UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
DEPARTAMENTO DE SAÚDE PÚBLICA
CURSO DE ESPECIALIZAÇÃO MULTIPROFISSIONAL NA ATENÇÃO BÁSICA 2015

Bruna de Matos Bauer

Programa de combate ao tabagismo no município de Camboriú-SC

Florianópolis, Março de 2016

Bruna de Matos Bauer

Programa de combate ao tabagismo no município de Camboriú-SC

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

Orientador: Bárbara de Oliveira Turatti
Coordenador do Curso: Prof. Dr. Antonio Fernando Boing

Florianópolis, Março de 2016

Bruna de Matos Bauer

Programa de combate ao tabagismo no município de Camboriú-SC

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.

Prof. Dr. Antonio Fernando Boing
Coordenador do Curso

Bárbara de Oliveira Turatti
Orientador do trabalho

Florianópolis, Março de 2016

Resumo

O tabagismo é a causa prevenível mais importante das Doenças Crônicas Não Transmissíveis (DCNT). No município de Camboriú/SC, tem se observado alta prevalência do tabagismo e de seus agravos. No entanto, a comunidade carece de ações no combate ao uso do tabaco. Este trabalho, tem como objetivo, elaborar um plano de intervenção com intuito de reduzir a prevalência do tabagismo e a morbimortalidade, associada ao uso do tabaco, através da implantação do primeiro grupo de controle do tabagismo do município de Camboriú. Serão implantadas ações programáticas, segundo o manual "Deixando de fumar sem mistérios" do Instituto Nacional do Câncer, de 2011, que consiste na seleção de 10-15 pacientes, que participarão do tratamento em grupo, baseado em 4 sessões semanais iniciais, e, após, seguimento de prevenção de recaída, com foco na terapia cognitivo-comportamental e, nos casos indicados, na terapia medicamentosa. Espera-se, que com a implantação do grupo de controle do tabagismo, ocorra, não só a maior adesão dos pacientes ao tratamento com aumento da efetividade da abordagem para o abandono definitivo, mas também o incentivo à equipe de saúde envolver-se em mais atividades coletivas com foco, não somente curativo, mas sobretudo, de promoção à saúde. Além disso, almeja-se encorajar o empoderamento do paciente no autocuidado.

Palavras-chave: Abandono do Hábito de Fumar, Tabagismo, Educação em Saúde, Promoção da Saúde

Sumário

1 INTRODUÇÃO 9

2 OBJETIVOS 11
2.1 Objetivo Geral 11
2.2 Objetivos Específicos 11

3 REVISÃO DA LITERATURA 13
3.1 Epidemiologia do Tabagismo 13
3.2 Consequências do uso do tabaco para a Saúde 14
3.3 Estratégias para controle do Tabaco 15

4 METODOLOGIA 17

5 RESULTADOS ESPERADOS 19

REFERÊNCIAS 21

1 Introdução

A cidade de Camboriú, situada no Vale do Itajaí, no estado de Santa Catarina, conta com uma população aproximada de 62.361 habitantes e área total de 212,3 km^2 (IBGE, 2015). A rede de atenção primária de saúde do município conta com nove Unidades Básicas de Saúde.

A Unidade de Saúde Areias, onde atuo, fica no bairro Areias, que possui aproximadamente 11mil habitantes, distribuídos em 31 loteamentos, sendo na sua maioria composta por idosos, de média e baixa renda e baixa escolaridade. Possui água tratada, mas sem rede de esgoto.

As residências são predominantemente de alvenaria. Há muitas entidades religiosas, com destaque para a Igreja Nossa Senhora do Bom Sucesso e entidades públicas, tais como, a Creche CEI Neide Merisio, a Escola Municipal Clotilde, a Unidade de Saúde Areias e a Academia de Saúde.

No momento, a população adscrita da área em que haverá a intervenção é de 3728 habitantes e abrange 5 microáreas cobertas e 1 microárea descoberta. A equipe é composta por 1 médico, 1 enfermeiro, 2 técnicos de enfermagem e 5 agentes comunitários de saúde (BRASIL, 2015).

A equipe realiza seus atendimentos de acordo com a demanda espontânea no período da manhã e no período da tarde a demanda é agendada para realização de consultas de pré-natal, puericultura, hipertensos e diabéticos,além de visitas domiciliares, realizadas quinzenalmente.

A avaliação do perfil epidemiológico, identificou como os principais agravos: hipertensão arterial sistêmica, diabetes mellitus, doenças relacionadas à saúde mental e doenças osteoarticulares.

Conforme a análise do diagnóstico situacional da área, identificou-se a necessidade de intensificação de ações programáticas no combate aos fatores de risco para as principais causas de morbimortalidade.

Considerando que o tabagismo é a causa prevenível mais importante para o desenvolvimento das Doenças Crônicas Não Transmissíveis (DCNT) – como câncer, doenças pulmonares e cardiovasculares, torna-se de inexorável importância a implantação de estratégias no combate e controle do tabagismo na atenção primária (MALTA; NETO; JUNIOR, 2011).

Como resposta a este problema, no ano de 2014, foi realizado uma tentativa de intervenção de combate ao tabagismo a partir da abordagem individual durante as consultas médicas. No entanto, não houve sucesso de tal estratégia, devido à baixa adesão dos pacientes e tempo de consulta limitado para abordagem adequada.

Diante disso, será implementado o primeiro programa de combate ao tabagismo no

município através da abordagem em grupo, uma vez que possibilita não só a troca de experiências entre os participantes, aspecto que contribui substancialmente para o processo de cessação, mas também permite que um número maior de usuários seja tratado, tornando-se uma estratégia mais custo-efetiva do que a abordagem individual.

2 Objetivos

2.1 Objetivo Geral

Reduzir a prevalência de tabagistas e a consequente morbimortalidade relacionada ao uso do tabaco no município de Camboriú- SC.

2.2 Objetivos Específicos

Desenvolver um grupo multiprofissional para abordagem e tratamento do tabagismo.

Identificar pacientes tabagistas aptos a ingressarem no grupo.

Promover atividades de educação em saúde com os participantes do grupo e divulgação de informações para a comunidade.

3 Revisão da Literatura

3.1 Epidemiologia do Tabagismo

O tabagismo é reconhecido como uma doença epidêmica que causa dependência física, psicológica e comportamental.

Define-se como fumante regular aquele com consumo superior a 100 cigarros na vida e que continua fumando e como fase de experimentação aquele com exposição menor a este valor (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2003).

O uso de tabaco, representa a principal causa, evitável, de mortes prematuras e doenças no mundo, estando associado a 85% das mortes por doença pulmonar crônica, 30% por diversos tipos de câncer, 25% por doença coronariana e 25% por doenças cerebrovasculares (OMS; OPAS, 1998).

Estima-se que ele seja responsável por aproximadamente 90% dos casos de câncer pulmonar, 56-80% dos casos de doença pulmonar obstrutiva crônica (DPOC) e 22% das doenças cardiovasculares. Além disso, está associado a outros diversos tipos de câncer tabaco- relacionados, como o de orofaringe, bexiga, pâncreas, laringe, esôfago, cólon e colo do útero.

No Brasil, de acordo com o Departamento de Atenção Básica do Ministério da Saúde (2015), o câncer é a segunda causa de morte por doença e tem, entre seus fatores de risco, o fato de que 90% dos cânceres de pulmão e 30% de todos os tipos de câncer são devidos ao tabagismo, o que gera grandes gastos com tratamentos e internações, devido ao aumento da morbi-mortalidade relacionada ao fumo.

Em relação à saúde materno- infantil, o tabagismo aumenta o risco de crescimento intrauterino reduzido e trabalho de parto prematura.

As consultas de pré-natal, portanto, representam em uma janela de oportunidade para o aconselhamento para a interrupção dessa dependência..

Segundo dados da OMS, mais de cinco milhões de pessoas morrem a cada ano decorrente de doenças relacionadas com o consumo do tabaco (OMS; OPAS, 2008).

Um estudo prospectivo realizado no Reino Unido, revelou que o ato de parar de fumar, ainda que com idade mais avançada, aumenta a expectativa de vida das pessoas.

Os fumantes que abandonaram o tabaco aos 60 anos conquistaram pelo menos 3 anos de vida adicionais na expectativa de vida; aqueles que interromperam o tabagismo aos 50 anos ganharam 6 anos; e os que o fizeram aos 40 ganharam cerca de 9 anos.

Já os que pararam antes da meia idade, ganharam aproximadamente dez anos de vida e tiveram anos de sobrevida similares às de pessoas que nunca fumaram (DOLL et al., 2004).

No Brasil, em 1989, 34,8% da população acima de 18 anos era fumante, já em 2013, o percentual total de adultos fumantes era de 14,7 % (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2003)

Os principais fatores de risco para o tabagismo na literatura são: sexo masculino, baixo grau de escolaridade, baixa nível socioeconômico e raça/cor preta (DEPARTAMENTO DE ATENÇÃO BÁSICA DO MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2015).

Segundo dados da Pesquisa Nacional de Saúde de 2013, a prevalência de tabagistas foi mais elevada entre homens(19,2%) do que entre mulheres (11,2%), nos moradores da área rural (17,4%) em comparação com a urbana (14,6%), naqueles com menor grau de escolaridade e com idade entre 40-59 anos.

Além disso, a região Sul destacou-se por apresentar a maior prevalência entre as grandes regiões (IBGE - FIOCRUZ, 2014).

Indivíduos com transtorno depressivo ou distímico apresentam risco aumentado de dependência ao tabaco. (APA, 2008)

3.2 Consequências do uso do tabaco para a Saúde

Sabe-se que grande parte da combustão do fumo espalha-se pelo ambiente, dando origem a chamada Poluição Tabagística Ambiental.

Estima-se que o produto dessa fumaça exalada contém cerca de três vezes mais nicotina e monóxido de carbono e até 50 vezes mais substâncias cancerígenas do que a fumaça inalada pelo fumante ativo, uma vez que esta passa pelo filtro do cigarro.

Deste modo, o fumante passivo é aquele que, não sendo fumante por vontade própria, é obrigado a respirar pela via atmosférica o ar que contém o fumo do tabaco, pela gravidez e/ou pelo aleitamento materno (RIOS; ROSAS; MACHADO, 2005)

O fumo passivo pode causar desde efeitos imediatos, tais como: irritação ocular e doenças respiratórias, até efeitos tardios como DPOC, doenças cardiovasculares e neoplasias nos adultos e morte súbita, redução do crescimento e da função pulmonar nas crianças.

Sabe-se que as crianças são as mais afetadas, já que apresentam a frequência respiratória mais elevada que a dos adultos e muitas vezes são expostas desde o ambiente intraútero.

Além de disso, o tabagismo passivo contribui também para a diminuição na fertilidade de homens e mulheres (FIORE et al., 2008).

Deve-se considerar que além do dano direto à saude, o tabagismo gera um ônus econômico significativo para a sociedade, já que apresenta elevados custos para o tratamento de suas comorbidades e gera redução de produtividade e aposentadorias precoces.

A nicotina é a substância psicoativa responsável pelo desenvolvimento da adicção. Além dessa substância, os tabagistas inalam mais de 4.720 substâncias tóxicas, além de 43 substâncias reconhecidas como cancerígenas (ROSEMBERG, 2003).

O dano causado pelo tabaco à saúde apresenta relação dose-dependente, ou seja, está diretamente relacionado à intensidade e ao tempo de exposição ao uso do tabaco (HEALTH; USDHHS, 2004).

3.3 Estratégias para controle do Tabaco

O Brasil é considerado referência mundial no controle do tabaco, resultado de um longo trabalho, iniciado em 1979, quando foi criado o primeiro programa nacional de combate ao fumo sob liderança da Sociedade Brasileira de Cancerologia (ROMERO; SILVA, 2011).

No entanto, foi a partir de 1988, com da criação do SUS e a crescente valorização da promoção de saúde, que houve a ampliação e organização efetiva dessas iniciativas.

A partir de 1989, o combate ao tabaco passa a ser articulado pelo Ministério da Saúde, através do Instituto Nacional de Câncer, que propôs um conjunto de ações nacionais, que compõem o Programa Nacional de Controle do Tabagismo (PNCT).

O PNCT promove ações educativas e de atenção à saúde, tais como, a rede de tratamento do tabagismo no SUS, o Programa Saber Saúde, as campanhas e a promoção de ambientes livres (INCA, 2016).

Em 2003 foi adotada pela OMS a Convenção-Quadro para Controle do Tabaco (CQCT), com o objetivo de conter a epidemia global do tabagismo.

Em novembro de 2005, o Brasil ratificou a CQCT e o Programa Nacional de Controle do Tabagismo (PNCT) passou então a fazer parte da Política Nacional de Controle do Tabaco.

No período de 1989 a 2010, a queda do percentual de fumantes no Brasil foi de 46%, como consequência das Políticas de Controle do Tabagismo implementadas, estimando-se que um total de cerca de 420.000 mortes foram evitadas neste período.

Percebe-se, portanto, que apesar do Brasil ser o segundo maior produtor e exportador mundial de tabaco, houve importante avanço no controle do tabagismo, graças as ações educativas e legislativas implementadas, com destaque para a proibição do fumo em recintos públicos, a impressão de imagens de impacto nos maços de cigarro, as restrições à publicidade e a inclusão do tratamento gratuito na atenção básica.

Apesar disso, estudos demonstram que apenas 3% dos tabagistas com intenção de cessar o uso do tabaco, conseguem abandonar o cigarro definitivamente. Destes, a grande maioria o faz sem qualquer auxílio profissional, o que evidencia o grande potencial a ser explorado pelos serviços de saúde (CINCIPRINI et al., 1997) (KAHENDE et al., 2009)

Por entender que a atenção básica é a principal porta de entrada do usuário no Sistema Único de Saúde e possibilita a atenção integral e continuada do paciente, propiciando maior efetividade do processo, o Ministério da Saúde publicou, em 2013, nova portaria, definindo esse serviço, como a referência para o tratamento do tabagismo (BRASIL, 2013).

O tratamento do tabagismo tem apresentado ótima relação custo-efetividade, tanto quanto o ofertado para diabetes e hipertensão na atenção básica, representando uma importante estratégia de promoção de saúde (FIORE et al., 2008) (KAHENDE et al., 2009) .

4 Metodologia

A metodologia envolveu revisão literária e elaboração do plano de intervenção.

Na busca bibliográfica foram utilizados os seguintes descritores: Tabagismo, Controle do tabagismo e Atenção Primária, nas bases de dados do Scientific Eletronic Library Online (SciELO), da Literatura Latino Americana e do Caribe em Ciências de Saúde (LILACS) e da Biblioteca Virtual em Saúde (BVS). Não houve definição quanto ao período pesquisado.

A intervenção será desenvolvida no município de Camboriú, no Centro de Atendimento Psicossocial (CAPS), devido à fácil acessibilidade e disponibilidade de sala para as reuniões.

O primeiro passo será o reconhecimento e acolhimento do paciente tabagista da área adstrita da unidade de saúde Areais.

A avaliação inicial consiste na realização de consulta médica para investigação de comorbidades, da motivação para a cessação do tabagismo e para a classificação do grau de dependência nicotínica pelo Questionário de Tolerância Fagerström. Esta ferramenta representa uma medida quantitativa, de 0 a 10 pontos, sendo a adicção à nicotina maior quanto mais alta seja a pontuação.

As atividades previstas no programa são: seleção dos pacientes com pontuação elevada no Questionário de Tolerância Fagerström e portadores de comorbidades tabaco-relacionadas, cadastro dos pacientes e organização de grupos para cessação do tabagismo.

Serão incluídos neste projeto de 10 a 15 pacientes tabagistas, que apresentem escore na escala de Fagerstrom maior que 6 e estejam motivados para a interrupção do hábito tabágico. Serão membros responsáveis pelo projeto uma equipe multiprofissional, composta por 1 médico, 1 psicóloga e 1 enfermeira.

Para a implantação do programa serão realizadas as adequações e estratégias segundo recomendação do Ministério da Saúde:

- Capacitar profissionais de saúde de nível universitário, das categorias profissionais constantes da Portaria SAS/MS 442/04: médico, enfermeira e psicóloga, segundo modelo preconizado pelo Programa Nacional de Controle do Tabagismo.

As sessões serão conduzidas em grupos de acordo com o manual do Ministério da Saúde "Deixando de Fumar sem Mistérios".

O programa consiste, inicialmente, em quatro sessões de grupo, que trabalham com foco na abordagem cognitivo-comportamental, usando a interação de grupo para incentivar e apoiar as mudanças individuais.

Os encontros têm duração de cerca de uma hora e meia, ocorrendo semanalmente durante um mês, posteriormente em acompanhamentos quinzenais por 3 meses e, finalmente,

agenda-se encontros mensais até que se complete 6 meses entre tratamento e acompanhamento, no sentido de prevenir as recaídas.

As sessões são divididas em:

1ª Entender por que se fuma e como isso afeta a saúde;

2ª Os primeiros dias sem fumar;

3ª Como vencer os obstáculos para permanecer sem fumar; e

4ª Os benefícios obtidos ao parar de fumar.

No decorrer de tais etapas, todos os participantes do grupo são avaliados e, a depender da necessidade e da avaliação médica, terão suporte medicamentoso, conforme preconiza o programa.

Serão utilizados os seguintes critérios para a inclusão da farmacoterapia: consumo de 20 ou mais cigarros por dia, fumar o primeiro cigarro até 30 minutos após acordar com consumo mínimo de 10 cigarros por dia, escore de Fagerström igual ou maior a cinco, tentativa anterior sem êxito devido a sintomas de abstinência à nicotina e não haver contraindicações clínicas para o tratamento.

Os medicamentos disponibilizados serão a Terapia de Reposição de Nicotina (TRN) na forma de adesivo transdérmico e goma de mascar e o Cloridrato de Bupropiona. Sendo que o tempo de tratamento preconizado é de 12 semanas, devendo haver avaliação individualizada quanto a necessidade de prolongar o prazo.

5 Resultados Esperados

Espera-se, que a implantação do projeto de intervenção no município de Camboriú/SC, possibilite o empoderamento e a maior adesão da população ao tratamento, para cessação do tabagismo, e consequente abstinência definitiva, com redução da morbimortalidade relacionada ao tabaco.

Além disso, acredita-se que a priorização das atividades coletivas, com foco na promoção da saúde, em detrimento das atividades individuais de cunho predominantemente curativo, apresentará melhor relação custo-efetividade, uma vez que o custo de implementação do programa de combate ao tabagismo é muito menos oneroso do que o tratamento das doenças relacionadas ao uso do tabaco.

Soma-se a isto, a oportunidade de um estreitamento da relação entre a equipe de saúde e a comunidade, o que possibilitará, reconhecer as suas principais preocupações, fornecendo subsídio para planejamento de outras ações, visando a promoção da saúde no território adscrito.

Referências

APA, A. P. A. *Diretrizes para o tratamento de transtornos Psiquiátricos*. Porto Alegre: Artmed, 2008. Citado na página 14.

BRASIL. Portaria gm/ms n° 571, de 5 de abril de 2013. atualiza as diretrizes de 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. Diário Oficial da União, Brasília, n. 1, 2013. Citado na página 15.

BRASIL, M. da Saúde do. *Sistema de Informação da Atenção Básica 2014*. 2015. Disponível em: <http://www2.datasus.gov.br/SIAB/index.php>. Acesso em: 27 Dez. 2015. Citado na página 9.

CINCIPRINI, P. M. et al. Tobacco addiction: implications for treatment and cancer prevention. *Journal of the National Cancer Institute*, v. 89, n. 24, p. 1852–1867, 1997. Citado na página 15.

DEPARTAMENTO DE ATENÇÃO BÁSICA DO MINISTÉRIO DA SAÚDE. Estratégias para o cuidado da pessoa com doença crônica : o cuidado da pessoa tabagista. Ministério da Saúde, Brasília, n. 1, 2015. Citado 2 vezes nas páginas 13 e 14.

DOLL, R. et al. Mortality in relation to smoking: 50 years' observations on male british doctors. *BMJ*, v. 1, n. 328, p. 1519–1527, 2004. Citado na página 13.

FIORE, M. C. et al. *Treating Tobacco Use and Dependence: 2008 Update. Clinical Practice Guideline*: Clinical practice guideline. Rockville: U.S. Department of Health and Human Services, 2008. Citado 2 vezes nas páginas 14 e 15.

HEALTH, U. D. of; USDHHS, H. S. *The Health Consequences of Smoking: A Report of the Surgeon General*. ATLANTA: CDC, 2004. Citado na página 14.

IBGE - FIOCRUZ. Pesquisa nacional de saúde. IBGE, Rio de Janeiro, n. 1, 2014. Citado na página 14.

IBGE, I. B. de Geografia e E. *Informações sobre os municípios brasileiros*. 2015. Disponível em: <http://www.cidades.ibge.gov.br/xtras/home.php>. Acesso em: 28 Dez. 2015. Citado na página 9.

INCA, I. N. do C. *Programa Nacional de Controle do Tabagismo*: Programa nacional. 2016. Disponível em: <http://www2.inca.gov.br/wps/wcm/connect/acoes_programas/site/home/nobrasil/programa-nacional-controle-tabagismo/programa-nacional>. Acesso em: 22 Jan. 2016. Citado na página 15.

KAHENDE, J. W. et al. A review of economic evaluations of tobacco control programs. *Int. J. Environ. Res. Public Health*, v. 13, n. 1, p. 51–68, 2009. Citado na página 15.

MALTA, D. C.; NETO, O. L. de M.; JUNIOR, J. B. da S. Apresentação do plano de ações estratégicas para o enfrentamento das doenças crônicas não transmissíveis no brasil, 2011 a 2022. *Epidemiologia e Serviços de Saúde*, p. 425–438, 2011. Citado na página 9.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. Programa nacional de controle do tabagismo e outros fatores de risco de câncer. modelo lógico e avaliação. INCA, Rio de Janeiro, n. 2, 2003. Citado na página 13.

OMS, O. M. da S.; OPAS, O. P.-A. de S. *Prevención y Control del Consumo de Tabaco*. Washington: OMS, OPAS, 1998. Citado na página 13.

OMS, O. M. da S.; OPAS, O. P.-A. de S. *Who report on the global tobacco epidemic, 2008: The MPOWER package*. Geneva: OMS, 2008. Citado na página 13.

RIOS, S.; ROSAS, M.; MACHADO, P. . a exposição ao fumo passivo e os hábitos tabágicos numa escola secundária. *Int J Clin Health Psychol*, v. 5, n. 1, p. 143–160, 2005. Citado na página 14.

ROMERO, L. C.; SILVA, V. L. C. e. 23 anos de controle do tabaco no brasil: a atualidade do programa nacional de combate ao fumo de 1988. *Revista Brasileira de Cancerologia*, v. 57, n. 3, p. 305–314, 2011. Citado na página 15.

ROSEMBERG, J. Nicotina: droga universal. São Paulo, n. 174, 2003. Curso de SES/CVE, Produção Independente. Citado na página 14.