



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



**CURSO DE ESPECIALIZAÇÃO EM SAÚDE DA FAMÍLIA**

**Elevada prevalência de tabagismo na população do território da  
Unidade Básica de Saúde Nossa Senhora do Carmo, Município  
São Paulo - SP**

**Pamela Reinaldo Leite**

**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 Gianne Luppi**

**São Paulo**

**2016**

## SUMÁRIO

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



# 1. INTRODUÇÃO

Atualmente existem cerca de 1 bilhão de fumantes no mundo, responsáveis pelo consumo de 6 trilhões de cigarros em todos os anos. Os riscos relacionados ao tabaco resultam não apenas em seu consumo, mas também da exposição a fumaça. Ao torno de 6 milhões de pessoas morrem por ano devido ao uso de cigarros e também ao fumo passivo. (MALTA, 2006)

O tabagismo é um grande fator de risco para o desenvolvimento das Doenças Crônicas Não Transmissíveis (DCNT), doenças pulmonares, principalmente câncer de pulmão e Enfisema Pulmonar, doenças cardiovasculares, como o Infarto Agudo do Miocárdio. No Brasil, a porcentagem é maior entre os homens do que entre as mulheres. A faixa etária de maior prevalência é entre 45 e 54 anos (13,2%) e a menor, entre os 18 e 24 anos (7,8%). (INCA, 2007). Caracterizado como um dos grandes problemas de saúde pública em todo o mundo. (ARAUJO, 2004)

Observa-se que o hábito de fumar relaciona-se a graves danos à saúde podendo levar ao óbito, com isso, torna-se importante a implementação de estratégias visando diminuir o consumo de tabaco. Tendo este projeto como objetivo principal a introdução de estratégia para tratamento e acompanhamento dos pacientes tabagistas que acompanham na UBS Nossa Senhora do Carmo, no município de São Paulo-SP.

## 2. OBJETIVOS

### 2.1 Geral

Implantar intervenção para reduzir o número de fumantes na UBS Nossa Senhora do Carmo, município de São Paulo-SP.

### 2.2 Específicos

- 1) Identificar os pacientes tabagistas;
- 2) Identificar o grau de dependência ao tabagismo dos pacientes selecionados;
- 3) Oferecer grupos e terapias medicamentosas para a redução do tabagismo aos pacientes identificados.

### 3. REFERENCIAL TEÓRICO

O tabaco ainda enraizado nos dias de hoje é obtido a partir dos vegetais, a *Nicotiana tabacum* e a *Nicotiana rustica*. Essas plantas foram descobertas há cerca de 18.000 anos. (MUSK, 2010)

O ato de fumar, ou seja, de ascender e aspirar, tem sua origem indeterminada. Alguns defendem origem americana, outros dos Andes e até origem Asiática. Com a colonização Europeia, o tabaco se alastrou pelos continentes, chegando até a tornar-se moeda para o tráfico de escravos, facilitando ainda mais seu descobrimento para outros continentes. (JONES, 2000)

Com o passar dos anos o tabaco já popularizado, foi apelidado como "erva santa", foi usado na medicina por Jean Nicot, no qual, identificou propriedades medicinais a planta, sendo batizada em sua homenagem como nicotina. (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2003)

Por muitos anos foi indicada para o tratamento de enxaqueca da Rainha da França, Catarina Medicis. No Brasil os rumores do tabaco chegaram a corte portuguesa, principalmente pelas tripulações de Pedro Alvares Cabral, que associavam o tabaco a uma planta milagrosa dos pajés. Entre 1840 e 1880, seu uso se expandiu, tornando-se um grande investimento na indústria, principalmente na Inglaterra e França. O seu uso se propagou, sendo logo barateada tornando-se ainda mais acessível à população. Já no Brasil a produção era praticada em casa e a partir do século XVIII surgiram produtores que passaram a usar mão de obra escrava. (CARLINI, 2006).

Em 1950 iniciaram estudos epidemiológicos na Inglaterra e nos EUA. Na qual foi descrita a relação entre tabagismo e câncer de pulmão. Com duas décadas, já estava estabelecido além do câncer de pulmão com outros diferentes tipos de cânceres, ficou cada vez mais notório que seu uso representava um risco a saúde. Nos anos 80 destacou a implementação de políticas públicas acerca da prevenção e cessação ao tabagismo. (JAQUES, 1985)

A busca pela prevenção e promoção da saúde no Brasil vem sendo articulada pelo Ministério da Saúde através do INCA (Instituto Nacional do Câncer), na qual, faz parte o Programa Nacional de Controle ao Tabagismo (PNCT), que tem o intuito de diminuir o número de fumantes e sua morbimortalidade relacionada ao consumo dos derivados do tabaco, com ações educativas, promoção e prevenção em saúde, sendo um tratamento que apresenta ótimo custo benefício. (CAVALCANTE, 2004)

Para ter acesso ao programa, deverá ser iniciado na UBS, a mesma deverá aderir ao Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ) e também adesão ao PNCT, além do gestor municipal demonstrar interesse para seu município aderir ao programa. Após isso ele indica quais equipes estão habilitadas para implementar o programa, preencherá o questionário ao PMAQ, que implicará na liberação dos medicamentos pelo governo federal e cursos de capacitação. Muitos fatores estão relacionados ao ato de fumar, problemas e aceitação social, persuasão da mídia e da indústria, entre outros. (CAVALCANTE, 2004)

O grau de dependência dos pacientes tabagistas é atribuível ao escore de Fagerström, no qual mede o grau de dependência a nicotina, pois é sua dependência que lhe mantém o vício, causando sintomas nas pessoas que tem desejo de parar de fumar. (INCA, 2004)

Atualmente o Brasil é o segundo maior produtor e maior exportador do fumo, sendo que a região Sul representa 96% da produção brasileira. O Brasil aumenta a cada dia mais sua produção, estando atualmente na posição de maior fornecedor mundial. (CAVALCANTE, 2005).

## 4. METODOLOGIA

**4.1 Local** O presente trabalho será realizado na UBS Nossa Senhora do Carmo, localizado no bairro de Itaquera, zona leste de São Paulo. Conta com uma população de 1.633.433 habitantes distribuídos em 4 Distritos, na qual, o parque do Carmo é composto de 51.419 habitantes. (IBGE, 2010)

**4.2 Participantes (público-alvo)** A população da intervenção serão os pacientes tabagistas cadastrados na UBS Nossa Senhora do Carmo.

**4.3 Ações** A implantação do projeto será através da adesão ao Programa Nacional de Controle do Tabagismo (PNCT) e ao Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ). Sendo necessário que o gestor de saúde ofereça o tratamento do tabagismo ao sistema PMAQ e indique o desejo da equipe em participar do programa. (FABRICIO, 2015).

Passo 1: Os pacientes do estudo serão identificados através de divulgação das agentes comunitárias de saúde, em consultas, visitas domiciliares, panfletos.

Passo 2: Os pacientes serão avaliados individualmente e então aplicado o teste de Fagerström, na qual avalia o grau de dependência do paciente ao tabagismo. A classificação dependência é obtida, com: 0 – 2: muito baixa; 3 - 4: baixa; 5: média; 6 - 7: alta e 8 - 10: muito alta. (HAGGSTRAM, 2001).

Passo 3: Os pacientes participarão de reuniões as quarta-feira, realizadas na unidade, junto com a enfermeira e um participante do NASF. Com o objetivo de desenvolver ações junto com a equipe multidisciplinar com reuniões semanais e mensais junto com a psicóloga, nutricionista, educador físico, psiquiatra, médico da família, além de grupos com o terapeuta ocupacional.

Passo 4: Também será incluso uma avaliação clínica detalhada, além do perfil do fumante, com o intuito de desenvolver ações terapêuticas e prescrições ao

paciente tabagista. Os medicamentos oferecidos serão: Goma de Mascar de Nicotina de 2 mg, Pastilha de Nicotina de 2 mg, Cloridrato de Bupropiona de 150 mg, Adesivo Transdérmico de Nicotina de 7, 14 e 21 mg (INCA, 2013).

#### 4.4 Avaliação e Monitoramento

O projeto será monitorado mensalmente através de uma lista com todos os pacientes avaliados, participarão de oficinas educativas e consulta médica mensal. Na aplicação do questionário o foco será abordado na dependência do tabagismo, caso os pacientes tenham desejo de parar de fumar serão encaminhados ao grupo em conjunto com outros participantes, caso venha a desistir, ou não tenha interesse em parar de fumar seguirão com atendimento individual com psicóloga e enfermeira.

### 5. RESULTADOS ESPERADOS

De acordo com o estudo de Luchesse et al ( 2013), realizados em um centro de saúde, 55% dos participantes pararam de fumar. Já no estudo de Haggs-tram et al (2001), 49% pararam de fumar. Os dois estudos evidenciam a importância de estratégias multidisciplinares com uma grande porcentagem de sucesso para cessar o tabagismo.

### 6. CRONOGRAMA

| Atividades                   | Agosto 2016 | Setembro 2016 | Outubro 2016 | Novembro 2016 | Dezembro 2016 | Janeiro 2017 | Fevereiro 2017 |
|------------------------------|-------------|---------------|--------------|---------------|---------------|--------------|----------------|
| Revisão Bibliográfica        | X           |               |              |               |               |              |                |
| Aprovação no Comitê de Ética |             | X             |              |               |               |              |                |
| Treinamento da equipe        | X           | X             |              |               |               |              |                |
| Implantação das Ações        |             |               | X            |               |               |              |                |
| Monitoramento e ajustes      |             |               | X            | X             | X             |              |                |
| Análise dos dados            |             |               |              |               | X             |              |                |
| Apresentação dos resultados  |             |               |              |               |               | X            | X              |
| Acompanhamento do Projeto    |             |               |              |               |               |              | X              |

## 7. REFERÊNCIAS

ARAUJO AJ ET AL, J. bras. Pneumol. Vol.30 suppl.2 São Paulo Aug. 2004

CAVALCANTE, TM. **O controle do tabagismo no Brasil**; Ver. Psiq. Clín. 32 (5); 283-300, 2005

CARLINI EA; J. bras. Psiquiatr. Vol.55 no.4 Rio de Janeiro 2006.

CAVALCANTE, TM. **O Programa de Controle do Tabagismo no Brasil: avanços e desafios**. In. **MINISTÉRIO DA SAÚDE. Tabaco e pobreza, um círculo vicioso – a convenção-quadro de controle do tabaco: uma resposta**. Brasília Ministério da Saúde, 2004.

FABRICIO, Nadja Fernanda Trefiglio Nais. **Avaliação do conhecimento dos profissionais de saúde sobre o programa de cessação do tabagismo**. 2015. 88 f. Dissertação (mestrado) – Universidade Estadual Paulista Júlio de Mesquita Filho, Faculdade de Medicina de Botucatu, 2015. Disponível em: <<http://hdl.handle.net/11449/131911>>.

INCA; Ministério da Saúde. Goldfarb, L.M.C.S, Monteiro, A.M.F.C, Ferreira, M., Costa e Silva, V.L. **Implantando e Avaliando o Programa de Controle do Tabagismo e outros Fatores de Risco nas Escolas**. 2ª ed. Rio de Janeiro: Ministério da Saúde, 2004.

INCA. **Instituto Nacional de Câncer; Ministério da Saúde. Manual de Orientações para comemoração do Dia Nacional de Combate ao Fumo – 29 de agosto**. Rio de Janeiro (Brasil): Instituto Nacional de Câncer; 2007.

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

JAQUES AT, **O Ministério da Saúde adverte: Origem e consolidação do Programa Nacional de Combate ao Fumo no Brasil (1985-1998)**

JONES RB. **Tobacco or oral health: past progress, impending challenge**. J Am Dent Assoc 2000;131:1130-45

LUCHESSA ET, **a tecnologia de grupo operativo aplicada num programa de controle do tabagismo; texto contexto enferm, florianópolis**, 2013 out-dez; 22(4): 918-2MALTA DC, Tendências temporais no consumo de tabaco nas capitais brasileiras, segundo dados do VIGITEL, 2006 a 2011.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Informações de Saúde / Mortalidade**. Brasília (DF): Ministério da Saúde; 2003. [citado em 10 out 2007].

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.

