



UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
DEPARTAMENTO DE SAÚDE PÚBLICA
CURSO DE ESPECIALIZAÇÃO EM ATENÇÃO BÁSICA 2017

Leonardo Barbosa Anesio

Implementação do Programa de Apoio à Cessação do Tabagismo na ESF Parada Modelo, Guapimirim-RJ

Florianópolis, Janeiro de 2023

Leonardo Barbosa Anesio

Implementação do Programa de Apoio à Cessação do Tabagismo na ESF Parada Modelo, Guapimirim-RJ

Monografia apresentada ao Curso de Especialização na Atenção Básica da Universidade Federal de Santa Catarina, como requisito para obtenção do título de Especialista na Atenção Básica.

Orientador: Marcelo Vieira
Coordenadora do Curso: Profa. Dra. Marta Inez Machado Verdi

Florianópolis, Janeiro de 2023

Leonardo Barbosa Anesio

Implementação do Programa de Apoio à Cessação do Tabagismo na ESF Parada Modelo, Guapimirim-RJ

Essa monografia foi julgada adequada para obtenção do título de “Especialista na atenção básica”, e aprovada em sua forma final pelo Departamento de Saúde Pública da Universidade Federal de Santa Catarina.

**Profa. Dra. Marta Inez Machado
Verdi**

Coordenadora do Curso

Marcelo Vieira
Orientador do trabalho

Florianópolis, Janeiro de 2023

Resumo

Este Projeto de Intervenção trata da estruturação de um programa voltado à população adulta com hábitos tabagistas do município de Guapimirim. O programa será adaptado às necessidades e os recursos locais e será coerente com as políticas antitabagismo do Sistema Único de Saúde (SUS) e a estratégia de Saúde da Família (ESF). Nossa intervenção tem como objetivo aumentar a resolutividade do tratamento antitabaco do município, para o qual pretende-se capacitar profissionais, conscientizar a população de interesse com ações de educação e criar espaço adequado ao programa de cessação na Unidade. A metodologia abará o aperfeiçoamento dos profissionais envolvidos e as ações com usuários preconizadas pelo Ministério da Saúde (MS) nas abordagens breve, mínima e intensiva por parte da equipe de saúde, de maneira individual e/ou grupal, fazendo uso de sessões grupais e individuais planejadas através da abordagem cognitivo-comportamental e tratamento farmacológico quando indicado. Espera-se, com as ações de capacitação direcionadas aos profissionais, criação de espaço adequado às atividades, educação direcionada à população em geral e aos interessados, e efetivação da continuidade, implementar um programa estruturado individual e grupal de caráter permanente, com diminuição estatisticamente significativa do consumo de tabaco e a morbi-mortalidade associadas como meta a curto, médio e longo prazo na população.

Palavras-chave: Abandono do Uso de Tabaco, Capacitação Profissional, Hábito de Fumar, Programa Nacional de Controle do Tabagismo

Sumário

1	INTRODUÇÃO	9
2	OBJETIVOS	13
2.1	Objetivo geral	13
2.2	Objetivos específicos	13
3	REVISÃO DA LITERATURA	15
3.0.1	Tabagismo e políticas de saúde pública	15
3.0.2	O tabagismo no Sistema Único de Saúde (SUS)	16
3.0.3	Estratégias para promover o abandono do tabagismo orientadas pelo Inca e Ministério da Saúde	16
4	METODOLOGIA	25
5	RESULTADOS ESPERADOS	29
	REFERÊNCIAS	31

1 Introdução

Segundo fontes do IBGE, Guapimirim tem hoje uma população estimada de 57.921 habitantes e apresenta a maior taxa média de crescimento populacional entre 2000 a 2010 na região serrana do estado do Rio de Janeiro (fonte SEBRAE). Pela média do coeficiente de Gini, possui a menor desigualdade de renda, entretanto, possui a menor população da região, a menor renda domiciliar per capita, além de ter o maior percentual de pobres, o menor PIB de 2010 e a menor taxa de crescimento do PIB entre 2009 e 2010 (SEBRAE). O salário médio mensal dos trabalhadores formais é de 1,9 salários mínimos. As taxas de desemprego são uma das maiores do Estado do Rio de Janeiro. Em 2015, a proporção de pessoas ocupadas em relação à população total era de 13%. As principais atividades econômicas no local, em ordem crescente, são o Comércio em Geral, a Indústria, Agropecuária e o Turismo.

A população residente no município de Guapimirim no período de 2015 apresenta a seguinte distribuição de faixa etária: 6.144 idosos (60 ou mais anos) - 10,9%; 32.523 adultos (20 - 59 anos) - 57,5%; 17.847 crianças e adolescentes (0 - 19 anos) - 31,6%. Neste período, foram registrados 735 nascidos vivos no município, o que corresponde a um coeficiente de natalidade de 13,0 por mil habitantes. Apresenta 68,5% de domicílios com esgotamento sanitário adequado, sendo 79,5% de domicílios urbanos em vias públicas com arborização e 49,7% de domicílios urbanos em vias públicas com urbanização adequada.

De acordo com o Monitoramento Epidemiológico de Indicadores de Saúde e Segurança Pública na Área de Abrangência do Complexo Petroquímico do Estado do Rio de Janeiro, executados pela FIOCRUZ, ENSP e pelo Departamento de Endemias Samuel Pessoa em 2015, foram registrados em 2014, 361 óbitos em Guapimirim, correspondente à uma taxa bruta de mortalidade geral de 615,7 por 100.000 habitantes, bem inferior à observada da Região Leste Fluminense (734,9/100.000 hab.). As doenças do aparelho circulatório prevaleceram como a principal causa de óbito (27%). Doenças do aparelho respiratório (13,3%) e as de causas externas (13,3%) destacaram-se como a segunda causa de morte, superando as causadas por neoplasias (12,2%).

No capítulo das doenças do aparelho circulatório, apesar da redução observada de 18,2% em sua taxa (de 204,5 em 2013 para 167,2 / 100.000 habitantes em 2014), apresentou disparadamente a maior taxa de mortalidade em relação aos demais capítulos da CID-10.

Por outro lado, observou-se o incremento de 51,06% na taxa de mortalidade do capítulo das doenças mal definidas, passando de 28,2 para 42,6 / 100.000 habitantes. O capítulo das doenças do aparelho respiratório também registrou aumento importante entre 2013 e 2014 de 28,8% na sua taxa (de 63,5 para 81,8 / 100.000 habitantes).

Um grande número de usuários vem à procura da Unidade no intuito da manutenção do cuidado das condições de maior prevalência, a Hipertensão Arterial Essencial e o

Diabetes Melito. Percebe-se com bastante preocupação o crescente número da população adulta e idosa apresentarem a concomitância dessas duas patologias, conferindo maiores riscos para os eventos cardiovasculares nestes indivíduos.

Conforme os indicadores apresentados, algumas estratégias já vem sendo adotadas pelas equipes no monitoramento e na prevenção das principais causas de doenças circulatórias, buscando tornar ao máximo possível a acessibilidade de portadores de hipertensão arterial sistêmica e Diabete mellitus de forma crônica e naqueles recentemente diagnosticados. Isso pode justificar, que embora continuem figurando como principal causa de morbimortalidade, vem apresentando um menor número no índice de internações hospitalares por esta causa.

No entanto, um outro fator coadjuvante que aumenta o risco para o desenvolvimento das principais causas de morbimortalidade na região tem tido pouca atenção especial: o tabagismo.

No Brasil, um terço da população adulta fuma. O percentual estimado de pessoas fumantes de 15 anos ou mais na Região Sudeste foi de 16,7 %, (20,4% dos homens e 13,3 % das mulheres). No estado de Rio de Janeiro o percentual foi 15,2 % (IBGE, Diretoria de Pesquisas, Coordenação de Trabalho e Rendimento, Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios 2008); a zona rural (segundo a situação de domicílio) é a que tem maior número de fumantes, salientando-se que segundo o nível de instrução expresso em anos de estudo, as proporções mais expressivas de fumantes estavam entre as pessoas sem instrução ou com menos de um ano de estudo (25,7% no país), além do mais, conforme o rendimento domiciliar per capita, 65.8 % encontra-se entre um salário mínimo e “sem rendimento”.

Os fumantes costumam frequentar os serviços de saúde com as mais diversas demandas (desejos e necessidades) e segundo o Instituto Nacional do Câncer (1997), 70% costumam comparecer aos ambulatórios e hospitais pelo menos uma vez ao ano, quando nessas oportunidades, podem receber informações sobre estratégias de cessação do hábito de fumar. “O importante é aproveitar a disponibilidade do fumante em parar, mesmo que sejam necessárias várias tentativas, pois 70% dos pacientes fumantes desejam abandonar o fumo e já fizeram pelo menos uma tentativa de parar de fumar (BRASIL, 1997, p.39). O papel do profissional de saúde de em relação ao tabagismo segundo o Instituto Nacional do Câncer “[...] procurar não fumar em ambientes de saúde, já que sua figura funciona como modelo. Deve engajar-se e apoiar ações que divulguem os malefícios do fumo e as medidas para o controle da poluição do tabaco no ambiente. Além disso, o médico e o enfermeiro, na sua prática clínica, devem aprofundar seus conhecimentos sobre tabagismo”(BRASIL, 1997, p.39).

É comum encontrarmos os profissionais da área da saúde atribuindo valores morais ao consumo de tabaco ao invés de considerá-lo uma dependência, além de existir a crença de que as pessoas devem e podem parar de fumar sozinhas e a qualquer momento. As

estatísticas mostram que apenas 5% dos tabagistas conseguem abandonar o consumo de cigarros por si só e assim permanecer por mais de um ano, e que, em média, 25% conseguem obter taxas de sucesso para o mesmo período quando procuram os serviços que mantêm programas estruturados para apoiar a população tabagista (RICE, 2004; PROCHASKA, 1991; ANTHONISEN et al., 2005). Em Guapimirim, o Centro de Saúde João Arruda, única referência de Programa Antitabaco no município, apresentou uma taxa de sucesso bem inferior à média (5%).

É também um problema de natureza atual em nossa unidade, quando somos abordados por um fumante manifestando seu desejo de parar de fumar, não estarmos devidamente preparados para avaliá-los quanto ao seu grau de dependência, o seu estágio, que terapêutica se adequaria melhor para o seu caso e como dar seguimento ao seu processo de mudança, delegando seu tratamento aos centros de referência.

Visando a melhorar os nossos indicadores de baixa efetividade no controle do tabagismo no município e resolver os problemas intermediários de nossa unidade, nossa intervenção consiste na Estruturação da Assistência ao Fumante na Carteira de Serviços da ESF Parada Modelo, na qual poderá contribuir na assistência, na informação e na pesquisa do tratamento antitabaco na região.

2 Objetivos

2.1 Objetivo geral

Aumentar a resolutividade do tratamento antitabaco do município de Guapimirim.

2.2 Objetivos específicos

- Capacitar profissionais da ESF Parada Modelo adaptando as diretrizes do Programa Nacional de Controle do Tabagismo e do Ministério da Saúde às necessidades da população local;
- Efetivar um espaço específico na unidade para as atividades de grupo;
- Implementação de um programa local de apoio à cessação do tabagismo coordenado pela equipe de saúde como núcleo de tratamento e com o suporte de outros profissionais quando necessário.

3 Revisão da Literatura

3.0.1 Tabagismo e políticas de saúde pública

O tabagismo é considerado pela Organização Mundial da Saúde (OMS) a principal causa de morte evitável em todo o mundo. A OMS, os Centros de Prevenção e Controle de Doenças (CDC) e demais parceiros criaram em 1988, o Sistema Mundial de Vigilância de Tabagismo (Global Tobacco Surveillance System – GTSS), para apoiar os países no desenvolvimento de um sistema de vigilância e no monitoramento de programas de controle do tabaco (BRASIL; INCA, 2001).

Atualmente, tanto a OMS quanto o Ministério da Saúde (MS), por meio do Instituto Nacional do Câncer (INCA), consideram o hábito tabágico um grave problema de saúde coletiva, reconhecendo-o como uma doença causadora de dependência por preencher os critérios descritos no código de doenças de saúde mental (DSM IV). Acrescido à este conceito, o INCA (MS, 1999p 21) aponta que o cigarro está relacionado a três tipos de dependência: a física, que é considerada quando o organismo adapta-se fisiologicamente ao uso crônico de uma substância, desenvolvendo sintomas e sinais orgânicos quando há interrupção do seu uso (MS, 1997); a comportamental, causada pelas neuroassociações estabelecidas após várias repetições do modo de fumar, que levam ao consumo automático do cigarro, sem a percepção racional do desejo de fumar (MS, 1999, p.22); e a psicológica, responsável pela sensação de ter no cigarro um apoio ou um mecanismo de adaptação para lidar com sentimentos de solidão, frustração, com as pressões sociais, etc (BRASIL; INCA, 2013)

A Convenção Quadro para o Controle do Tabaco da OMS (CQCT da OMS) foi elaborada em resposta à epidemiologia global do tabagismo. Suas diretrizes são o alicerce para os países implementarem ações de controle do tabaco, além de estabelecerem uma linha de base para reduzir tanto a oferta quanto a demanda de tabaco. O objetivo principal da Convenção-Quadro é preservar as gerações, presentes e futuras, das devastadoras conseqüências sanitárias, sociais, ambientais e econômicas do consumo e da exposição à fumaça do tabaco.

A OMS criou então o *MPOWER*, um plano de medidas relacionadas com a redução da demanda contidas na CQCT da OMS: M: Monitorar (*monitor*) o consumo de tabaco e as políticas de prevenção e controle de tabaco, P: Proteger (*protect*) as pessoas da exposição à fumaça do tabaco, O: oferecer (*offer*) ajuda para deixar o consumo de tabaco, W: advertir (*warn*) sobre os perigos do tabaco. E: Fazer cumprir (*enforce*) a proibição da publicidade, promoção e patrocínio dos produtos de tabaco, R: Aumentar (*raise*) o preço e os impostos sobre os produtos de tabaco (BRASIL, 2011).

3.0.2 O tabagismo no Sistema Único de Saúde (SUS)

Para atender à demanda gerada pelas negociações da Convenção-Quadro, o Governo brasileiro criou, por meio do Decreto nº 3.136, de 13 de agosto de 1999, a Comissão Nacional Para o Controle do Uso do Tabaco. A iniciativa marca uma nova fase do Programa de Controle do Tabagismo no Brasil, que deixou de ser um Programa do Ministério da Saúde para ser um Programa de Estado (INCA, 2004). O Programa vem sendo construído com apoio de alianças e parcerias, envolvendo dois grandes grupos de ações: o voltado para a prevenção da iniciação do fumar e outro para estimular as pessoas a deixarem de fumar (INCA, 2001).

Dessa forma, sob a ótica da promoção da saúde, foram desenvolvidos programas de intervenção em escolas, unidades de saúde e ambientes de trabalho, tendo como objetivo não só ampliar a disseminação de informações sobre tabagismo para grupos específicos, como profissionais de saúde, professores, alunos e trabalhadores, como também criar nesses ambientes estímulos para mudanças culturais na aceitação social do tabagismo e, assim, favorecer mudanças de atitude e de comportamento que reduzam o número de jovens que começam a fumar e aumentem o número dos que deixam o tabagismo (BRASIL; INCA; SAÚDE, 2004)

O tratamento do tabagismo no Sistema Único de Saúde (SUS) é regulado pela Portaria número 1035/GM, de maio de 2004, regulamentada pela Portaria SAS/MS/Nº 442 de 13 de agosto de 2004. Estas portarias ampliam o acesso da abordagem e tratamento do tabagismo à Atenção Básica e Média Complexidade da rede do SUS. Incluem no elenco de procedimentos financiados pelo Piso da Atenção Básica (PAB) aqueles referentes ao tratamento do tabagismo e aprovam o Plano de Implantação da Abordagem e Tratamento do Tabagismo na Rede SUS (Portaria SAS/MS/ Nº 442/ 2004 e o Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas da Dependência à Nicotina). A Portaria nº 571 de 5 de abril de 2013, atualiza as diretrizes do cuidado à pessoa tabagista no âmbito da Rede de Atenção à Saúde das Pessoas com Doenças crônicas do Sistema Único de Saúde (SUS) e dá outras providências

Estas portarias definiram também que o tratamento do tabagismo deve ser realizado através da abordagem cognitivo-comportamental obrigatória e apoio medicamentoso quando indicado, e poderá ser realizado por qualquer unidade de saúde pertencente ao SUS, de qualquer nível hierárquico, segundo critério do gestor municipal, desde que preencha os critérios de credenciamento definidos pelo Plano de Implantação (MANSUR, 2014).

3.0.3 Estratégias para promover o abandono do tabagismo orientadas pelo Inca e Ministério da Saúde

As propostas atuais de tratamento da dependência do tabaco, incluindo as Diretrizes Brasileiras atualizadas, discorrem sobre as metodologias disponíveis e já evidenciadas, incluindo a abordagem inicial, o diagnóstico, e as variações terapêuticas para o tratamento (Ministério da Saúde (BR), Instituto Nacional do Câncer (INCA), Coordenação de Prevenção e Vigilância (CONPREV). (PROCHASKA, 1991)

- **Tipos de abordagens**

A abordagem e tratamento do fumante (consenso: Ministério da Saúde, Instituto Nacional de Câncer - INCA - e Coordenação de Prevenção e Vigilância – Conprev – Divisão de Controle do Tabagismo, 2001) divide as abordagens em: 1) Breve/ mínima: três minutos (PAAP), consiste em perguntar, avaliar, aconselhar e preparar o fumante para que deixe de fumar; sem, no entanto, acompanhá-lo nesse processo; 2) básica: três a dez minutos (PAAPA), perguntar, avaliar, aconselhar, preparar e acompanhar o fumante para que deixe de fumar, podendo ser feita por qualquer profissional da saúde durante a consulta de rotina, com duração mínima de três minutos, e no máximo, cinco em média, em cada contato; e 3) específica/ intensiva: acima de dez minutos, e abordagem do não fumante, abordagem intensiva (tem mostrado a maior taxa de abstinência estimada): em grupo, trata-se de consultas ou reuniões de 90 minutos, quatro sessões semanais, seguidas de duas sessões quinzenais e logo após uma sessão mensal até o terceiro mês. Do terceiro até o duodécimo mês haverá sessões mensais de manutenção de uma hora de duração (individual ou em grupo aberto) (CARLINI, 2002).

As sessões de grupo seguem o manual "Parar de fumar: uma decisão inteligente - manual do facilitador" do INCA, (Ministério da Saúde, 1999). em quatro encontros básicos, com uma hora de duração, apresentando temas previamente definidos e objetivos distintos. Na primeira sessão, "entender o que me faz fumar e como fumar me afeta" (BRASIL, 1999, p.17) está prevista a descrição e a discussão dos tipos de dependências, da ambivalência, das estratégias para parar de fumar e os prejuízos causados, com estímulo a escolherem uma data para deixar de fumar; na segunda, "lidar com os primeiros dias sem cigarro", discute-se sobre a síndrome de abstinência, o conceito de assertividade e do pensamento construtivo, além de demonstração de "ferramentas de relaxamento"; na sessão 3, "vencer todos os obstáculos para parar de fumar", promove-se a discussão sobre os benefícios físicos ao parar de fumar, causas do ganho de peso, a associação do álcool e do cigarro, e o apoio interpessoal adequado na ocasião da supressão do fumo; por último, a quarta sessão, "usufruir para sempre do abandono do cigarro", discutem-se os benefícios a longo prazo obtidos as estratégias para permanecer sem o cigarro, evitando a recaída. É importante destacar que os participantes são estimulados a retornarem para acompanhamento (BRASIL, 1999).

- **Avaliação da dependência**

As diferentes substâncias psicoativas têm maneiras diferentes de agir no cérebro para produzir os seus efeitos. Ligam-se a tipos diferentes de receptores e podem aumentar ou diminuir a atividade dos neurônios graças a vários mecanismos diferentes. Em consequência, têm diferentes efeitos sobre o comportamento, diferentes taxas de desenvolvimento de tolerância, diferentes sintomas de abstinência e diferentes efeitos em curto e em longo prazo. Contudo, as substâncias psicoativas têm similaridades na maneira em que afetam regiões importantes do cérebro ligadas à motivação, sendo esse um aspecto importante em relação às teorias do desenvolvimento da dependência (OMS, 2004).

A caracterização dos pacientes em relação ao grau de dependência de nicotina pode ser empregada na eleição do tratamento mais apropriado. Os fumantes com elevada dependência, além da abordagem cognitivo-comportamental, necessitarão de terapia mais intensa, inclusive farmacológica para que se obtenha êxito no abandono do tabagismo.

Diversos instrumentos têm sido usados para avaliar o grau de dependência à nicotina. O teste de dependência mais utilizado pela facilidade e baixo custo para sua aplicação é o “teste de dependência à nicotina de Fagerström (FTND)”. O Teste de Fagerström auxilia em estimar o grau de dependência da nicotina através de um breve questionário de 6 perguntas e realizando um somatório de pontos conforme as respostas, classificando o grau de dependência do indivíduo em Muito baixa (0-2), Baixa (3-4), Média (5), elevada (6-7) e Muito elevada (8-10) - (<http://centrodeoncologia.org.br/teste-de-fagerstrom/>).

- **Abordagem psicológica**

Até o momento, a contribuição mais importante nos modelos psicológicos no tratamento da dependência química tem sido representada pelo Modelo Transteórico de Mudança de Comportamento (Transtheoretical Model of Change), desenvolvido por James O. Prochaska e col (1979).

Diante das limitações percebidas nas grandes correntes da psicologia para a explicação do processo de motivação para mudança nas pessoas, o modelo “transteórico” nasceu defendendo que as automudanças bem-sucedidas dependem da aplicação de estratégias certas (processos) na hora certa (estágios) (PROCHASKA; DICLEMENTE; NORCROSS, 1992). Conceito fundamental no Modelo Transteórico é a prontidão, a qual indica uma vontade de se inserir em um processo pessoal ou de adotar um novo comportamento. Existem dois aspectos distintos relacionados à prontidão: a prontidão para mudança, conceituada como uma integração entre a conscientização da pessoa em relação ao seu problema e a confiança em suas habilidades para mudar; a prontidão para tratamento, com enfoque na motivação para procurar ajuda e para iniciar, manter e terminar um tratamento (DICLEMENTE; SCHLUNDT; GEMMELL, 2004).

O Modelo Transteórico foca a mudança intencional, ao contrário de outras abordagens que se concentram nas influências sociais ou biológicas do comportamento. Este modelo

está fundamentado na premissa de que a mudança comportamental ocorre ao longo de um processo no qual as pessoas passam por diversos níveis de motivação para mudança.

Idealizaram-se quatro estágios. O de pré-contemplanção, no qual se nega a existência de um problema e não se observa nenhuma intenção de mudar comportamentos. A pessoa dificilmente procura ajuda, e, quando o faz, em geral são impelidos por motivos externos. Eles simplesmente admitem seus defeitos e interrompem qualquer possibilidade de mudança comportamental (PROCHASKA; DICLEMENTE; NORCROSS, 1994). No estágio de contemplanção, a pessoa admite ter um problema e faz avaliação entre as vantagens e as desvantagens de mudar. Entretanto, o desejo de parar esbarra em momentos de ansiedade e de dúvida que enfraquecem sua força motivacional. Busca-se o estabelecimento de um foco na solução de problemas e o pensamento direcionado para o futuro (PROCHASKA; DICLEMENTE; NORCROSS, 1994). O estágio de determinação, marcado pelo “planejamento”, trata da conscientização do problema e o indivíduo constrói um plano cuidadoso de ações orientadas para a mudança, tornando pública sua intenção, nessa etapa pode-se instituir um número de pequenas mudanças comportamentais no seu cotidiano. A ação é um período que exige muita dedicação e energia pessoal, e as mudanças realizadas nesse estágio são muito mais visíveis do que as realizadas durante outros estágios. Costuma-se confundir-lo com o sucesso da mudança, no entanto é necessário que o indivíduo tenha consciência de que é preciso haver uma manutenção das mudanças realizadas (PROCHASKA; DICLEMENTE; NORCROSS, 1994). O estágio de manutenção tem como foco a estabilização do comportamento e consolidar os ganhos conquistados, além de prevenir possíveis recaídas. (PROCHASKA; DICLEMENTE; NORCROSS, 1994).

O processo de mudança não pode ser considerado meramente linear, pois seus estágios são compreendidos como fazendo parte de uma “espiral”, na qual a pessoa pode se movimentar de um estágio para outro sem uma ordem estabelecida (CALHEIROS; ANDRETTA; OLIVEIRA, 2006). A flutuação entre o desejo de deixar de fumar e a vontade de permanecer fumando é uma situação bastante comum e evidencia o conflito de corpos viventes e está descrita no Manual do Facilitador (BRASIL, 1999).

- **A abordagem farmacológica**

Quando a abordagem comportamental é insuficiente pela presença de elevado grau de dependência à nicotina, utiliza-se a farmacoterapia como recurso adicional no tratamento do tabagismo. A terapia de reposição de nicotina (TRN), a bupropiona e a vareniclina são consideradas de primeira linha no tratamento farmacológico, enquanto que a nortriptilina e a clonidina são os fármacos de segunda linha no tratamento.

A TRN tem como objeto a substituição da nicotina do cigarro por meio de doses menores e seguras, reduzindo a fissura e outros sintomas de abstinência. Todas as formas de TRN são eficazes na cessação do tabagismo, podendo praticamente dobrar a taxa de cessação no longo prazo quando comparadas ao placebo, grau/nível A de evidência.

Existem duas formas de apresentação da TRN: Liberação lenta (adesivos transdérmicos) e liberação rápida (goma, inalador, spray nasal e pastilhas). A eficácia das diferentes apresentações é equivalente, mas a adesão ao tratamento é maior com o adesivo (grau/nível A de evidência). Estão disponíveis no Brasil apenas os adesivos e as gomas.

A facilidade de modificar as dosagens permite ao médico individualizar as prescrições de acordo com as necessidades dos pacientes. Isso torna a TRN uma boa e segura opção terapêutica. As taxas de abstinência do tabaco são maiores quando a TRM é usada em combinação com outros tratamentos, incluindo o treinamento de habilidades, grau/nível A de evidência.

Os fármacos na terapia de cessão do tabagismo

Existem critérios para utilização da farmacoterapia, esses são:

- Fumantes pesados, ou seja, que fumam 20 ou mais cigarros por dia;
- Fumantes que fumam o primeiro cigarro até 30 minutos após acordar e fumam no mínimo 10 cigarros por dia;
- Fumantes com escore do teste de Fagerström igual ou maior do que 5, ou avaliação individual, a critério do profissional;
- Fumantes que já tentaram para de fumar apenas com a abordagem cognitivocomportamental, mas não obtiveram êxito, devido a sintomas da síndrome de abstinência;
- E não haver contraindicações clínicas.

O cloridrato de bupropiona é um antidepressivo atípico de ação lenta, recomendado pela FDA (Food and Drug Administration) como medicamento de primeira linha no tratamento do tabagismo. Diversos estudos têm mostrado, de modo consistente, a efetividade da bupropiona no tratamento da dependência à nicotina (grau/nível A de evidência). Seu mecanismo de ação poderia ser explicado pela redução do transporte neuronal dos neurotransmissores Dopamina e noradrenalina, ou do antagonismo aos receptores nicotínicos, levando à redução da compulsão pelo uso de cigarros. Embora relevante, o tratamento da comorbidade depressiva não explica completamente o seu efeito.

O tartarato de vareniclina foi desenvolvido para produzir efeitos semelhantes à nicotina sobre os receptores colinérgicos nicotínicos. O desenvolvimento da vareniclina foi baseado no alcaloide citisina, que ocorre naturalmente e havia mostrado efeito agonista parcial para os receptores colinérgicos alfa 4 beta 2. A citisina vem sendo utilizada há várias décadas, especialmente na Bulgária e em alguns países da Europa central e do leste. A vareniclina, tem sido considerada uma droga eficaz, segura e bem tolerada nas doses recomendadas para os pacientes em processo de cessação do tabagismo. Seu uso regular tem sido associado, em ensaios clínicos controlados, a taxas de abstinência significativamente maiores do que o placebo, a bupropiona e a TRN.

A terapia combinada

Certas combinações de fármacos de primeira linha como a bupropiona e a TRN, têm demonstrado efetividade na cessação do tabagismo. Os resultados sugerem que, embora

a terapia combinada seja melhor do que a TRN sozinha, ela foi equivalente apenas à monoterapia com bupropiona.

A despeito da melhora das taxas de cessação, ainda não está muito claro o quanto essas combinações podem ser eficazes para ajudar na cessação do tabagismo. As combinações com comprovação de eficácia são: Uso prolongado de adesivos de nicotina (acima de 14 semanas) + outra terapia de substituição de nicotina, ou adesivos de nicotina + inaladores de nicotina, ou adesivo de nicotina + bupropiona.

Outras abordagens específicas

Existem abordagens de grupos específicos para mulheres, gestantes, crianças e adolescentes, médicos fumantes, idosos, pacientes hospitalizados, pacientes com comorbidade psiquiátricas, pacientes com outras comorbidade e pacientes tabagistas em recaída segundo as suas necessidades particulares (Diretrizes para cessação do tabagismo 2008 – Sociedade Brasileira de Pneumologia e Tisiologia).

O tabagismo afeta o desenvolvimento da gravidez de fumantes, com uma probabilidade 70% maior de risco de aborto espontâneo. O risco de partos prematuros se eleva em 40%, assim como dobra a possibilidade de nascimentos de bebês de baixo peso. E, ainda, gestantes não fumantes, mas expostas à poluição tabágica ambiental, também geram bebês de baixo peso. Geralmente, esses recém-nascidos pesam, ao nascer, cerca de duzentos gramas a menos do que os recém-nascidos das mulheres não fumantes (NHRMC, 1997; INCA, 1998). Portanto, devemos dar um atenção especial nas gestantes usuárias do tabaco, explicitando os riscos envolvidos e oferecendo apoio contínuo para a abstenção do cigarro seja nas consultas de pré-natal, seja no acompanhamento mais amigável de sua situação.

As intervenções educativas visam promover uma visão crítica e aberta entre crianças e adolescentes antes que adquiram o hábito de fumar ou estejam em estágios iniciais de seu consumo.

No Brasil, o tabaco é a segunda droga mais consumida entre os jovens (CARLINI, et al., 2001). Isso se deve, muito provavelmente, à forma pela qual o seu consumo foi historicamente inserido na sociedade. Ações que associam o consumo de cigarros a conteúdos simbólicos, como as promovidas pelas corporações transnacionais do tabaco (de beleza, sucesso, liberdade, poder, inteligência e outros atributos desejados, especialmente pelos jovens) criaram, durante anos, uma aura de aceitação social e de imagem positiva do comportamento de fumar. Estudos demonstram que 90% dos fumantes iniciam a fumar até os dezenove anos de idade (CINCIRIPINI, 1997), traduzindo, assim, o sucesso simbólico agregado ao uso do tabaco. Um cigarro, para o iniciante, pode ser um ato simbólico de auto-afirmação. Podemos citar como exemplo, as anotações encontradas em um rascunho de relatório dos diretores da Philip Morris, que revela como a indústria utiliza esse conteúdo simbólico do tabagismo para promover a iniciação do fumar (INCA, 2002, p. 8): “Eu não sou mais a criança da minha mãe, eu sou forte, eu sou um aventureiro, eu não

sou ‘quadrado’, ‘careta’. A medida em que a força do simbolismo psicológico diminui, o seu efeito farmacológico assume o papel de manter o hábito [...]”

Na vida cotidiana, o grau de intimidade e de interesse entre as pessoas pode combinar-se e, assim, diminuir o grau de anonimato das experiências interpessoais. Daí podemos destacar a influência que os pais – pessoas próximas e significativas – exercem sobre os filhos com relação à experiência de iniciação do tabagismo.

Com o tabagismo, revelam-se a imagem e a necessidade de aceitação social ou integração dos indivíduos em um grupo, o que contribui para o início do tabagismo, principalmente entre os adolescentes, que passam a considerar o ato de fumar um comportamento adulto e sofisticado ou um comportamento de sucesso. O comportamento de usar drogas, entre os membros de uma família ou entre amigos é um grande motivador para o início do consumo e reforço para sua continuação (INCA, 1997; SCIVOLETTO; MORIHISA, 2001).

- **Peculiaridade das ESFs no apoio à cessação do tabagismo**

Existem alguns estudos que abordam o tratamento do fumante de forma interdisciplinar, além de propostas com terapias complementares, como a Acupuntura, Homeopatia, Fitoterapia, etc. Uma vez que o ambiente das ESFs comportam uma equipe multiprofissional e interdisciplinar de agentes de promoção à saúde, além de profissionais do NASF, atividades integradas voltada para uma ação específica poderiam favorecer um maior incremento na efetividade no tratamento do fumante.

Na proposta interdisciplinar, um profissional médico atua como líder do grupo antitabagismo, conjuntamente com o profissional de enfermagem, sendo ambos responsáveis por um ciclo de tratamento. Médico e enfermeiro atuam diretamente na condução dos grupos e no trabalho psicossocial intensivo durante as sessões. São também responsáveis pela revisão de fichas de anamnese, avaliação de comorbidades, contra-indicações, captação de sinais que indiquem conflitos, distúrbios psíquicos ou sintomas decorrentes da abstinência e aplicação de medidas de intervenção para controle multissistêmico em cada caso.

O médico é o responsável pelas prescrições farmacológicas e também é o condutor das terapias individualizadas, quando necessárias, ou durante o período de manutenção. É também a ele atribuída a função de detectar casos que necessitem de complementação profissional ou até mesmo atendimento em atenção secundária ou terciária e/ou interrupção do tratamento.

O enfermeiro, atua de forma protagonista e efetiva em parceria com o profissional médico, compartilhando de todas as atribuições e ações, assumindo muitas das vezes a coordenação do projeto. Realiza o levantamento de dados demográficos, avaliação estatística trimestral para acompanhamento, assim como organização dos livretos com tarefas semanais.

Em relação ao atendimento à população tabagista realizada por enfermeiros, o Instituto Cochrane, por meio do seu grupo de estudos em tabagismo (The Cochrane Tobacco Addiction Group), publicou uma revisão sistemática intitulada "Nursing interventions for smoking cessation" (Rice VH, Heath L, Livingstone-Banks J, Hartmann-Boyce J. Nursing interventions for smoking cessation. Cochrane Database of Systematic Reviews 2017) que teve como objetivo, pesquisar a efetividade do trabalho do enfermeiro em intervenções de cessação do tabagismo. Foram selecionados somente estudos que tiveram seguimento de no mínimo seis meses. Quinze trabalhos compararam a atuação de enfermeiros com um grupo controle, ou seja, com um outro grupo que não recebia ação do enfermeiro. Na conclusão do estudo, encontraram significativo incremento na taxa de abandono do tabaco nos grupos que tinham o apoio da enfermagem, apresentando um potencial benefício do aconselhamento e recomendações do enfermeiro referentes a supressão do consumo de cigarros, com razoável evidência que esta intervenção pode aumentar a efetividade das ações.

Quanto aos ACS, à partir da adscrição das famílias em sua microárea, os mesmos podem orientar os indivíduos quanto aos serviços de saúde disponibilizados (divulgação) e recrutarem pacientes fumantes ativos que apresentem interesse e/ou necessidade de cessação do tabagismo. Em caso de abandono da continuidade do tratamento, os ACS podem se responsabilizar por avaliar e caracterizar os motivos de encerramento do vínculo e estimular o paciente ao retorno para reinício do tratamento em nova oportunidade (Duarte RS, Martins IH, Mendes CP, Costa MAS, Mendes DS, Romano VF et al.).

Na proposta interdisciplinar, o educador físico pode oferecer aos participantes do programa, caminhadas e exercícios matinais com frequência de três manhãs por semana no território. O exercício auxilia na redução do sedentarismo, auxilia aqueles pacientes com tendência a ganhar peso com a cessação do tabagismo, auxilia a diminuir a ansiedade e facilita maior convivência com o grupo de apoio (T Ussher MH, Taylor A, Faulkner G. Exercise interventions for smoking cessation. Cochrane Database of Systematic Reviews. 2012).

O envolvimento de odontólogos no programa é adequado como forma de ratificar os benefícios obtidos com a cessação do tabagismo e prevenir doenças futuras (JCS Joint Working Group. Guidelines for smoking cessation (JCS 2010), além de melhorar a auto-estima dos pacientes.

Em casos em que a abordagem familiar seja necessária, a violência familiar, a imposição ou problemática das relações afetivas domiciliares, a influência do cenário da comunidade, ou as relações ou necessidades trabalhistas prejudicando significativamente o sucesso do tratamento antitabagismo, pode-se recorrer à atividade de um assistente social de forma a garantir a adesão ao tratamento.

Devido à prevalência significativamente maior de tabagismo entre indivíduos com transtornos psiquiátricos, como depressão e abuso de álcool, é esperada a presença desses

pacientes nos grupos de tratamento. É de decisão da equipe, considerando a gravidade dos distúrbios apresentados pelo paciente, que o mesmo seja inserido na proposta interdisciplinar do psicólogo ou psiquiatra ou receba terapia individualizada, na forma de psicoterapia e/ou acompanhamento psiquiátrico desde o início, de forma a não comprometer o grupo e/ou o acompanhamento do paciente. É fato, contudo, que o papel do psicólogo e do psiquiatra, atuando juntos ou separadamente, na abordagem e acompanhamento dessa categoria de pacientes é essencial (ELS; KUNYK; SIDHU, 2011)

4 Metodologia

O conjunto das atividades componentes da metodologia, as já até aqui realizadas e as ainda vindouras, é formado por ações majoritariamente práticas e algumas relacionadas à gestão. Será direcionado população adulta tabagista cadastrada na UBS Parada Modelo, município de Guapimirim - RJ.

Inicialmente, foi feita uma reunião na primeira semana de dezembro de 2018 com toda a equipe da ESF para explicar o projeto de intervenção e sua importância, bem como, procurar definir o papel de cada integrante na execução do projeto. Convidamos na semana seguinte o profissional responsável pelo programa de tabagismo da Secretaria de Saúde para demonstrar como é o funcionamento do serviço oferecido pelo município e dar capacitação informal a toda a equipe da ESF .

Houve a compreensão da necessidade da capacitação formal para o médico e a enfermeira (responsabilizados pelo projeto) via online e certificada pelo Ministério de Saúde – SUS (16 horas), estabelecendo-se um prazo de 30 dias para os mesmos concluírem esta capacitação. Estabeleceu-se o mês de fevereiro de 2019 para esta ação, uma vez que os mesmos já haviam programado seus recessos no mês de janeiro de 2019.

Concomitante a este período de janeiro e fevereiro, os ACSs farão uma busca ativa ao público-alvo interessado na cessação do tabagismo e fazer um levantamento dos horários disponíveis e preferenciais deste público, na intenção de se realizar, primeiramente, três reuniões em diferentes dias e horários na sala de reuniões da ESF Parada Modelo. Essas reuniões visarão focar o público-alvo e seus familiares na proposta de apoio à cessação do tabagismo a ser desenvolvida na Unidade para os usuários do SUS, além de expor argumentos médicos para deixar de fumar. Não pode ser esquecida a importância de envolver a família e os amigos como padrinhos que servirão para auxiliar os participantes nos momentos de crise.

Além disso, proporemos nessas reuniões a realização do agendamento programado ao público que manifestar verbalmente a adesão voluntária e o desejo de parar de fumar. Assim, serão marcadas consultas individualizadas para a avaliação médica e laboratorial em três dias diferentes do mês (março), seguindo as indicações e o formato do modelo do “Programa Nacional do Controle do Tabagismo”. Deste modo avaliaremos o estado clínico atual, a história do tabagista, o grau de dependência (através do Teste de Fagerström para dependência da nicotina (FTND) e o grau de motivação para parar de fumar através do Modelo Transteórico comportamental de Prochaska e DiClemente, além de outros antecedentes relevantes. Dependendo da situação do usuário, poderão ser solicitados radiografia de tórax, ECG, hemograma e bioquímica sanguínea.

Ao final deste período (março), estabeleceremos o cronograma ideal para as reuniões semanais no mês de abril do primeiro grupo formado na Unidade, obedecendo os critérios

preconizados pelo Ministério da Saúde, com duração mínima de 60 minutos e máxima de 90 minutos, no qual consistem:

- na primeira sessão o objetivo é que o participante entenda porque fuma e como isto afeta sua saúde. Trabalha com a questão da ambivalência, momento no qual o usuário fica dividido se realmente deseja parar de fumar. Para isto cada um faz um questionário para refletir sobre as razões reais pelas quais quer parar e começar a agir sobre esta decisão. Também são explicados os métodos existentes para deixar de fumar: parada abrupta ou gradual, sendo esta última como redução ou adiamento, e o participante precisa escolher um método e uma data definida para começar, idealmente entre o 2º e 3º encontro;
- Na segunda sessão, se ensina ao paciente a lidar como os primeiros dias sem o tabaco. Se discute a síndrome de abstinência e se dá dicas para auxiliá-lo com o enfrentamento da fissura. São realizados exercícios de relaxamento para diminuir o estresse e a ansiedade;
- Na terceira sessão, se discute estratégias para vencer os obstáculos e permanecer sem fumar. São relacionadas as melhorias físicas e emocionais, além de salientar e parabenizar os passos dados (diminuição do número de cigarros fumados por dia, ou a cessação).
- Na quarta sessão, é importante discutir os benefícios do parar de fumar, valorizando os benefícios obtidos e os que virão após parar de fumar. Enfatiza-se a prevenção das recaídas diferenciando-as dos lapsos.

Na etapa seguinte da terapia longitudinal, no mês de maio, haverá duas sessões quinzenais de terapia de manutenção, caracterizada por atenção individualizada onde se planejará individualmente a necessidade ou não da modificação das doses da terapia de reposição de nicotina, a necessidade de introdução farmacológica ou de abordagens complementares de suporte psicológico, nutricional, psiquiátrico, odontológico, de assistência social, referenciamento ao pneumologista e outros.

Atenção especial se dará aos pacientes com patologias crônicas associadas mediante avaliação clínica, com apoio nos exames complementares.

Os casos de apoio medicamentoso serão acompanhados e avaliados durante o tratamento, no caso dos adesivos de nicotina de 6 até 14 semanas, e da bupropiona por até 12 semanas.

Este é um momento importante para se contar com o suporte do programa municipal do Tabagismo e com os profissionais do NASF nos seguintes aspectos:

- para uma avaliação inicial do andamento das atividades e o seu adequado registro conforme a Portaria do Ministério da Saúde número 571, de 5 de abril de 2013;

- no fornecimento de insumos para a terapia de reposição de nicotina e fármacos de primeira linha;
- e na formação de um provável novo grupo de interessados em parar de fumar.

Além disso, podemos estar abertos em incorporar novas terapias que sejam aceitas pelo Ministério da Saúde e sejam propostas pela equipe ou por profissionais voluntários e participantes das atividades do grupo. Para tanto, estabeleceremos formulários de consentimento informado para os pacientes e um horário específico para essas atividades complementares.

A partir de junho, haverá um seguimento mensal de até um ano para este primeiro grupo formado, sendo que a equipe estará sempre disponível de maneira flexível para facilitar o sucesso do tratamento. Todos os pacientes serão monitorados quanto ao peso e pressão arterial em cada sessão, e havendo qualquer anormalidade ou queixa, terão uma avaliação individual pelo médico responsável pelo programa no mesmo dia.

Nos casos de recaída que manifestem interesse em reiniciar o tratamento, há possibilidade de serem inseridos em outro grupo posteriormente iniciado.

Para os participantes que não puderem permanecer na abordagem grupal, serão encaminhados e acompanhados em uma abordagem individual. Os que não comparecerem ou abandonarem as sessões do grupo serão procurados e contatados pela equipe, que discutirá estratégias de mudanças ou adaptações para estimular a continuação do tratamento, avaliando cada caso de maneira individual.

O local onde será desenvolvido as sessões será a sala de atividades de grupo da própria Unidade, na qual cabem de maneira adequada grupos de até vinte pessoas.

O dia da semana escolhido para as sessões estruturadas (semanais, quinzenais e mensais), preferencialmente será aquele em que o médico do PMMB, e responsável pelo projeto, vinha tendo como reservado semanalmente para as suas atividades de estudo.

5 Resultados Esperados

Dentro da expectativa maior de aumentar a resolutividade das ações antitabagistas na comunidade, espera-se alcançar o cumprimento dos objetivos iniciais traçados. Nesse intuito, almeja-se dar capacitação necessária aos profissionais da equipe de saúde da Unidade Básica de Saúde Parada Modelo no enfrentamento ao tabagismo. Com a pretendida efetivação de espaço físico adequado às atividades a serem elaboradas, como as de grupos terapêuticos, será possível oferecer de maneira continuada um programa local de acompanhamento e apoio à cessão do tabagismo eficaz, seguindo as diretrizes do Ministério da Saúde. Com a materialização desses elementos estruturais e processuais espera-se também conhecimento da existência do programa pela população, além da adesão. Esse conjunto de ações visa acolher de maneira adequada esta demanda reprimida e diminuir significativamente a adição ao tabaco e as doenças associadas este.

Referências

- BRASIL, M. da S. *Plano de Ações Estratégicas para o Enfrentamento das Doenças Crônicas Não Transmissíveis no Brasil 2011-2022*. Brasília: Ministério da Saúde, 2011. Citado na página 15.
- BRASIL, M. da S.; INCA, I. N. do C. *Abordagem e Tratamento do Fumante: Consenso*. Rio de Janeiro: Ministério da Saúde - INCA, 2001. Citado na página 15.
- BRASIL, M. da S.; INCA, I. N. do C. *Como vencer os obstáculos para permanecer sem fumar: Deixando de fumar sem mistérios - sessão 3*. Rio de Janeiro: INCA, 2013. Citado na página 15.
- BRASIL, M. da S.; INCA, I. N. do C.; SAÚDE, S. N. de Atenção em. *Deixando de Fumar Sem Mistérios*. Rio de Janeiro: Ministério da Saúde/INCA, 2004. Citado na página 16.
- CARLINI, E. A. *I Levantamento Domiciliar Sobre o Uso de Drogas Psicotrópicas no Brasil: Estudo Envolvendo as 107 Cidades Maiores do País-2001*. São Paulo: Universidade Federal de São Paulo - UNIFESP, 2002. Citado na página 17.
- ELS, C.; KUNYK, D.; SIDHU, H. Smoking cessation and neuropsychiatric adverse events: Are family physicians caught between a rock and a hard place? *Can Fam Physician*, v. 57, p. 647–649, 2011. Citado na página 24.
- MANSUR, C. G. *Psiquiatria para o médico generalista*. Porto Alegre: Artmed, 2014. Citado na página 16.
- PROCHASKA, J. *Clínicas de Doenças Pulmonares*. Rio de Janeiro: Interlivros, 1991. Citado na página 17.