



UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA  
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE  
DEPARTAMENTO DE SAÚDE PÚBLICA  
CURSO DE ESPECIALIZAÇÃO EM ATENÇÃO BÁSICA 2018

Larissa Lucas Scremin

Fortalecimento de ações de saúde para pacientes  
tabagistas da população adscrita na Estratégia de saúde  
da Família Otacílio Silveira - Cachoeirinha/RS.

Florianópolis, Março de 2023



Larissa Lucas Scremin

Fortalecimento de ações de saúde para pacientes tabagistas da  
população adscrita na Estratégia de saúde da Família Otacílio  
Silveira - Cachoeirinha/RS.

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: Priscila Schacht Cardozo  
Coordenadora do Curso: Profa. Dra. Fátima Buchele Assis

Florianópolis, Março de 2023



Larissa Lucas Scremin

Fortalecimento de ações de saúde para pacientes tabagistas da população adscrita na Estratégia de saúde da Família Otacílio Silveira - Cachoeirinha/RS.

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. Fátima Buchele Assis**  
Coordenadora do Curso

---

**Priscila Schacht Cardozo**  
Orientador do trabalho

Florianópolis, Março de 2023



# Resumo

**Introdução:** O tabagismo é uma causa prevenível importante de aproximadamente metade das doenças crônicas não transmissíveis dos países em desenvolvimento. Está relacionado com doenças como Neoplasias, doenças cardiovasculares, acidente vascular encefálico, entre outras diversas patologias. O Brasil apresenta destaque em medidas adotadas para o controle do tabagismo desde a década de 1980. Na Unidade de saúde em que atuou foi detectado alto índice de pacientes tabagistas, levando a escolha do tema para a intervenção como tentativa de combate ao tabaco na comunidade. **Objetivo:** É implementar campanhas de controle do tabagismo e fortalecer as ações ao decorrer dos novos grupos visando reduzir o número de tabagistas ou o número de cigarros consumidos por dia junto a população adscrita no ESF Otacílio Silveira no município de Cachoeirinha/RS. **Metodologia:** Como metodologia foi inicialmente ofertado a participação nos grupos de controle ao tabagismo a todos os pacientes tabagistas durante consultas médicas, de enfermagem, odontológicas e em visitas domiciliares pelos agentes comunitários de saúde. Ao obter 30 pacientes na lista foi dado início ao processo, chamados todos os 30 para avaliação física inicial e determinar o grau de dependência da nicotina através do teste de fagerström, posteriormente todos convidados a dar início ao grupo, com atividades informativas, de suporte psicológico, terapia cognitivo comportamental, associados a terapia medicamentosa quando necessário. Também com planos de ações de prevenção como palestras nas escolas da comunidade tentando prevenir a iniciação, como público alvo os adolescentes. **Resultados Esperados:** realizar novos grupos a cada trimestre, totalizando 4 grupos no ano, e que desses grupos 50% dos participantes libertem-se do vício, 25% ao menos reduzam o número de cigarros ingeridos por dia, e conseqüentemente a prevenção de doenças relacionadas ou redução das patologias já instaladas conseqüentes desse hábito. Também esperamos prevenir a iniciação em grande parte dos adolescentes trazendo-os informações.

**Palavras-chave:** Campanhas para o Controle do Tabagismo, Prevenção de Doenças, Tabagismo





# Sumário

1	<b>INTRODUÇÃO</b> . . . . .	9
2	<b>OBJETIVOS</b> . . . . .	13
2.1	Objetivo geral . . . . .	13
2.2	Objetivos específicos . . . . .	13
3	<b>REVISÃO DA LITERATURA</b> . . . . .	15
3.1	Tabaco: um breve contexto histórico . . . . .	15
3.2	O tabagismo . . . . .	15
3.3	Políticas de combate ao tabagismo no Brasil e as intervenções na atenção primária à saúde . . . . .	17
4	<b>METODOLOGIA</b> . . . . .	21
5	<b>RESULTADOS ESPERADOS</b> . . . . .	25
	<b>REFERÊNCIAS</b> . . . . .	27



# 1 Introdução

A Unidade Básica de Saúde Otacílio Silveira está localizada no município de Cachoeirinha que está situado na região metropolitana do estado do Rio Grande do Sul, localiza-se a 19 km de Porto Alegre – capital do estado. Cachoeirinha foi emancipada do município de Gravataí em 1965, tem como cidades vizinhas Esteio, Canoas, Gravataí, Porto Alegre e Alvorada. A cidade de Cachoeirinha apresenta em números de habitantes no CENSO de 2010, uma população residente de 118.278 pessoas, com população estimada em 2018 de 129.307 pessoas, dentre essa população se registrou rendimentos mensais de domicílios de até meio salário-mínimo por pessoa em 28.5% da população, o que leva a conclusão uma percentagem alta da população vive com baixas condições financeiras.

Atualmente, Cachoeirinha possui 06 unidades de Estratégia de Saúde da Família com 15 equipes proporcionando uma cobertura de ESF municipal de 37%, 10 Unidades Básicas de Saúde, 13 Equipes de Saúde Bucal (ESB), 02 unidades de Saúde Bucal e um Centro de Especialidades Odontológicas (CEO). Uma Farmácia Central e duas do distrito. Na área de saúde mental conta com um Centro de Atenção Psicossocial (CAPS), um Núcleo de Saúde Mental Adulto e um Infante Juvenil. Apresenta um Serviço de Atendimento Especializado (SAE) para atenção aos pacientes com doenças infecciosas como HIV, Hepatites, Tuberculose e Hanseníase. Possui uma unidade de Pronto Atendimento (UPA) 24 horas, Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU) – apenas unidade móvel básica — e serviço de Vigilância em Saúde, abrangendo a Vigilância Ambiental, Sanitária, Epidemiológica e Saúde do Trabalhador. Casos de alta complexidade são assistidos no Hospital Padre Jeremias. Exames de menor complexidade são realizados em laboratórios e clínicas no município, já os exames de maior complexidade são encaminhados para fora do município e consultas com especialistas que não são ofertados pelo município são realizados via GERCON (Gerenciamento de Consultas) regional e estadual.

A Unidade Básica de Saúde Otacílio Silveira faz assistência a uma população de aproximadamente 12.000 habitantes, moradores do bairro Anair e Araçá do município, distando 4 Km do centro da cidade. Possui 3 equipes de Estratégia de Saúde da Família compostas por 3 Médicos, 3 Enfermeiros, 6 Técnicos de Enfermagem, 15 Agentes Comunitários de Saúde, 2 responsáveis administrativos, e 2 equipes de Saúde Bucal compostas por 2 odontólogos e 4 técnicos em Saúde Bucal. A equipe 01, a qual faço parte, é composta por 1 médico (graduação em medicina em agosto de 2017), 1 enfermeira, 2 técnicos em enfermagem, 1 dentista, 2 técnicos em saúde bucal e 5 agentes comunitários de saúde.

A equipe 01 atende uma população de aproximadamente 4.250 habitantes, sendo ofertados como atendimentos aos usuários: consultas médicas; consultas de enfermagem; consultas abrangendo pré-natal, puericultura, visitas domiciliares, consultas para os prioritários, acompanhamento de portadores de doenças crônicas, e consultas em geral; conta

também com o setor de vacinação, atendimentos em odontologia, execução de grupos de Educação em Saúde (Grupo de gestantes, grupo de terapia comunitária integrativa, grupo de atividades físicas, grupo de hipertensos e diabéticos, grupo de testes rápidos). E também realiza-se na unidade pequenos procedimentos como curativos, injeções; programas de prevenção ao câncer do colo do útero e de mama, detecção precoce de Infecções Sexualmente Transmissíveis (IST) através dos testes rápidos.

As consultas são agendadas a cada 15/15 dias, um dia antes do agendamento para população em geral oferta-se metade do total das vagas para os idosos, preenchem as vagas de consultas agendadas no período de agendamento ainda são ofertadas vagas de consulta semana para agendar pacientes para retornarem com exames que precisam ser avaliados com brevidade ou então para pacientes que vem ao acolhimento com queixas que não precisam ser solucionadas no mesmo dia e pode-se agendá-los para avaliar no próximo dia que tenha vaga disponível de consulta semana para não superlotar com os acolhimentos e dar a atenção devida a cada paciente atendido. Também consta como serviço de acolhimento por demanda espontânea, que é feita a triagem e conforme a necessidade é encaminhado para enfermeira e posterior avaliação do médico. As visitas domiciliares (VD) são realizadas conforme demanda, alguns casos são trazidos pelos agentes comunitários de saúde conforme a necessidade, outros casos já fazem parte de uma lista feita pela equipe de pacientes acamados e domiciliados, outras são realizadas por solicitação das famílias na própria unidade. Dentre esses pacientes domiciliados recebem visitas um dia na semana do médico, um dia é as VDs da enfermeira e outro dia as VDs dos técnicos. Uma vez ao mês está ocorrendo desde o mês de maio encontros com equipe de matriciamento para discutir casos de saúde mental com psiquiatra e psicólogas.

Quando necessário e em casos de dúvidas diagnósticas dispomos da ferramenta Telessaúde que nos dá suporte, mandamos o caso e fotos de lesões ou exames, os dados necessários para discussão do caso e temos retorno para avaliação complementar ou encaminhamentos.

O coeficiente de mortalidade calculado de acordo com dados de mortalidade pela CID-10 no período 2015 na cidade de Cachoeirinha-RS foi de 6,21 /1000, o que equivale a 783 mortos numa população total de 125.971 habitantes. Já o coeficiente de mortalidade por doenças crônicas de acordo com dados do DataSUS para o ano de 2015 estão descritos abaixo, citadas algumas causas e os cálculos todos feitos com a estimativa de uma população de 125.971 habitantes: 1º-Circulatório:  $188/125971 \times 1000 = 1,4$ ; 2º- Neoplasias:  $156/125971 \times 1000 = 1,2$ ; 3º-Respiratório:  $127/125971 \times 1000 = 1,0$ ; 4º- Endócrino e metabólico:  $28/125971 \times 1000 = 0,2$ .

Além das doenças e agravos descritos acima, há outros que se destacam do ponto de vista epidemiológico na comunidade em que assisto, tais como saúde mental, Tabagismo/uso de drogas e álcool, Obesidade, Baixa adesão ao tratamento de HAS e DM, Osteoartrite/artrites, Sífilis. Ao realizar uma conclusão referente ao diagnóstico da situação da

população assistida pelo ESF Otacílio Silveira percebe-se diversos problemas de saúde e vulnerabilidades. Os principais problemas identificados pela equipe são Hipertensão arterial sistêmica (HAS), Diabetes Melitus (DM) e baixa adesão dos usuários ao tratamento dessas duas patologias principais apontadas. Também foi identificado alto índice de tabagistas, gravidez na adolescência como bastante prevalente, obesidade, uso frequente de psicotrópicos para doenças do âmbito saúde mental, as queixas ortopédicas, doenças sexualmente transmissíveis, em especial a sífilis e uso de álcool/drogas (associado a numerosas zonas de tráfico na região da comunidade).

Os problemas que mais identificamos na comunidade em primeiro lugar foram Hipertensão arterial sistêmica e Diabetes Melitus, patologias essas que tem também como fatores predisponentes os maus hábitos da população, tanto em questão alimentar quanto ao sedentarismo. A dificuldade de compensação das patologias citadas acima também é algo percebido pela equipe, justificado muitas vezes por má adesão aos tratamentos propostos. Quanto a esses problemas tem-se um trabalho sendo feito pelas equipes em conjunto, com grupos de exercícios, palestras, orientações gerais e revisão de medicações em visitas domiciliares. Outro problema importante foi o alto índice de tabagismo e dependência química, esta associada a diversos pontos de tráfico de drogas na área de abrangência. Quanto a esse problema descrito não possuíamos na unidade de saúde em que atuo, nenhuma medida para melhora dos índices, realizei então o curso para poder recrutar tabagistas com desejo de cessar o fumo e fazer grupos de auxílio nessa libertação. Comecei a implementar os grupos no mês de junho de 2019, a procura foi grande que tivemos que elaborar listas de espera. O tema foi de extrema importância, tabagismo está ligado aos principais problemas que a cidade apresenta como HAS, Diabetes melitus, doenças do aparelho circulatório e respiratório, entre outras patologias. Conseguindo diminuir o número de pessoas tabagistas podemos conseguir até mesmo um melhor controle das outras patologias e proporcionar uma melhor qualidade de vida aos pacientes a longo prazo, diminuindo riscos de doenças que podem ser fatais.



## 2 Objetivos

### 2.1 Objetivo geral

Fortalecer as ações em saúde para reduzir o número de tabagistas e o número de cigarros consumidos por dia junto a população adscrita no ESF Otacílio Silveira - Cachoeirinha/RS

### 2.2 Objetivos específicos

- Melhorar a informação aos pacientes sobre os malefícios do tabaco;
- Ofertar grupos semanais nos primeiros três meses e encontros mensais após;
- Diminuir as patologias futuras relacionadas ao tabagismo.





## 3 Revisão da Literatura

### 3.1 Tabaco: um breve contexto histórico

O tabaco é uma erva utilizada pelo ser humano há mais de 300 anos. A planta ganhou o nome de Nicotiana após Jean Nicot, um embaixador francês em Portugal, que em 1560, propagou a ideia que o tabaco poderia ser usado como um agente curativo (VIEGAS, 2007)

Segundo o Ministério da Saúde, o tabaco é uma erva da família das solanáceas, têm folhas longas, amplas e macias, suas flores são vistosas e róseas, seu nome científico é Nicotiana Tabacum, da qual é extraída uma substância chamada nicotina. Suas folhas quando dessecadas, constituem o fumo ou tabaco (MARQUES1, 2012)

De acordo com Cooper (1987, p. 101, Apud MARQUES, 2012), o tabaco teria origem pré-colombiana na América descoberto pelos nativos, e com os Europeus que ocorreu a sua secularização difundindo-o pelo mundo. Entre os nativos a prática de fumar era com cachimbo e era um ato mágico-religioso, medicinal, sofrendo influência depois pelos europeus e modificando a finalidade do consumo (PORTES et al., 2018).

A difusão do tabaco teve início no fim do século XV, com Cristovão Colombo levando o produto das Américas para a Europa, que em seguida foi espalhado pelo mundo. O motivo dessa rápida difusão se deve ao fato do alto poder da nicotina de causar dependência e reduzir a ansiedade e tensão (ECHER et al., 2011).

A partir do século XVII iniciou-se um debate na Europa quanto aos efeitos do tabaco na saúde. No século XX, com a industrialização e o marketing, ele passou a ser fabricado de forma mais atrativa, e vendido, principalmente, como sinônimo de liberdade. Concomitantemente a isso, estudos visavam comprovar os malefícios que ele trazia para a saúde (SPINK, 2010). A própria sociedade mudou sua forma de ver o cigarro, antes visto como sinônimo de charme, inclusão e afirmação social, é hoje considerado incorreto e indesejado (SPINK, 2010)

### 3.2 O tabagismo

O tabagismo é a causa prevenível mais importante de aproximadamente metade das doenças dos países em desenvolvimento e ameaça minar o seu desenvolvimento econômico e social. Frente a esse cenário do país há uma preocupação de décadas e, segundo Portes et al.(2018), o Brasil é reconhecido internacionalmente pelas políticas de controle ao tabaco e um dos pioneiros em medidas de regulação de conteúdo e a adotar advertências ao fumo através de imagens nas embalagens. Ele traz como as primeiras medidas desenvolvidas

já na década de 1960 quando foi desenvolvido o debate sobre doenças relacionadas ao tabaco, dando início a uma jornada de combate ao fumo.

Um dos primeiros destaques de medidas adotadas para esse combate foi em 1986, criado o Programa Nacional de Combate do Fumo (PNCF) que teve sua gestão compartilhada entre o Ministério da Saúde e o Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social, com objetivo de guiar essa atuação de controle do tabaco. Ainda na mesma década, a constituição federal de 1988 também teve sua importância marcada para embasar futuras medidas antitabaco. (PORTES et al, 2018)

Nos anos seguintes, em 1989, quando o Ministério da Saúde (MS), por meio do Instituto Nacional de Câncer (Inca), criou o Programa Nacional de Controle do Tabagismo (PNCT), atualmente denominado Programa Nacional de Controle do Tabagismo e Outros Fatores de Risco de Câncer (PNCTOFR) e que é referência mundial (SILVA, 2004)

Segundo dados da Organização Mundial da Saúde (OMS), as principais causas de mortalidade humana e que respondem por mais de 68% dos óbitos são as doenças crônicas não transmissíveis, muitas delas relacionadas com o tabagismo: doença cardiovascular (particularmente infarto agudo do miocárdio), câncer (do pulmão e em outros sítios) e acidente vascular encefálico. Não fumando ou parando de fumar, essas doenças diminuem em mais de 30%, chegando a uma queda de 90% no câncer do pulmão (OMS, 2016). Em pessoas cujo consumo de tabaco se faz em longo prazo, a ausência da nicotina no organismo pode provocar algumas características como tensão, dificuldade para concentrar-se, sonolência, problemas para dormir, redução da pressão sanguínea, ganho de peso, desempenho motor diminuído e maior tensão muscular (KAPLAN; SADOCK; GREBB, 1997)

A nicotina é amplamente reconhecida como tendo grande capacidade de causar dependência. A dependência da nicotina é um comportamento tão virulento que embora 70% dos fumantes desejem parar de fumar, apenas 5% destes conseguem fazê-lo por si mesmos. Isto ocorre porque o comportamento do fumar não apenas causa doenças, mas é, ele mesmo, uma doença: a dependência a nicotina (ALVES; GIGLIOTI; LARANJEIRA, 2005).

De fato, a dependência do tabaco é classificada como doença mental e comportamento na Classificação Internacional de Doenças (CID - 10). Algumas inserções podem ser identificadas através dos diagnósticos de F17 (Transtornos mentais e comportamentais devidos ao uso de fumo), F17.2 ( Síndrome da dependência nicotínica), F17.3 (Estado de abstinência nicotínica), F72 (problemas relacionados com estilo de vida), Z81.2 (historia familiar de abuso de fumo), T65.2 (efeito tóxico do tabaco e da nicotina) (Viegas, 2007, p.25).

No Brasil, o consumo de cigarros cresceu até 7% durante a década de 70, mas, a partir de 1980, esse ritmo reduziu o consumo per capita para níveis de 1% ao ano, na população com 15 anos ou mais de idade. Contudo, entre 1970 e 1990, enquanto a população cresceu 61,5%, o consumo de cigarros aumentou 125,7%. Através de levantamento feito pelo IBGE,

em 1989, estimou-se em quase 31 milhões o número de tabagistas, representando 32,6% da população acima dos 15 anos. Na faixa etária entre 15 e 19 anos tem-se 2,4 milhões de fumantes, sendo que 75% dos fumantes iniciam o consumo de tabaco entre 10 e 18 anos de idade. Embora sejam necessárias políticas abrangentes e rigorosas, as campanhas antitabagismo têm influenciado o comportamento dos fumantes e o alvo prioritário de ação antifumo em países subdesenvolvidos, conforme considera a OMS, deve ser centrado nos profissionais de saúde (BRASIL, 2012).

### 3.3 Políticas de combate ao tabagismo no Brasil e as intervenções na atenção primária à saúde

A legislação brasileira, considerada uma das mais fortes do mundo, representa um indicador positivo no processo evolutivo do combate ao tabagismo. “A criação da Agência Nacional de Vigilância Sanitária (Anvisa) em 1999 possibilitou ações de controle e fiscalização dos produtos derivados do tabaco mais eficazes do que as desenvolvidas até então pelo Ministério da Saúde. Nesse mesmo ano, formou-se a Comissão Nacional para o Controle do Uso do Tabaco (CNCT) a fim de representar o país nas negociações internacionais da Convenção Quadro para o Controle do Tabaco (CQCT).” (PORTES ET AL., 2018)

Desde 2000, a propaganda de produtos de tabaco é proibida em revistas, jornais, TV, rádio, internet, outdoors, sendo permitida apenas nos pontos internos de venda. O patrocínio de eventos culturais e esportivos por marcas de cigarro é proibido no Brasil desde 2003, exceto para eventos internacionais que tenham sede em outros países. Além disso, durante a transmissão de eventos internacionais patrocinados por marcas de cigarro, as emissoras nacionais são obrigadas a apresentarem mensagens de advertências. Além disso, as companhias de tabaco são obrigadas a inserirem advertências com imagens ilustrativas nas embalagens dos produtos de tabaco. É proibido ainda o uso de descritores como light, ultra light, suave e outros. O fumo é proibido em ambientes públicos fechados e a venda de produtos de tabaco para menores de idade. A Agência de Vigilância Sanitária (ANVISA), um órgão para controle e fiscalização do Ministério da Saúde, fiscaliza o cumprimento da lei que limita conteúdos, emissões e atividades de promoção dos mesmos. (INCA, 2003).

Considerando que cerca de 30% dos tabagistas brasileiros fumam 20 cigarros ou mais por dia, sugere-se que há elevado grau de dependência física da nicotina, o que requer suporte terapêutico. Por meio do Programa Nacional de Controle ao Tabagismo (PNC-TOFR), o MS/Inca tem investido em ações promotoras de mudanças de comportamento, preparando as unidades de saúde para oferecerem apoio efetivo à cessação de fumar aos tabagistas que procuram atendimentos de rotina na atenção primária (BRASIL, 2001).

Nas últimas três décadas o controle ao tabagismo manteve-se como uma prioridade, promovendo ações em diversos âmbitos – educativos, econômicos, ambientais, culturais e sociais. No setor educativo destacam-se ações nas escolas, unidades de saúde e até mesmo em locais de trabalho que visam conscientizar e educar a sociedade sobre as repercussões negativas do fumo para a população. Ações são desenvolvidas principalmente em datas comemorativas como O Dia Nacional de Combate ao Fumo (29 de agosto, instituído em 1986) e o Dia Mundial sem Tabaco (31 de maio, instituído em 1987). Outra ação de grande importância é o Programa de Diversificação em Áreas Cultivadas com Tabaco que proporcionou alto investimento na segunda década do século XXI para os principais produtores de tabaco como auxílio para a diversificação das áreas de cultivo de fumo. Também em 2011 foi estabelecido reajustes nos impostos recolhidos dos produtos oriundos do tabaco e estabeleceu-se um preço mínimo de vendas. (PORTES ET AL., 2018)

No SUS, o tratamento do tabagismo é feito por meio da abordagem cognitivo-comportamental e apoio medicamentoso, quando indicado. A abordagem cognitivo-comportamental associa intervenções cognitivas com treinamento de habilidades comportamentais, sendo muito utilizada no tratamento das dependências (BRASIL, 2001).

Para atingir toda a população, as ações previstas pelo INCA escoam dentro de um processo de descentralização que utiliza o sistema de gerenciado pelo SUS em parceria com os estados e municípios. Neste processo, o INCA capacita os recursos humanos das equipes coordenadoras dos estados que são as secretarias estaduais de saúde que, por sua vez, capacitam às equipes coordenadoras dos municípios as secretarias municipais de saúde, para desenvolverem atividades de coordenação/gerência operacional e técnica do Programa. (INCA, 2001).

A formação de grupos terapêuticos antitabagismo na Atenção Primária a Saúde (APS), com participação multiprofissional representa uma alternativa de apoio e, consequentemente, de maior êxito na tentativa de abandono do tabaco. O tratamento começou a ser disponibilizado pelo SUS no ano de 2004 com foco principal nesse combate nas unidades básicas de saúde, ofertando os grupos de apoio para a cessação do tabagismo e aumentando a distribuição das medicações para auxílio no tratamento, medidas essas que proporcionaram avanço significativo nas taxas de abandono do tabaco. Também foi disponibilizado o ‘Disque 136’, criado no ano de 2001, como uma forma de apoio psicológico via telefone também para fortalecer o tabagista que estivesse com o propósito da cessação do tabagismo. (PORTES ET AL., 2018)

Os grupos fornecem informações sobre os malefícios que o tabagismo pode causar nos indivíduos, prepara para os sintomas que os integrantes podem apresentar no processo de cessação do fumo – tanto físicos quanto psicológicos-, proporciona um momento para o paciente falar sobre suas angústias e aliviar um pouco a tensão, dá a oportunidade de o integrante ter um momento para ele ser o centro da atenção em uma “terapia coletiva” que é realizada no momento em que eles podem falar, cria um vínculo e traz até mesmo

uma sensação de que participar daquele grupo é um dos pilares que os mantém de pé em um momento inicial em que lhes falta estrutura. Os grupos também estabelecem metas a cada semana para que eles cumpram, dando a ideia de que eles têm aquele compromisso a realizar, criam laços entre os participantes e muitas vezes trocam contatos para, após a finalização do grupo, terem o suporte um do outro, criam um vínculo tanto entre os participantes quanto com a equipe que está gerenciando o grupo, muitas vezes não tem esse fortalecimento em casa e então encorajam-se a cumprir aquele desejo tendo uma forte fonte de apoio.

Com toda essa trajetória de planos de ações de combate ao tabagismo, ao longo das décadas obtivemos diversas conquistas no Brasil, destacando-se uma importante redução de novos tabagistas que em 1989 apresentava-se com 35% de taxa de prevalência e em 2013 com dados muito menores, equivalendo a uma taxa de prevalência de 15%. Também apresentando um olhar diferenciado frente ao tabaco, sendo antigamente considerado como um meio de melhor aceitação social e hoje em dia visto como um fator até mesmo de rejeição. (PORTES ET AL., 2018)

Tendo em vista que o tabagismo é uma causa prevenível importante de diversas doenças, a ação proposta como objetivo nesse trabalho tem grande significado para a população, tanto para a prevenção de doenças diretamente relacionadas ao tabaco, doenças indiretamente relacionadas e até uma melhor qualidade de vida mesmo quando já se tem a doença instalada, diminuindo os efeitos maléficos apresentados. Os grupos de apoio para cessação do tabagismo já iniciaram e precisam ser fortalecidos e melhorados a cada ciclo. A intenção é que se crie um vínculo entre os participantes dos grupos, de maneira que se sintam fortalecidos a cessar o uso do tabaco e o mais importante, a se manter sem o uso do fumo, que é uma etapa difícil para todos. Para isso os grupos não irão ser concluídos apenas com os três meses de cada ciclo, que são intensos com encontros semanais e uso de medicações muitas vezes para auxílio, e sim irão perdurar com encontros mensais após esse período inicial. Esses encontros mensais são para deixar “uma porta aberta” sempre aos participantes para que possam regressar com suas dificuldades naquele período e dividir com o grupo de maneira que se sintam mais amparados, fortes e capazes de persistir vencendo essa batalha.



## 4 Metodologia

Com o objetivo de reduzir o número de tabagistas ou até mesmo de reduzir o número de cigarros consumidos por fumante, iniciou no mês de junho de 2019, na Unidade de Saúde da Família Otacílio Silveira, do município de Cachoeirinha-RS, grupos de controle ao tabagismo. Os grupos foram direcionados a comunidade que abrange a assistência da USF em que atuou.

Para a elaboração do grupo foi realizado, no mês de maio de 2019, uma capacitação de alguns membros das equipes de saúde da unidade, que foram (1 médica, 2 enfermeiras, 2 dentistas) foram capacitadas para que formássemos uma equipe com treinamento específico para realização da intervenção.

Num primeiro momento contamos com a participação de todos os profissionais que trabalham na unidade para a divulgação do grupo e para recrutar os interessados em cessar o tabagismo, foi criada uma lista de pacientes com interesse. Após 30 nomes na lista, contamos com a colaboração de 3 agentes comunitárias de saúde que demonstraram interesse em participar ativamente da organização do grupo, para que ligassem para todos os interessados e agendamos dias para que passassem pela primeira avaliação.

A primeira avaliação o paciente passava por uma triagem com 2 técnicos de enfermagem para avaliar temperatura, pressão arterial, frequência cardíaca, frequência respiratória, peso, altura, idade e dados para cadastramento. Após tinha avaliação com uma das enfermeiras que realizava o Teste de Fagerström para determinar o grau de dependência à nicotina. Descrito o teste abaixo com resultados de acordo com a pontuação determinando se é grau muito baixo, baixo, médio, elevado, muito elevado.

1. Em quanto tempo depois de acordar você fuma o primeiro cigarro? • Dentro de 5 minutos (3) • 6-30 minutos (2) • 31-60 minutos (1) • Depois de 60 minutos (0)

2. Você acha difícil ficar sem fumar em lugares onde é proibido (por exemplo, na igreja, no cinema, em bibliotecas, e outros.)? • Sim (1) • Não (0)

3. Qual o cigarro do dia que traz mais satisfação? • O primeiro da manhã (1) • Outros (0)

4. Quantos cigarros você fuma por dia? • Menos de 10 (0) • De 11 a 20 (1) • De 21 a 30 (2) • Mais de 31 (3)

5. Você fuma mais frequentemente pela manhã? • Sim (1) • Não (0)

6. Você fuma mesmo doente quando precisa ficar na cama a maior parte do tempo?  
• Sim (1) • Não (0) Resultado: Avaliação do resultado Dependência (soma dos pontos):  
• 0-2: muito baixa • 3-4: baixa • 5: média • 6-7: elevada • 8-10: muito elevada

Ao terminar a avaliação com a enfermeira passa por uma anamnese e exame físico com o médico, avaliando doenças crônicas que apresentam, história prévia de patologias, cirurgias, fatores de risco. Após a avaliação médica encaminhávamos para avaliação

odontológica para determinar patologias bucais e então começavam um acompanhamento e tratamento odontológico concomitante.

Concluídas as avaliações em saúde física iniciamos o grupo de apoio para cessação de tabagismo. Foi seguido o roteiro estabelecido pela capacitação, com encontros semanais no primeiro mês. Após o primeiro mês mantivemos encontros quinzenais no segundo e terceiro mês e encontros mensais após o terceiro mês para manter o contato, vínculo e um meio de trazer o paciente de volta caso tivesse recaída para ter um resgate ou estivesse fragilizado como tentativa de impedir a recaída.

O primeiro mês foi abordado os seguintes assuntos: 1º encontro: Entender por que se fuma e como isso afeta a saúde. Nesse primeiro encontro mostramos um vídeo intitulado “como você quer envelhecer?” que apresenta a diferenciação entre uma pessoa envelhecendo saudável e outra com consequências de escolhas não saudáveis; 2º encontro: Os primeiros dias sem fumar; 3º encontro: Como vencer os obstáculos para permanecer sem fumar; 4º encontro: Benefícios obtidos após parar de fumar.

Cada encontro era dividido em apresentação, informação sobre o assunto estabelecido no livro, atenção para cada indivíduo do grupo falar sobre suas experiências conforme sua vontade, nesse momento contamos com a presença de um ex-tabagista que cessou há 6 anos e dava o seu relato como forma de estimular os participantes, relembrar em tópicos rápidos e estabelecer metas para a semana e encerramento.

Após o primeiro mês não tinha um tema estabelecido, era livre, se tornava mais um grupo de terapia para que eles pudessem expor o que estavam passando em casa, como estava sendo lidar com a falta da nicotina, muitos abordavam como um “divórcio”, sendo o cigarro seu companheiro de muitos anos e os abalos desse rompimento. Relatavam como a família vinha enfrentando os desafios da oscilação de humor, e todos os outros efeitos que apresentavam. E após os 3 meses quando tínhamos os encontros mensais de manutenção também eram livres para uma sessão de terapia em grupo e fazíamos comemorações ha cada 3 meses sem fumar, cada um levava um alimento ou bebida para partilharmos aquele momento de conquista.

Após cada sessão desde o início tinha um momento individual no consultório para abrir espaço para o paciente relatar algo que não tenha relatado na sessão em grupo, para se sentir mais confortável para depositar qualquer angústia que poderá ter. Esse espaço individual também era utilizado para renovar as prescrições das medicações, nos grupos que realizei foram utilizados adesivos de nicotina de 7, 14 e 21mg dependendo da quantidade de cigarros ingeridos por cada um e como medicação via oral a Bupropiona 150mg, 2 vezes ao dia. Essas medicações foram utilizadas apenas para alguns dos participantes, de forma bem individualizada conforme a necessidade e a cada semana reavaliado a necessidade da continuidade ou cessação do uso.

Também tínhamos uma lista na recepção com os nomes dos participantes dos grupos para que pudessem ter um acesso facilitado a consulta e disponibilizávamos alguns horários



semanais para eles se precisassem de um acolhimento, tanto com a enfermagem quanto com a parte médica.

Desta forma, este projeto que tem como objetivo fortalecer as ações em saúde para reduzir o número de tabagistas e o número de cigarros consumidos por dia junto a população adscrita no ESF Otacílio Silveira - Cachoeirinha/RS, se propõe a intensificar o suporte psicológico com a máxima atenção possível aos participantes dos grupos, também com projetos de implementar palestras com outros profissionais que não pertencem a equipe que os acompanha frequentemente. As palestras pensadas com nutricionistas, educadores físicos, dentistas, para reforçar os hábitos saudáveis e dar um suporte no possível ganho de peso que pode desestimular alguns participantes, entre outros benefícios que traria. Planejado também palestra com pneumologista, cardiologista e cirurgião vascular para fortalecer ainda mais os objetivos dos participantes permanecerem longe do vício, mostrando as consequências de um seguimento naquele hábito do tabagismo e reafirmando todos os benefícios que tem com a cessação do fumo. Nos propomos também a realizar palestras nas escolas da comunidade como público alvo os adolescentes, como meio de prevenir a iniciação do tabagismo. Para compor outras medidas associadas ao tratamento descrito acima, contaríamos com a prática de auriculoterapia nos integrantes do grupo, realizada pelo enfermeiro que integra a equipe que apresenta especialização para essa prática. A intenção é realizar a auriculoterapia ao final das sessões do primeiro mês.

Tabela 1 – Planejamento de ações

	atividades	Frequên- cia dos encontros
Mês 1	Encontros abordando os temas preconizados pelo INCA, auriculoterapia ao final das sessões, consulta individual com cada participante para finalizar o encontro.	Semanal
Mês 2	Encontros com temas livres, terapia em grupo, Palestras com especialidades e manutenção do tratamento.	Semanal
Mês 3	Encontros com temas livres, terapia em grupo, Palestras com especialidades e manutenção do tratamento.	Semanal
Mês 4	Encontros com temas livres, terapia em grupo	Mensal
Mês 5	Encontros com temas livres, terapia em grupo	Mensal
Mês 6	Encontros com temas livres, terapia em grupo	Mensal
Mês 7	Encontros com temas livres, terapia em grupo	Mensal
Mês 8	Encontros com temas livres, terapia em grupo	Mensal
Mês 9	Encontros com temas livres, terapia em grupo	Mensal
Mês 10	Encontros com temas livres, terapia em grupo	Mensal
Mês 11	Encontros com temas livres, terapia em grupo	Mensal
Mês 12	Encontros com temas livres, terapia em grupo	Mensal

## 5 Resultados Esperados

Obtivemos bons resultados até o momento frente ao combate ao tabagismo na comunidade da USF Otacílio Silveira. A estratégia foi interrompida devido a pandemia do coronavírus em que grupos foram suspensos nas unidades. O planejamento é retornar as atividades e dar seguimento a esse trabalho ao final da pandemia.

Até o momento foram iniciados dois grupos, um teve início das atividades em junho/2019 concluindo o trimestre de encontros mais intensificados e dando seguimento em grupos de manutenção após esse período. O outro grupo iniciou em setembro/2019 com a mesma estratégia de logística.

No primeiro grupo, de junho/2019 foram chamados para participar 20 pessoas, 17 compareceram para as avaliações pré-grupo. Dessas 17 pessoas, 13 iniciaram o grupo. Entre as 13 pessoas que iniciaram as atividades, 2 desistiram durante o primeiro mês e as outras 11 seguiram até o final. Tivemos o resultado de cessação do tabagismo com 8 pessoas até o final do primeiro mês, e um integrante reduziu em 50% o consumo do tabaco, dentre as 11 que seguiram sendo acompanhadas. Em relação às medicações utilizadas tínhamos a disposição pela prefeitura os adesivos de nicotina (doses de 7,14 e 21mg) que foram utilizados em 7 participantes. Também era ofertado pelo município comprimidos de Bupropiona 150mg que foram usados inicialmente com 11 participantes, sendo que 5 usaram durante 45 dias e depois suspenderam, 5 usaram durante 30 dias e após suspenderam e 1 usou durante 15 dias e já encerrou o uso. Dos 11 que participaram das sessões no primeiro mês de forma integral, todos eles seguiram em acompanhamento até completar o trimestre e nas sessões de manutenção após os primeiros 3 meses apenas 6 seguiram acompanhando e 2 retornaram com o uso do tabaco em quantidades menores.

No segundo grupo, de setembro/2019 foram chamados para participar 20 pessoas, 16 compareceram para as avaliações pré-grupo. Dessas 16 pessoas, 15 iniciaram o grupo. Entre as 15 pessoas que iniciaram as atividades, 5 desistiram durante o primeiro mês e as outras 10 seguiram até o final. Tivemos o resultado de cessação do tabagismo com 8 pessoas até o final do primeiro mês, os outros dois que não cessaram não tiveram sucesso nem na tentativa de redução do consumo. Em relação às medicações, os adesivos de nicotina foram utilizados em 7 participantes. Quanto aos comprimidos de Bupropiona 150mg foram usados inicialmente com os 10 participantes, sendo que 3 usaram durante 30 dias e depois suspenderam, 3 usaram durante 60 dias e após suspenderam e 3 usaram durante 90 dias. Dos 10 que participaram das sessões no primeiro mês de forma integral, todos eles seguiram em acompanhamento até completar o trimestre e nas sessões de manutenção após os primeiros 3 meses apenas 5 seguiram acompanhando e 1 teve recaída que demonstrou interesse de participar novamente quando retornarem os grupos.

Os relatos dos participantes convergiam para a importância do grupo como um su-

porte, importante aliado no combate ao vício. Afirmavam que era como uma bengala para reaprender a andar sem o “companheiro de anos da vida”. Relatam que o vínculo ao grupo e o apoio emocional muitas vezes era o que não os faziam desistir da luta contra o vício. As medicações também tinham grande importância no momento inicial com as questões físicas da dependência e também psicológicas. E o principal fator que garantia o sucesso da batalha era a vontade do próprio participante de cessar o uso do tabaco. Os participantes que tinham o apoio familiar também relatavam uma facilidade maior em passar pelo processo, pois muitos tinham outros tabagistas em casa e conviviam com o rival e a tentação na própria casa.

Visto a importância do grupo para o sucesso da cessação do tabagismo, temos o planejamento de iniciar novos grupos a cada 3 meses, totalizando 4 grupos por ano. Cada grupo por enquanto começando com máximo de 20 pessoas visto que o vínculo estabelecido é melhor quando o grupo não é tão grande, e os participantes sentem-se mais acolhidos e mais a vontade de expor suas angústias. Espera-se que em cada grupo novo de 20 pessoas, 10 integrantes (50%) tenham sucesso na cessação, 25% (5 pessoas) desistam do grupo, com isso o planejamento para os próximos grupos pode ser de aumentar o número de pacientes chamados para a participação no grupo. E acredita-se que os outros 5 integrantes que não cessarem o uso, pelo menos 3 deles diminuam o número de cigarros por dia.

Vimos no decorrer dos grupos realizados, e esperamos que se perpetue nos próximos, a importância de um suporte psicológico associado às medidas farmacológicas quando necessário, esse suporte como o instrumento mais importante depois da vontade do participante em interromper o vício. Também concluímos que trazer informações de malefícios do fumo e benefícios da cessação dele complementa a terapêutica para os pacientes e os motiva no propósito. Consideramos uma atividade importante também a de realizar palestras para os adolescentes visto que é o principal período de iniciação do tabagismo, e associado a realidade da comunidade que tem diversos pontos de tráficos e esse hábito de fumar bem acentuado. Trazer exemplos de outras possibilidades para essas pessoas é um fator significativo no combate e prevenção do tabagismo.

## Referências

- ECHER, I. C. et al. tabagismo em uma escola de enfermagem do sul do brasil. *Texto Contexto Enfermagem*, v. 20, n. 1, p. 152–159, 2011. Citado na página 15.
- KAPLAN, H. I.; SADOCK, B. J.; GREBB, J. A. *compêndio de psiquiatria: ciências do comportamento e psiquiatria clínica*. Porto Alegre: Artmed, 1997. Citado na página 16.
- MARQUES1, R. P. Um estudo de caso sobre o fumo, o uso dos cachimbos e as práticas de fumar entre os mbyÁ-guarani (rs). *Espaço Ameríndio*, v. 6, n. 1, p. 97–118, 2012. Citado na página 15.
- PORTES, L. H. et al. A política de controle do tabaco no brasil: um balanço de 30 anos. *Ciência Saúde Coletiva*, v. 23, n. 6, p. 1837–1848, 2018. Citado na página 15.
- SILVA, C. A. R. da. Composição química da fumaça do cigarro. *Jornal Brasileiro de Pneumologia*, v. 30, n. 2, p. 8–10, 2004. Citado na página 16.
- SPINK, M. J. P. Ser fumante em um mundo antitabaco: reflexões sobre riscos e exclusão social. *Saúde e Sociedade*, v. 19, n. 3, p. 481–496, 2010. Citado na página 15.
- VIEGAS, C. A. de A. *Tabagismo do diagnóstico à saúde pública*. São Paulo: Atheneu, 2007. Citado na página 15.