



UNIVERSIDADE FEDERAL DE SÃO PAULO
UNIVERSIDADE ABERTA DO SUS

NATAMI SARRACINI

TABAGISMO ZERO: TRABALHANDO FORMAS DE ELIMINAR O VÍCIO COM OS
PACIENTES DA UNIDADE BÁSICA SANTA CLARA EM NOVO HORIZONTE-SP.

SÃO PAULO
2017

NATAMI SARRACINI

TABAGISMO ZERO: TRABALHANDO FORMAS DE ELIMINAR O VÍCIO COM OS
PACIENTES DA UNIDADE BÁSICA SANTA CLARA EM NOVO HORIZONTE-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: MICHELE PEIXOTO QUEVEDO

SÃO PAULO
2017

Resumo

O tabagismo é a maior causa evitável de morbidade e mortalidade no mundo ocidental. Há tratamentos cognitivos-comportamentais e farmacológicos que auxiliam a redução do consumo, trazendo um excelente prognóstico para aqueles que conseguem parar de consumir o tabaco. E, com base nesses tratamentos, a equipe da Unidade Básica da Santa Clara irá trabalhar com os pacientes, por meio de sessões de conversas em grupo e consultas individuais, contribuindo para cessação do vício e, conseqüente, diminuição das doenças crônicas não transmissíveis causadas pelo cigarro.

Palavra-chave

Tabagismo. Promoção da Saúde. Prevenção de Doenças.

Introdução

O tabagismo é a maior causa evitável de morbidade e mortalidade no mundo ocidental (GOLDMAN e SCHAEFER, 2014). No Brasil, é responsável por 200 mil óbitos anuais, representando fator causal de 85% das mortes por doença pulmonar crônica (bronquite e enfisema), 30% dos óbitos por diversos tipos de câncer (pulmão, boca, laringe, faringe, esôfago, pâncreas, rim, bexiga, colo de útero, estômago e fígado), 45% das mortes por doença coronariana (angina e infarto) e 25% das mortes por doenças cerebrovasculares (acidente vascular cerebral) (INCA, 2007).

Nos dias de hoje, mais de um bilhão de pessoas são fumantes no mundo, e estima-se que em 2030, poderá chegar a dois bilhões. A maioria destes fumantes estará nos países em desenvolvimento (WUNSCH et al., 2010). Estima-se que o cigarro irá causar cerca de 450 milhões de mortes em todo o mundo nos próximos 50 anos, porém se diminuísse a prevalência do tabagismo em 50% evitaria de 20 a 30 milhões de mortes prematuras no primeiro quarto deste século e 150 milhões no segundo quarto (GOLDMAN e SCHAEFER, 2014).

A fumaça do cigarro tem mais de 4,7 mil substâncias tóxicas (BRASIL, 2014). Dentre elas, tem-se a nicotina, que cruza a barreira hematoencefálica e estimula receptores nicotínicos de acetilcolina do cérebro, responsável pela dependência ao tabaco. Essa é ainda responsável pelos efeitos agudos associados ao tabaco, que na maioria das vezes são mediados por catecolaminas levando ao aumento do batimento cardíaco, da pressão arterial, do fluxo nas artérias coronárias, da contratilidade cardíaca e da fração de ejeção. Devido a essas substâncias tóxicas há: um aumento da probabilidade dos fumantes serem acometidos por arritmia, parada cardíaca, refluxo pilórico, úlceras pépticas, piora da cicatrização, cânceres, agravamento de doenças como asma, bronquite e, em gestantes fumantes podem ocasionar hipóxia no feto, parto prematuro, síndrome de morte súbita em recém-nascido, aborto espontâneo e complicações no parto (ROBBINS & COTRAN, 2005). Mesmo os não fumantes expostos à fumaça do tabaco estão sob maior risco de desenvolverem câncer (WUNSCH et al., 2010). O tabagismo passivo aumenta em 30% o risco para câncer de pulmão e 24% o risco para infarto (BRASIL, 2014).

Além dos inúmeros malefícios consequentes do tabagismo já citados, é notável também a síndrome de abstinência (PLANETA e CRUZ, 2005), que se caracteriza pela dependência psicológica, comportamental e física (GARCIA et al.; 2012). É um estado que resulta das adaptações dos diferentes sistemas afetados pela droga. Essas adaptações se manifestam como tolerância, durante o uso da droga, e como abstinência na suspensão de seu uso (BRASIL, 2014). A dependência pode manifestar-se como: depressão, insônia, desejo exacerbado pelo tabaco, bradicardia, desconforto gastrointestinal, aumento do apetite, ganho de peso, dificuldade de concentração, ansiedade e disforia (PLANETA e CRUZ, 2005).

Devido aos efeitos desse vício, os fumantes tem grande dificuldade em cessar o tabagismo sem auxílio médico, ou, os que conseguem geralmente são os que tem baixo grau de dependência, verificados pela teste de Fagerstrom. Por tais razões seria importante proporcionar os esclarecimentos através dos tratamentos psicossociais com as intervenções breves, motivacionais e as terapias cognitivo-comportamentais, e, com as terapias

farmacológicas de substituição da nicotina como adesivos, gomas, pastilhas, spray nasal e inalador de vapor. Destaca os medicamentos não nicotínicos utilizados como primeira linha são o bupropiona (INCA, 2007) e vareniclina (GOLDMAN e SCHAEFER, 2014) e, em segunda linha, são nortriptilina e clonidina (INCA, 2007). Para diminuir o consumo do tabaco poderiam ser utilizados esses medicamentos citados nos pacientes atendidos na Unidade Básica de Saúde Santa Clara de Novo Horizonte-SP. O prognóstico para os fumantes de cigarro que param de fumar é excelente em termos de anos e qualidade de vida (GOLDMAN e SCHAEFER, 2014).

Objetivos (Geral e Específicos)

Objetivo geral:

Diminuir o consumo do tabaco através de medidas comportamentais e farmacológicas.

Objetivos específicos:

- 1) Esclarecer sobre os malefícios do tabaco e sua fisiopatologia
- 2) Trabalhar medidas comportamentais e farmacológicas para eliminar o vício.

Método

Local: O projeto visa ser implantado no município de Novo Horizonte/SP.

População alvo e participantes: o alvo é a população atendida na Unidade Básica de Saúde Santa Clara, devido ao grande número de pacientes atendidos com dificuldade de cessar com o próprio vício. Os participantes seriam: gestores do município, os pacientes, médica e enfermeira.

Ações: Palestras informativas em grupo, consultas individuais e uso de medicações de acordo com a necessidade de cada paciente para melhor resposta ao tratamento anti tabagismo.

Avaliação:

Clínica no momento de admissão (o perfil do fumante, grau de motivação pelo modelo transteórico de Prochaska e DiClemente (quadro 1), grau de dependência da nicotina pelo Teste de Fagerström (quadro 2), indicação e/ou contra indicação de apoio medicamentoso, comorbidades psiquiátricas, história clínica e exame físico.

Abordagem cognitivo-comportamental (modelo de intervenção centrado na mudança de crenças e comportamentos que levam um indivíduo a lidar com uma determinada situação), através de reuniões em grupos de 10 a 15 pessoas, utilizando o manual do participante

“Deixando de fumar sem mistérios” lançados pelo Ministério da Saúde e Instituto Nacional De Câncer José Alencar Gomes da Silva (INCA), em 2011.

Monitoramento:

-Primeiro mês, seria quatro sessões de uma hora e meia, uma vez por semana.

-No segundo mês, sessões quinzenais de uma hora de duração.

-Do terceiro ao décimo segundo mês, reuniões mensais de manutenção de uma hora.

-Após cada encontro em grupo, teria os atendimentos individuais para verificar a necessidade de ajuste das medicações. O apoio de medicamentos visa minimizar os sintomas da síndrome de abstinência. Esse é indicado para pacientes que fumam 20 ou mais cigarros por dia; ou que fumam o 1º cigarro até 30 minutos após acordar e fumam, no mínimo 10 cigarros por dia; ou com Teste de Fagerström igual ou maior do que 5; ou tentaram parar com abordagem cognitivo comportamental, e não conseguiram devido a sintomas de abstinência insuportáveis; ou critério clínico, não havendo contraindicações clínicas. Os medicamentos mais utilizados atualmente no programa nacional de controle do tabagismo são os de reposição de nicotina: adesivo transdérmico, goma de mascar e pastilhas. Já o não nicotínico é a bupropiona (MEIRELLES).

Quadro 1- modelo Prochaska e DiClemente

Pré-contemplação: Não há intenção de parar, nem mesmo uma crítica a respeito do conflito envolvendo o comportamento de fumar.

Contemplação: Há conscientização de que fumar é um problema, no entanto, há uma ambivalência quanto à perspectiva de mudança.

Preparação: Prepara-se para parar de fumar (quando o paciente aceita escolher uma estratégia para realizar a mudança de comportamento).

Ação: Pára de fumar (o paciente toma a atitude que o leva a concretizar a mudança de comportamento).

Manutenção: O paciente deve aprender estratégias para prevenir a recaída e consolidar os ganhos obtidos durante a fase de ação. Neste estágio pode ocorrer a finalização do processo de mudança ou a recaída.

Quadro 2 - Teste de Fagerström para a dependência à nicotina.

1) Quanto tempo após acordar você fuma seu primeiro cigarro?

(3) nos primeiros 5 minutos

(2) de 6 a 30 minutos

(1) de 31 a 60 minutos

(0) mais de 60 minutos

2)Você acha difícil não fumar em lugares proibidos?

(1) sim

(0) não

3)Qual o cigarro do dia que traz mais satisfação?

(1) o 1° da manhã

(0) os outros

4)Quantos cigarros você fuma por dia?

(0) menos de 10

(1) 11-20

(2) 21-30

(3) mais de 31

5)Você fuma mais frequentemente pela manhã?

(1) sim

(0) não

6)Você fuma mesmo doente, quando precisa ficar acamado a maior parte do tempo?

(1) sim

(0) não

Total: 0-2 = muito baixa; 3-4 = baixa; 5 = média; 6-7 = elevada; 8-10 = muito elevada

Resultados Esperados

Espera-se com este projeto diminuir o consumo do tabagismo entre os pacientes atendidos na Unidade Básica de Saúde da Santa Clara, em Novo Horizonte-SP, proporcionando mais informações sobre os malefícios ocasionados por ele, reduzindo as doenças crônicas não transmissíveis e melhorando a qualidade de vida desses pacientes, através das atividades em grupo, custeio das medicações quando necessárias, mudanças comportamentais e apoio dos profissionais da saúde da área.

Referências

BRASIL. Saúde, 2014. Disponível em <http://www.brasil.gov.br/saude/2014/08/cigarro-mata-mais-de-5-milhoes-de-pessoas-segundo-oms>. Acesso em 18 de março de 2017.

BRASIL. Ministério da Saúde. Instituto Nacional do Câncer - INCA. Abordagem e tratamento do fumante - Consenso 2001, pág 16, 2001.

GARCIA, Ana Flávia Granville et al.; Smoking among undergraduate students in the area of health, *Ciência e Saúde coletiva*, volume 17, Rio de Janeiro, 2012.

GOLDMAN, Lee; SCHAFER, Andrew I. Goldman Cecil Medicina, 24a edição, volume 1, cap 31, pág 173-177, 2014.

INCA. Instituto Nacional do Câncer. Tabagismo: Um grave problema de saúde pública, 2007. Disponível em http://www1.inca.gov.br/inca/Arquivos/t_Tabagismo.pdf. Acesso em 12 de abril de 2017.

MEIRELLES, Ricardo Henrique Sampaio. A metodologia do tratamento do tabagismo no SUS Portal Governo do Estado de São Paulo. Disponível em http://www.saude.sp.gov.br/resources/cve-centro-de-vigilancia-epidemiologica/areas-de-vigilancia/doencas-cronicas-n-o-transmissiveis/doc/dcnt/metodologia_do_tratamento_do_tabagismo_no_sus.pdf. Acesso em 12 de abril de 2017.

PLANETA, Cleópatra S; CRUZ, Fábio C. Bases neurofisiológicas da dependência do tabaco. *Revista de Psiquiatria Clínica*, volume 32, 2005.

ROBBINS & COTRAN. Bases patológicas das doenças. Patologia nutricional e ambiental. Rio de Janeiro-RJ, editora Elsevier, cap.9, p.438-439, 2005.

WUNSCH, Victor Filho; MIRRA, Antonio Pedro; LÓPEZ, Rossana V. Mendoza ; ANTUNES, Leopoldo F.; Tabagismo e câncer no Brasil: evidências e perspectivas; *Revista Brasileira de Epidemiologia*, São Paulo, v. 13, n. 2, p. 175-187, Jun. 2010.