabagismo e transtornos psiquiátricos. *Revista de psiquiatria clínica USP*, Vol. 30, No. 66, Ribeirão Preto, 2003. Disponível em: <http://www.hcnet.usp.br/ipg/revista/vol30/n6/221.html> >. Acesso em: 10 nov 2015.
10. Dias R. B. Diretrizes de intervenção quanto à mudança de comportamento – A Entrevista Motivacional. Disponível em: <https://www.nescon.medicina.ufmg.br/biblioteca/imagem/1731.pdf> . Acesso em: 03 Dez 2015.

ANEXOS