



UNIVERSIDADE FEDERAL DE SÃO PAULO
UNIVERSIDADE ABERTA DO SUS

THAIS SERVILHA MACHADO INVERNIZZI

IMPLANTAÇÃO DE GRUPO DE TABAGISMO EM UMA UNIDADE BÁSICA DE SAÚDE
NO MUNICÍPIO DE CARAPICUÍBA-SP

SÃO PAULO
2020

THAIS SERVILHA MACHADO INVERNIZZI

IMPLANTAÇÃO DE GRUPO DE TABAGISMO EM UMA UNIDADE BÁSICA DE SAÚDE
NO MUNICÍPIO DE CARAPICUÍBA-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: SERGIO VINICIUS CARDOSO DE MIRANDA

SÃO PAULO
2020

Resumo

O Tabagismo é um problema de saúde pública em razão da alta prevalência de fumantes e da mortalidade decorrente das doenças relacionadas ao tabaco. É considerado fator de risco para diversas doenças pulmonares, cardiovasculares entre outras. No território sobre o qual a Unidade Básica de Saúde Central do município de Carapicuíba-SP tem responsabilidade, existem inúmeros pacientes tabagistas que procuram ajuda para cessar o vício. Pacientes que fazem acompanhamento em grupo de tabagismo, que conta com equipe multiprofissional, terapia cognitivo comportamental e apoio psicológico, têm uma maior chance de manterem abstinência do que aqueles que tentam parar de fumar sozinhos. A função deste trabalho é montar um grupo desses em um município que não é cadastrado no Centro de Referência de Álcool Tabaco e outras Drogas - CRATOD e que, portanto, não recebe medicação que pode ser utilizada na ajuda desses pacientes, como adesivo ou chiclete de nicotina e Bupropiona. Apesar disso, existem estudos que comprovam a eficácia do acompanhamento independente de medicação. A equipe multiprofissional da Estratégia de Saúde da Família apresenta grande efetividade das intervenções do Programa Nacional de Controle do Tabagismo - PNCT do Ministério da Saúde por meio do desenvolvimento de ações de promoção da saúde junto aos tabagistas e comunidade no sentido de modificar os principais fatores de estilo de vida como o incentivo a prática de atividade física, alimentação saudável e cessação do uso de álcool, tabaco e outras drogas.

Palavra-chave

Fatores de Risco. Estresse Emocional. Sistema Único de Saúde. Tabagismo.

PROBLEMA/SITUAÇÃO

O tabagismo é avaliado como um grande problema de saúde pública. É uma doença crônica que traz malefícios aos que fumam e aos não fumantes que convivem com o fumante. Hoje, ela representa a causa primordial de enfermidades evitáveis e incapacidades prematuras e que será a primeira causa de morte evitável neste século. Segundo o ministério da Saúde (Brasil, 2001) 80% dos fumantes tem o desejo de parar de fumar, mas somente 3% por ano atingem este objetivo sem qualquer forma de ajuda. Esse dado evidencia que a ajuda vinda de profissionais da saúde pode ser determinante para o sucesso das pessoas que desejam cessar o tabagismo.

O cigarro é composto de cerca de 4.720 substâncias químicas, das quais 43 são consideradas cancerígenas, por modificarem o núcleo das células. A nicotina é uma delas, e ela causa dependência por alterar a biologia e a fisiologia do cérebro. Por conta dessa dependência, é comum que quando os fumantes cessam o tabagismo, eles experienciam a “fissura”, ou seja, um desejo incontrolável de fumar com agitação, prisão de ventre, dificuldade de concentração, irritabilidade, sudorese, tontura, dor de cabeça e insônia. A tendência é que esses sintomas desapareçam dentro de uma ou duas semanas e são considerados a síndrome de abstinência. Outra substância carcinogênica é o alcatrão. Isso tudo nos mostra que tabagismo pode acarretar diversas consequências devastadoras para o organismo humano (BRASIL, 2003).

De acordo com o Ministério da Saúde (Brasil, 2001), as duas grandes abordagens que têm recebido apoio graças às evidências obtidas pelos estudos e publicações sobre o grau de eficácia na cessação de fumar são a abordagem cognitivo-comportamental e o uso de alguns medicamentos. No entanto, somente municípios associados ao Centro de Referência de Álcool Tabaco e outras Drogas - CRATOD recebem essas medicações. Existem ainda ferramentas que consistem de simples perguntas que fazemos aos pacientes, graças as quais, conseguimos acessar quão motivados os pacientes estão para cessar o tabagismo tanto quando quão dependentes eles são da nicotina, o que nos facilita uma abordagem mais individual com cada participante.

Vázquez e Becoña (1996) destacaram o papel das terapias cognitivo-comportamentais e o papel das terapias farmacológicas em termos de eficácia e de estabilidade. Em relação à eficácia, os resultados indicaram que as terapias cognitivo-comportamentais são eficazes mesmo sem o uso de medicamentos; já os medicamentos, na ausência das terapias cognitivo-comportamentais (TCC) não se mostraram eficazes. Em termos de estabilidade, 48,9% dos que participaram do tratamento com TCC permaneceram sem fumar após seis anos, enquanto apenas 28,8% do grupo controle continuavam abstinidos. Faz-se necessário entender que a abordagem cognitivo-comportamental é baseada nos significados que os indivíduos atribuem aos acontecimentos, as pessoas, entre outros. Isso influencia a maneira como se comportam, além de formularem hipóteses sobre si mesmo e sobre o futuro (BECK, 1963; 1964).

De acordo com o Boletim ISA 2015, a prevalência de cidadãos tabagistas no estado de São Paulo é de 13,7%. Considerando que na UBS central existem 56.498 pacientes cadastrados, o número de dependentes de tabaco pode chegar a 7.740 pessoas. Grande parte deles traz a demanda de ajuda para cessar o vício, porém a unidade não conta com nenhum grupo que possa fazê-lo.

Esse trabalho é importante devido ao grande número de tabagistas no município de Carapicuíba e aos tão conhecidos malefícios do tabaco sobre a vida humana. Tabagismo é um problema de saúde pública, e os profissionais da saúde devem tomar pra si o dever de ajudar os pacientes que desejam cessar o tabagismo. É comprovado que a participação deles em grupos de tabagismo é uma forma eficaz de ajuda.

Objetivo Geral:

Implantar Grupo de Tabagismo na Unidade Básica de Saúde Central, localizada no bairro Vila Gustavo Correia no município de Carapicuíba-SP.

Objetivos Específicos:

- * Capacitar a equipe da ESF sobre o PNCT e CRATOD.
- * Orientar os Agentes Comunitários de Saúde para cadastrar todos os usuários tabagistas do território.
- * Realizar grupo semanal para o controle do tabagismo como o apoio de outros profissionais de saúde como a enfermeira, dentista, psicólogo, educador físico e nutricionista na UBS Central.
- * Realizar consulta individual para os participantes do grupo.
- * Acompanhar os participantes do grupo.

ESTUDO DA LITERATURA

De acordo com a Organização Mundial de Saúde a prevalência de fumantes no mundo é de 1,3 bilhão, considerando-se pessoas de 15 ou mais anos, constituindo um terço da população global. Desses, 900 milhões estão em países em desenvolvimento e 250 milhões são mulheres. O consumo anual é de 7 trilhões e 30 bilhões de cigarros, correspondendo a 20 bilhões por dia; cerca de 75.000 toneladas de nicotina são consumidas por ano, das quais 200 toneladas são diárias. No Brasil há 27,9 milhões de fumantes, consumindo 110 bilhões de cigarros por ano, acrescidos de 48 bilhões procedentes de contrabando (WHO, 2008).

A mortalidade anual relacionada ao tabaco, no mundo, é de 5,4 milhões de pessoas, sendo um óbito a cada 10 adultos, dos quais 70% em países em desenvolvimento. No Brasil, ocorrem 200 mil óbitos por ano. A previsão para o ano 2020 é ocorrerem, no mundo, 10 milhões de óbitos, sendo 7 milhões nos países em desenvolvimento. Persistindo essa tendência, no século XXI, eventualmente, ocorrerá 1 bilhão de óbitos. A mortalidade nos adultos está sendo maior que o número de óbitos por HIV, malária, tuberculose, alcoolismo, causas maternas, homicídios e suicídios combinados (SOCIEDADE BRASILEIRA DE PNEUMOLOGIA E TISIOLOGIA *et al.*, 2010).

Segundo Campos e Gomide (2015), em 1986, o Ministério da Saúde lançou o Programa Nacional de Controle do Tabagismo (PNCT). O programa apresenta como objetivo prevenir o início da utilização de derivados do tabaco entre crianças e adolescentes, assim como estimular o abandono do fumo entre os já dependentes. Em 2013 o Ministério da Saúde publicou a Portaria nº 571, que moderniza as diretrizes para o cuidado ao indivíduo tabagista no âmbito da Rede de Atenção à Saúde das Pessoas com Doenças Crônicas do Sistema Único de Saúde (SUS). Com isso, novas diretrizes sobre a adesão ao PNCT, a programação para aquisição da medicação e as responsabilidades são estabelecidas. A coordenação nacional, tal como a sua referência técnica, continuam sob a responsabilidade do Instituto Nacional do Câncer - INCA que, junto às coordenações estaduais e municipais, acompanha a implementação do Programa de Controle do Tabagismo (INCA, 2014).

Na prática o PNCT é realizado por meio de 4 encontros, de uma hora e meia cada, de um grupo de 10 a 15 pessoas com o objetivo comum de cessar o tabagismo, no intervalo de um mês. Nessas 4 reuniões são abordados os comportamentos, pensamentos e sentimentos dos fumantes, com elementos que são significativos para ajudar fumantes a pararem de fumar e a permanecerem sem cigarros. Elas são divididas em quatro etapas: atenção individual, estratégias e informações, revisão e discussão, e tarefas. São destinados 25 minutos para a atenção individual, as estratégias e informações e revisão e discussão e 15 minutos para a determinação das tarefas (BRASIL, 2004). Algumas ferramentas podem ser usadas para avaliação do paciente, que nos ajudam a definir com que tipo de paciente estamos trabalhando:

- * um questionário padronizado dividido em duas partes que analisam o perfil sociodemográfico do paciente e dados relativos a carga tabágica do paciente, quantos cigarros o paciente fuma em um dia e idade de início do tabagismo;
- * o *Fagerström Test for Nicotine Dependence* (FTND, Teste de Fagerström para Dependência de Nicotina) que determina a dependência do paciente dependendo da pontuação atingida;
- * a escala *University of Rhode Island Change Assessment* (URICA) que acessa a motivação

- * para cessar tabagismo do paciente, que o classifica em estado pré contemplativo, contemplativo e de preparação ou ação para cessar o tabagismo;
- * a *Beck Anxiety Inventory* (BAI, Inventário de Ansiedade de Beck) que avalia o nível de ansiedade do paciente baseada em 21 sintomas;
- * a *Beck Depression Inventory* (BDI, Inventário de Depressão de Beck) que pontua o grau de depressão;
- * e o Inventário de Sintomas de Stress para Adultos de Lipp (ISSL) que identifica o estresse e o divide em fases.

O ideal é que o programa seja coordenado por dois profissionais de saúde de nível universitário, mas caso só haja disponibilidade de um profissional, pode ser feito assim mesmo. Geralmente são médicos e/ou psicólogos treinados. O profissional deve ter facilidade de trabalhar com grupos, compromisso com prevenção da saúde e não ser fumante. A abordagem utilizada deve ser a cognitivo comportamental, para dar ferramentas para que o paciente mantenha-se sem cigarros após o final das reuniões, como consta no manual de diretrizes do INCA de 2014: "O tratamento da dependência à nicotina tem como base a técnica da abordagem cognitivocomportamental, definida como um modelo de intervenção centrado na mudança de crenças e comportamentos que levam um indivíduo a lidar com determinadas situações. Em relação ao tabagismo, a abordagem deve ter como objetivo a detecção de situações de risco que levam o indivíduo a fumar, e o desenvolvimento de estratégias para enfrentamento dessas situações, visando não só a cessação do tabagismo, mas também a prevenção de recaídas". Existe, como forma de apoio, o tratamento medicamentoso, cuja função é facilitar a abordagem cognitivo comportamental. São usados, atualmente, o tratamento de reposição de nicotina (TRN), que são os chicletes e o adesivo, e antidepressivos, como a bupropiona e a nortriptilina.

O tratamento medicamentoso é indicado em alguns casos específicos: fumantes que fumam 10 ou mais cigarros ao dia; fumantes com escore do Teste de Fagerström igual ou maior do que 5; fumantes que já tentaram parar de fumar anteriormente sem uso de medicamento, mas sendo acompanhados em sua UBS e não obtiveram êxito, devido a sintomas da síndrome de abstinência; a critério clínico sem contra-indicações. Isso quer dizer que, apesar de útil, o tratamento medicamentoso não é imprescindível. E não deve ser usado se o paciente não estiver sendo acompanhado em consulta ou em grupo (BRASIL, 2004).

As atuais diretrizes do PNCT são: reduzir a iniciação do consumo de tabaco, proteger a população contra os riscos do tabagismo passivo, reduzir a aceitação social do tabagismo, aumentar o acesso ao tratamento do fumante, (e) controlar e monitorar os produtos derivados do tabaco e monitorar as tendências de consumo/estratégias da indústria (CAMPOS; GOMIDE, 2015). O PNCT tem seus objetivos estratégicos fundamentados em três pilares: prevenção da iniciação, promoção da cessação e proteção ao tabagismo passivo/ambientes livres-abertos. Para que se alcançar esses objetivos é previsto que sejam promovidas e reforçadas ações de educação e informação e o tratamento para a cessação do tabagismo em unidades da Estratégia de Saúde da Família e da rede do SUS (INCA, 2014).

AÇÕES

- ♦ Incentivar a gestão municipal de saúde de Carapicuíba para se inscrever no CRATOD para recebimento da medicação (Bupropiona) e os chicletes e adesivos de nicotina e manutenção de cadastro no PNCT.
- ♦ Realizar capacitação da equipe de saúde sobre o PNCT e CRATOD. Essa ação é de suma importância para a adesão de todos os profissionais de saúde da UBS Central e para o alinhamento e padronização das abordagens, desde o acolhimento até o tratamento dos usuários tabagistas.
- ♦ Orientar os Agentes Comunitários de Saúde para realizarem o levantamento de todos os usuários tabagistas do território e cadastrarem esses usuário para um maior controle.
- ♦ Desenvolver 4 sessões em grupo (com grupos de 10-15 pessoas), com duração de 1 hora e meia, 1 vez por semana por 4 semanas. Num programa com essa duração, obtém-se tanto êxito quanto num programa mais longo.
- ♦ Realizar consulta individual com a médica da UBS Central para os participantes do grupos e acessar as necessidades individuais de cada paciente para uma abordagem mais adequada.
- ♦ Encorajar os pacientes ainda em fase pre contemplativa ou contemplativa a considerarem a possibilidade de parar de fumar;
- ♦ Criar ou ensinar cada paciente a criar seu kit fissura, para auxiliá-los nos momentos de fissura durante a abstinência;
- ♦ Estimular uma interação social entre pacientes que estão tentando cessar o tabagismo para que eles possam se apoiar, e se ajudarem mutuamente a manter a abstinência mesmo após o final dos encontros do grupo.
- ♦ Acompanhar os participantes do grupo por meio da visita dos ACS e retornos a UBS.

RESULTADOS ESPERADOS

Com a intervenção em grupo para pacientes tabagistas, espera-se uma diminuição no número de pacientes dependentes de tabaco na área de atuação da UBS Central. Espera-se também que os participantes do grupo mantenham-se em abstinência, e possam ajudar uns aos outros na luta contra o vício. Por isso é importante estimular a socialização entre eles, inclusive fora da UBS, encorajando um estilo de vida mais saudável. Poderemos também continuar um acompanhamento mais próximo daqueles pacientes que se mostrarem mais dependentes da nicotina ou com maior propensão de voltar a fumar.

Além disso, o ideal seria que o grupo se perpetuasse, mesmo após troca de profissionais responsáveis. Para isso, é importante consolidar o grupo, mostrando sua eficácia. Contaremos com depoimentos de pacientes que participaram e mantiveram-se em abstinência em períodos diferentes após o término das reuniões e eventuais participações deles em grupos posteriores para encorajar os que ainda lutam contra o vício do tabaco.

REFERÊNCIAS

ANTUNES, F.M. *Revisão Bibliográfica Sistemática de Grupo para a Cessação do Tabagismo sob a Abordagem Cognitivo-comportamental*. 2018. 22f. Trabalho de Conclusão de Residência (Residência Multiprofissional Atenção em Saúde Mental). Universidade Federal de Uberlândia, Uberlândia, 2018.

BRASIL, Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Instituto Nacional de Câncer. Coordenação de Prevenção e Vigilância. *Deixando de fumar sem mistérios: entender por que se fuma e como isso afeta a saúde*. 2. ed. rev. reimp. - Rio de Janeiro: INCA, 2004.

BRASIL, Ministério da Saúde. *Programa Nacional de Controle do Tabagismo (PNCT) – Tratamento do Tabagismo*. Brasília, [ca. 2014].

CAMPOS, P.C.M.; GOMIDE, M. O Programa Nacional de Controle do Tabagismo (PNCT) na perspectiva social: a análise de redes, capital e apoio social. *Rev. Cad. saúde colet.*, vol.23, n.4, pp.436-444. 2015.

DIVISÃO DO CONTROLE DO TABAGISMO/COORDENAÇÃO DE AÇÕES ESTRATÉGICAS/INSTITUTO NACIONAL DE CÂNCER JOSÉ ALENCAR GOMES DA SILVA/MINISTÉRIO DA SAÚDE. *Protocolo clínico e diretrizes terapêuticas dependência à nicotina*. Rio de Janeiro, 2013. 11p.

INCA, Instituto Nacional de Câncer. *Programa Nacional de Controle do Tabagismo* [Internet]. Rio de Janeiro: INCA; 2014. Disponível em: http://www2.inca.gov.br/wps/wcm/connect/acoes_programas/site/home/nobrasil/programa-nacional-controle-tabagismo.

NÚCLEO DE TELESSAÚDE RIO GRANDE DO SUL. *Como estruturar um grupo de cessação de tabagismo na Estratégia de Saúde da Família?* Rio Grande do Sul, 2010.

PAWLINA, M.M.C. et al. *Depressão, ansiedade, estresse e motivação em fumantes durante o tratamento para a cessação do tabagismo*. *J. bras. pneumol.*, São Paulo, v. 41, n. 5, p. 433-439, Oct. 2015.

SOCIEDADE BRASILEIRA DE PNEUMOLOGIA E TISIOLOGIA et al. *Tabagismo: parte I*. *Rev. Assoc. Med. Bras.* [online]. 2010, vol.56, n.2, pp.134-134.

WHO, World Health Organization. *Report on the Global Tobacco Epidemic 2008 The MPower Package*, Geneve, WHO, 2008.