



UNIVERSIDADE FEDERAL DE SÃO PAULO  
UNIVERSIDADE ABERTA DO SUS

WILLIAM AUGUSTO PAKES

PROJETO DE INTERVENÇÃO: OTIMIZAÇÃO DO TRATAMENTO DO TABAGISMO AO  
NÍVEL DA ATENÇÃO BÁSICA NO MUNICÍPIO DE RIBEIRÃO PIRES-SP.

SÃO PAULO  
2019

WILLIAM AUGUSTO PAKES

PROJETO DE INTERVENÇÃO: OTIMIZAÇÃO DO TRATAMENTO DO TABAGISMO AO  
NÍVEL DA ATENÇÃO BÁSICA NO MUNICÍPIO DE RIBEIRÃO PIRES-SP.

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado  
ao Curso de Especialização em Saúde da  
Família da Universidade Federal de São Paulo  
para obtenção do título de Especialista em  
Saúde da Família

Orientação: MONICA IZABEL FERREIRA

SÃO PAULO  
2019

## **Resumo**

A realidade brasileira ainda tem o tabagismo como um dos mais importantes e graves problemas de saúde, por se tratar da primeira causa de morte evitável no mundo. No município de Ribeirão Pires-SP o cenário é o mesmo, mas ainda assim enfrentamos limitações para abordar e oferecer tratamento adequado ao tabagismo. O objetivo desse projeto de intervenção é apresentar e discutir uma proposta de otimização do tratamento do tabagismo aplicável na rede de atenção básica municipal de Ribeirão Pires.

## **Palavra-chave**

Tabagismo. Tratamento. Otimização.

## Introdução

Ribeirão Pires é um município do Estado de São Paulo, localizado a 40 km da capital estadual, com uma população de 113.068 habitantes de acordo com último censo do IBGE de 2010. Lá atuo como médico na UBS IV divisão, uma do total de onze UBS do município, e diariamente observo a elevada prevalência do tabagismo entre nossos usuários. A necessidade de melhorar esses índices, através da oferta de abordagens e planos personalizados de tratamento, de acordo com a demanda de cada paciente, motivou este projeto de intervenção. Mas, para entender o cenário atual, devemos realizar uma breve retrospectiva.

A era do tabaco se iniciou com a produção em massa e popularização dos cigarros no início e meados do século XX. Durante muitas décadas seus malefícios foram ignorados ou desconhecidos até que, em 1952, dois pesquisadores americanos E. Cuyler Hammond e Daniel Horn iniciaram um grande estudo de cohort intitulado *THE RELATIONSHIP BETWEEN HUMAN SMOKING HABITS AND DEATH RATES* e que envolveu aproximadamente 188 mil homens. Em 1954 eles publicaram seus achados, demonstrando que a taxa de mortalidade por doenças do coração e câncer de pulmão foi muito maior entre homens com uma história de tabagismo regular do que entre homens que nunca fumaram regularmente [1]. Nos anos e décadas seguintes, outros estudos, mais robustos e ainda maiores, corroboraram os achados.

Em nosso país, de acordo com a Pesquisa Nacional sobre Saúde e Nutrição (PNSN), em 1989, 43,3% dos homens e 27,0% das mulheres fumavam. Em 2013, de acordo com a Pesquisa Nacional de Saúde (PNS), esses números diminuíram para 18,9% e 11,0%, respectivamente [2]. Apesar da drástica redução, ainda enfrentamos muitos problemas e dificuldades no que tange ao tabagismo e seu tratamento. O documento técnico intitulado *CARGA DE DOENÇA ATRIBUÍVEL AO USO DE TABACO NO BRASIL E POTENCIAL IMPACTO DO AUMENTO DE PREÇOS POR MEIO DE IMPOSTOS* estima que o prejuízo social decorrente do consumo do tabaco, somente em nosso país, foi de 57 bilhões de reais no ano de 2013, ou 0,96% de todo o PIB nacional [3]. De acordo com relatório de 2008 da Organização Mundial da Saúde (OMS), o tabaco é a causa única de morte mais prevenível do mundo [4].

O cenário não poderia ser diferente em nosso município. É frustrante observar que por detrás de doenças comuns na prática médica está um fator de risco que resiste apesar de sua clara e pública associação com essas doenças - muitas estampadas nos próprios maços e caixas de cigarro. É meu dever, como profissional da saúde, atentar para esse perigo silencioso e oferecer o melhor para minha comunidade.

Nesse contexto, nos últimos anos, muitos esforços foram feitos para combater o tabagismo em nível nacional. O Brasil é signatário da Convenção-Quadro para o Controle do Tabaco (CQCT), um tratado internacional em Saúde Pública da OMS, que está em vigor desde 2005, em que seus signatários se comprometem a implantar medidas para controle do tabagismo. Talvez a mais notável seja a Lei nº 12.546 de 14 de dezembro de 2011, popularmente conhecida como “lei antifumo”, que proíbe o uso de cigarros ou qualquer outro produto fumígeno em recinto coletivo fechado, privado ou público. Tal medida buscou desestimular o tabagismo entre os fumantes, mas principalmente proteger os chamados “fumantes passivos” - pessoas expostas à fumaça do cigarro. Já dentro dos consultórios, há muito que pode ser oferecido aos pacientes que fumam. A abordagem terapêutica deve ser orientada

através de intervenções motivacionais e intervenções farmacológicas, caso necessárias. Cabe ao médico avaliar a melhor conduta em cada momento.

Ainda assim, mesmo diante de tantas ferramentas, ainda existem muitas limitações que impedem a otimização do tratamento do tabagismo, com conseqüentes menores taxas de sucesso. Dentre elas podemos citar o desconhecimento ou a resistência em mudar a forma de abordagem pela maioria dos profissionais, e a falta de medicações de referência para o tratamento farmacológico do tabagismo, como bupropiona, vareniclina e adesivos de nicotina. Em nossa unidade temos somente alguns agentes farmacológicos capazes de atuar como adjuvantes no tratamento do tabagismo, como fluoxetina e amitriptilina, e a maioria dos pacientes não dispõe de condições financeiras para adquirir outros fármacos fora do sistema público.

Nesse trabalho irei apresentar um projeto de intervenção com a finalidade de otimizar o tratamento do tabagismo a nível municipal, revendo modelos de abordagem e oferecendo tratamento farmacológico adequado.

## **Objetivos (Geral e Específicos)**

### Objetivo geral

Desenvolver um projeto de intervenção para otimizar o tratamento da cessação do tabagismo ao nível da Atenção Básica no município de Ribeirão Pires-SP.

### Objetivos específicos

- ✦ Conscientizar pacientes dos benefícios em parar de fumar.
- ✦ Identificar deficits na abordagem ambulatorial do paciente tabagista.
- ✦ Aprimorar a rede de apoio e facilitar acesso ao tratamento para o paciente que deseja parar de fumar.
- ✦ Ampliar a oferta de medicamentos de primeira linha para tratamento do tabagismo.
- ✦ Implementar oficinas de capacitação e atualização para os profissionais de saúde envolvidos no processo de cessação do tabagismo.

## **Método**

Ribeirão Pires é um município do Estado de São Paulo com uma população de 113.068 habitantes de acordo com último censo do IBGE de 2010, localizado a 40 km da capital estadual, e possui 11 Unidades Básicas de Saúde, uma das quais é a UBS IV divisão, onde atuo como médico. O público-alvo deste projeto de intervenção são os usuários tabagistas das UBS de Ribeirão Pires-SP, e deverá envolver os usuários, agentes comunitários de saúde (ACS) e médicos das UBS.

### Ações

1. Desenvolver um questionário para avaliar a atual técnica empregada pelos profissionais de saúde na abordagem diagnóstica e terapêutica de pacientes tabagistas.
2. Aplicar questionários.
3. Analisar resultados.
4. Desenvolver e implementar um modelo de oficina de capacitação e atualização reproduzível a nível municipal para os profissionais de saúde das UBS.
5. Desenvolver e disponibilizar material de apoio com base em diretrizes nacionais de tratamento do tabagismo, com adaptações para a realidade municipal.
6. Pleitear a oferta de medicamentos de primeira linha para tratamento do tabagismo.

### Detalhamento das ações em etapas

Este projeto de intervenção será apresentado aos gestores de saúde para aprovação. A partir daí iremos buscar ativamente as dificuldades e dúvidas enfrentadas pelos profissionais na abordagem do paciente tabagista, através da aplicação de questionários específicos para este tema.

Os dados coletados serão compilados e analisados para moldar o modelo de oficina de capacitação e atualização que será oferecida aos profissionais de saúde das UBS municipais. Como material de apoio, desenvolveremos uma apostila com base nas diretrizes nacionais de tratamento do tabagismo, com adaptações para a nossa realidade municipal.

Às autoridades municipais, apresentaremos as vantagens em ampliar a oferta de medicamentos para o tratamento do tabagismo ao nível municipal.

### Avaliação e monitoramento

Aplicar questionários de avaliação com periodicidade de 6 meses aos profissionais de saúde das UBS sobre o impacto do Projeto de Intervenção para absorção de críticas e análise

de resultados.

## **Revisão de literatura**

De acordo com relatório de 2008 da Organização Mundial da Saúde (OMS), o tabaco é a causa única de morte mais prevenível do mundo. Além disso, a maioria dos fumantes não conseguirá parar de fumar, e metade irá morrer por alguma doença relacionada ao tabaco [4].

Para termos noção da dimensão econômica e do seu custo ao sistema de saúde, no documento técnico intitulado *CARGA DE DOENÇA ATRIBUÍVEL AO USO DE TABACO NO BRASIL E POTENCIAL IMPACTO DO AUMENTO DE PREÇOS POR MEIO DE IMPOSTOS*, os autores estimam que os custos da assistência médica, no Brasil, atribuível ao tabagismo totalizaram R\$ 39,4 bilhões, ou 8,04% de todo gasto em saúde, e que os custos indiretos, devido à queda de produtividade por morte prematura e incapacidade, seriam de R\$ 17,5 bilhões. Assim a perda anual para o país teria sido de R\$ 56,9 bilhões em 2013. A arrecadação fiscal estimada pela venda de derivados do tabaco em 2015 foi de R\$ 13 bilhões, um montante que cobriria apenas 33% dos custos diretos relacionados ao tabagismo no sistema de saúde, e somente 23% do gasto total atribuível ao tabagismo [3].

MARJOLEIN et al. concluíram que há forte concordância, no campo da atenção primária, em identificar fumantes e em oferecer-lhes suporte comportamental e farmacológico para cessar o tabagismo. A eficácia de tal abordagem dependeria da qualidade das diretrizes que orientam o tratamento, do contexto e da experiência profissional [5].

No contexto nacional, existem diretrizes para cessação do tabagismo. As diretrizes da Sociedade Brasileira de Pneumologia e Tisiologia (SBPT) de 2008 apresentam orientações para guiar a abordagem ao paciente tabagista. A avaliação clínica do fumante deve incluir história tabagística, grau de dependência, grau de motivação, sintomas, investigação de comorbidades, histórico de uso de medicamentos, alergias, antecedentes familiares, exame físico e exames complementares [8]. A avaliação do grau de motivação, conforme teorizado por DICLEMENTE et al., é especialmente importante porque está relacionada ao sucesso do paciente em parar de fumar. Os pacientes em tratamento podem ser classificados nos estágios pré-contemplativo, de contemplação, de preparação, de ação e de manutenção [6]. Esses estágios seriam, resumidamente: pré-contemplativo (não há intenção de parar, crítica limitada em relação ao tabagismo), contemplativo (há intenção de parar, porém ambivalência de sentimentos), preparação (pretende parar de fumar, escolhe estratégia), ação (momento em que para de fumar de fato) e manutenção (inicia com a ação e se mantém até recaída ou finalização do processo de mudança). Nesse contexto um modelo de entrevista motivacional que acolha e ofereça orientação e empatia ao paciente, como proposto por MILLER e ROLLNICK, pode ser uma medida mais eficaz para a resolução de ambivalências e na progressão do paciente dentre os estágios de mudança em relação a abordagem tradicional, mais confrontativa [7].

As diretrizes da SBPT recomendam que, para maximizar o sucesso, além de intervenções motivacionais, a farmacoterapia deve ser oferecida como recurso adicional quando a abordagem comportamental não for suficiente, levando em consideração demandas e

especificidades de cada paciente. São considerados fármacos de primeira linha no tratamento do tabagismo: a terapia de reposição de nicotina (TRN), a bupropiona e a vareniclina [8].

## **Resultados Esperados**

Esperamos, com a realização desse projeto de intervenção, aumentar as taxas de sucesso na cessação do tabagismo. Os benefícios esperados seriam muitos, sobretudo a melhora da expectativa de vida e a prevenção de doenças relacionadas ao tabaco, bem como a melhora da qualidade de vida do paciente tabagista e de seus familiares - fumantes passivos [9]. De acordo com o estudo *21st-Century Hazards of Smoking and Benefits of Cessation in the United States*, aqueles que fumam perdem pelo menos uma década de expectativa de vida em relação àqueles que nunca fumaram. Ainda concluíram que parar de fumar antes dos 40 anos reduz o risco de morte associada ao tabagismo contínuo em aproximadamente 90% [10].

No que tange ao impacto econômico, podemos esperar um impacto de imediato e de longo prazo, para o paciente e para o Estado. Tomando como parâmetro o preço dos cigarros comercializados no varejo no estado de São Paulo, os valores variam de R\$ 5,75 a R\$ 12,25 por maço. Assim o custo mensal para o usuário que fuma 1 maço de cigarros por dia varia de R\$ 172,50 a R\$ 367,50, o que representa um custo anual de R\$ 2.070,00 a R\$ 4.410,00. Estima-se que os custos da assistência médica atribuível ao tabagismo totalizem R\$ 39,40 bilhões por ano em nível nacional, o que representa 8% de todo gasto em saúde, além de R\$ 17,5 bilhões com custos indiretos, relacionados a perda de produtividade, por morte prematura e incapacidade de trabalhadores [3]. Nesse contexto, o combate ao tabagismo representa um investimento com significativa repercussão econômica positiva, tanto em nível nacional, tanto em nível municipal.



## Referências

1. HAMMOND, E. Cuyler. THE RELATIONSHIP BETWEEN HUMAN SMOKING HABITS AND DEATH RATES. **Journal Of The American Medical Association**, [s.l.], v. 155, n. 15, p.1316-1316, 7 ago. 1954. American Medical Association (AMA). <http://dx.doi.org/10.1001/jama.1954.03690330020006>.
2. MINISTÉRIO DA SAÚDE. IBGE, MINISTÉRIO DO PLANEJAMENTO, ORÇAMENTO E GESTÃO. **Pesquisa Nacional de Saúde 2013: percepção do estado de saúde, estilos de vida e doenças crônicas**. Brasil, Grandes Regiões e Unidades da Federação. Rio de Janeiro, 2014.
3. Pinto M, Bardach A, Palacios A, Biz AN, Alcaraz A, Rodríguez B, Augustovski F, Pichon-Riviere A. **Carga de doença atribuível ao uso do tabaco no Brasil e potencial impacto do aumento de preços por meio de impostos**. Documento técnico IECS N° 21. Instituto de Efectividad Clínica y Sanitaria, Buenos Aires, Argentina. Maio de 2017. Disponível em: [www.iecs.org.ar/tabaco](http://www.iecs.org.ar/tabaco)
4. World Health Organization 2008 (Org.). The MPOWER package. **Who Report On The Global Tobacco Epidemic**, Geneva, v. 1, n. 1, p.8, p-33, 31 dez. 2008.
5. VERBIEST, Marjolein et al. National guidelines for smoking cessation in primary care: a literature review and evidence analysis. **Npj Primary Care Respiratory Medicine**, [s.l.], v. 27, n. 1, p.1-11, 20 jan. 2017. Springer Nature. <http://dx.doi.org/10.1038/s41533-016-0004-8>. Disponível em: <<https://www.nature.com/articles/s41533-016-0004-8>>. Acesso em: 20 dez. 2018.
6. DICLEMENTE, Carlo C. et al. The process of smoking cessation: An analysis of precontemplation, contemplation, and preparation stages of change.. **Journal Of Consulting And Clinical Psychology**, [s.l.], v. 59, n. 2, p.295-304, 1991. American Psychological Association (APA). <http://dx.doi.org/10.1037/0022-006x.59.2.295>.
7. Miller WR, Rollnick S. **Motivational interviewing: Preparing people for change**. 2nd ed. New York: Guilford Press; 2002.
8. REICHERT, Jonatas et al. Diretrizes para cessação do tabagismo - 2008. **Jornal Brasileiro de Pneumologia**, [s.l.], v. 34, n. 10, p.845-880, out. 2008. FapUNIFESP (SciELO). <http://dx.doi.org/10.1590/s1806-37132008001000014>.
9. PARROTT, Steve; GODFREY, Christine. Economics of smoking cessation. **Bmj**, [s.l.], v. 328, n. 7445, p.947-949, 15 abr. 2004. BMJ. <http://dx.doi.org/10.1136/bmj.328.7445.947>. Disponível em: <<https://www.bmj.com/content/328/7445/947>>. Acesso em: 16 fev. 2019.
10. JHA, Prabhat et al. 21st-Century Hazards of Smoking and Benefits of Cessation in the United States. **New England Journal Of Medicine**, [s.l.], v. 368, n. 4, p.341-350, 24 jan. 2013. New England Journal of Medicine (NEJM/MMS). <http://dx.doi.org/10.1056/nejmsa1211128>. Disponível em: <<https://www.nejm.org/doi/pdf/10.1056/NEJMsa1211128>>. Acesso em: 16 fev. 2019.