



**UNIVERSIDADE DO ESTADO DO RIO DE JANEIRO**  
**UNIVERSIDADE ABERTA DO SUS**  
**Especialização em Saúde da Família**



Mateus Santos Nogueira

**Controle do tabagismo: experiência vivida na Unidade Básica  
de Saúde da Família de Olaria II / Nova Friburgo**

Nova Friburgo

2016

Mateus Santos Nogueira

**Controle do tabagismo: experiência vivida na Unidade Básica de  
Saúde da Família de Olaria II / Nova Friburgo**

Trabalho de Conclusão de Curso  
apresentado, como requisito parcial para  
obtenção do título de especialista em  
Saúde da Família, na Universidade  
Aberta do SUS.

Orientadora: Márcia de Almeida Levy

Nova Friburgo

2016

## RESUMO

Atualmente, o tabagismo é considerado um problema de saúde pública, em razão da alta prevalência de fumantes e da morbimortalidade decorrente das doenças relacionadas ao tabaco. Deve ser encarado como uma doença crônica, devido à dependência à nicotina, e, portanto, os fumantes devem ser orientados a deixar de fumar por profissionais de saúde, prioritariamente na atenção básica, devido ao seu alto grau de descentralização e capilaridade. Este estudo tem como objetivo interferir positivamente no controle do tabagismo junto à população adscrita na unidade básica de saúde de Olaria II / Nova Friburgo, através do grupo de controle, contribuindo para a diminuição da morbimortalidade relacionada ao tabaco e para a melhoria da qualidade de vida dos pacientes e de suas famílias. Foram utilizados os dados dos prontuários cadastrados na unidade e resultados adquiridos com os grupos de cessação do tabagismo nela realizados em 2015. Ao todo, 117 pessoas declararam-se tabagistas (3,8% da população geral ou 7,5% dos maiores de 15 anos), a maioria mulheres (n=68, ou 58,1%). Foram realizados três grupos de cessação do tabagismo, com a participação de 27 pacientes, e destes, 10 indivíduos (37%) conseguiram deixar de fumar, três deles (30%) apresentando recaída durante a fase de manutenção.

Descritores: Tabagismo; Dependência; Educação em Saúde; Atenção Básica.

## SUMÁRIO

<b>1.INTRODUÇÃO</b> .....	<b>4</b>
<b>2.SITUAÇÃO PROBLEMA</b> .....	<b>5</b>
<b>3.JUSTIFICATIVA</b> .....	<b>6</b>
<b>4.OBJETIVOS</b> .....	<b>8</b>
4.1 Objetivo Geral .....	<b>8</b>
4.2 Objetivos Específicos .....	<b>8</b>
<b>5.REVISÃO DA LITERATURA</b> .....	<b>9</b>
5.1 Abordagem Diagnóstica .....	<b>9</b>
5.1.1 Avaliação Clínica .....	<b>9</b>
5.1.2 Avaliação do Grau de Dependência .....	<b>10</b>
5.1.3 avaliação do Grau de Motivação .....	<b>11</b>
5.1.4 Avaliação do Perfil Genético .....	<b>11</b>
5.2 Abordagem Terapêutica .....	<b>11</b>
5.2.1 Intervenções Motivacionais .....	<b>11</b>
5.2.2 Farmacoterapia .....	<b>12</b>
5.2.3 Terapias de Reposição de Nicotina .....	<b>12</b>
5.2.4 Grupos Específicos .....	<b>13</b>
5.2.5 Recaída .....	<b>13</b>
<b>6.METODOLOGIA</b> .....	<b>14</b>
<b>7.CRONOGRAMA</b> .....	<b>15</b>
<b>8.RECURSOS</b> .....	<b>16</b>
8.1 Orçamento .....	<b>16</b>
<b>9.RESULTADOS</b> .....	<b>17</b>
<b>10.CONCLUSÃO</b> .....	<b>19</b>
<b>11.REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS</b> .....	<b>20</b>

## 1. INTRODUÇÃO

Este estudo refere-se ao Trabalho de Conclusão do Curso de Especialização em Saúde da Família oferecido pela Universidade Aberta do SUS (UnASUS) em parceria com a Universidade do Estado do Rio de Janeiro (UERJ) durante o ano de 2015.

A escolha do tema teve como base a experiência vivida no grupo de tabagismo implementado na unidade básica de saúde (UBS) de Olaria II, no município de Nova Friburgo, região serrana do Estado do Rio de Janeiro.

A unidade, localizada próxima à região central de Nova Friburgo, possui 3900 pessoas cadastradas, divididas em cinco micro áreas com cerca 800 pessoas em cada uma delas. Localizada no bairro de Olaria, a unidade conta com uma equipe de saúde da família composta por 1 profissional médico, 1 enfermeiro, 1 dentista, 1 técnico de enfermagem, 5 agentes comunitários de saúde, 1 auxiliar administrativo e 1 auxiliar de serviços gerais. Na comunidade, as moradias, na maior parte, possuem rede de saneamento básico e água encanada, e a população tem baixo poder aquisitivo. A pirâmide etária tem um corpo mais estreito, representando o envelhecimento da população.

Até 2015, a unidade não dispunha de um grupo de controle do tabagismo, o qual teve início no mês de maio daquele ano, a partir da iniciativa dos profissionais de nível superior da equipe, com o apoio da coordenação da atenção básica do município, além da colaboração dos demais membros da equipe, frente à uma demanda cada vez maior por um serviço de qualidade acessível à população para auxiliar os tabagistas no combate a este perigoso hábito.

## 2. SITUAÇÃO PROBLEMA

Atualmente, o tabagismo é considerado um problema de saúde pública, em razão da alta prevalência de fumantes e da mortalidade decorrente das doenças relacionadas ao tabaco (mais de 50 doenças), atingindo principalmente os aparelhos respiratório e cardiovascular. A prevalência de fumantes no mundo é de 1,3 bilhão, considerando-se pessoas de 15 ou mais anos, constituindo um terço da população global<sup>2,3, 9,10</sup>.

A mortalidade anual relacionada ao tabaco, no mundo, é de 5,4 milhões de pessoas, sendo um óbito a cada dez adultos, dos quais 70% em países em desenvolvimento. No Brasil, ocorrem 200 mil óbitos por ano<sup>3,8</sup>. A previsão para o ano 2020 é ocorrerem, no mundo, 10 milhões de óbitos, sendo 7 milhões nos países em desenvolvimento, onde os problemas graves associados ao tabagismo dividirão o cenário com problemas básicos de saúde como desnutrição, deficiência de saneamento e de suprimento de água e doenças infectocontagiosas, ainda não controlados. Persistindo essa tendência, no século XXI, eventualmente, ocorrerá 1 bilhão de óbitos pelo tabaco<sup>9,10</sup>.

Além disso, o tabagismo responde atualmente por 40 a 45% de todas as mortes por câncer, 90 a 95% das mortes por câncer de pulmão, 75% das mortes por DPOC, cerca de 20% das mortes por doenças vasculares, 35% das mortes por doenças cardíacas, entre homens de 35 a 69 anos de idade, nos países desenvolvidos. Este fato contribui para que hoje o tabaco responda por 15 % do total de mortes nesses países<sup>9,10</sup>.

### 3.JUSTIFICATIVA

Segundo o Programa Nacional de Controle do Tabagismo (PNCT), o tratamento dos tabagistas deve ser realizado prioritariamente nas unidades básicas de saúde (UBS), devido ao seu alto grau de descentralização e capilaridade. A adesão das UBS deve ser realizada por meio do Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica<sup>1,3,7</sup>.

Na unidade onde ocorreu o estudo, das 3900 pessoas cadastradas, 117 declararam-se usuários de derivados do tabaco, perfazendo um total de 3,0% da população geral, ou 7,5% do total de maiores de 15 anos, e todos manifestaram o desejo e/ou alguma tentativa anterior de cessar com o hábito. Isso mostra que nesta localidade o tabagismo também representa um importante problema de saúde pública, um risco potencial para morbidades, não somente para os fumantes, como também para suas famílias. A inalação da fumaça resultante da queima de derivados de todo tipo de tabaco, por não fumante, constitui o chamado tabagismo passivo, exposição involuntária ao tabaco ou à poluição tabágica ambiental. É considerada a terceira causa de morte evitável no mundo, após o tabagismo ativo e o alcoolismo<sup>2,3</sup>.

O tabagismo deve ser entendido como uma doença crônica, devido à dependência à droga nicotina, e, portanto, todos os fumantes devem ser orientados a deixar de fumar por profissionais de saúde<sup>9,10</sup>. Pesquisas mostram que cerca de 80% dos fumantes desejam parar de fumar, porém apenas 3% conseguem a cada ano, sendo que desses, a maior parte (95%) consegue sem assistência de profissional de saúde. O restante necessita de apoio profissional para obter êxito<sup>4</sup>.

Uma meta-análise que envolveu 29 estudos comparou a efetividade de intervenções fornecidas por diversos profissionais de saúde (médicos, enfermeiros, psicólogos, dentistas e conselheiros) com intervenções que constavam apenas de materiais de autoajuda ou mesmo sem a presença de nenhum profissional de saúde. O resultado mostrou um importante incremento das taxas de cessação para o grupo que sofreu intervenção dos profissionais de saúde<sup>2,3</sup>.

Além do mais, um adequado tratamento do tabagismo (abordagem comportamental associada a tratamento medicamentoso) é mais custo-efetivo do que o tratamento das doenças tabaco-relacionadas<sup>9</sup>. O Brasil gastou, em 2004, cerca de R\$ 1 bilhão com infarto agudo do miocárdio, doença isquêmica

coronariana, doença pulmonar obstrutiva crônica, câncer de pulmão e acidente vascular encefálico, sendo que R\$ 500 milhões estão relacionados diretamente com o tratamento dessas doenças em indivíduos fumantes<sup>2,3,8</sup>.

Sendo assim, fica clara a necessidade de se intervir neste problema de saúde na unidade referida, para evitar que mais pessoas adquiram o hábito de fumar, e aquelas que já são tabagistas encontrem aconselhamento profissional para livrarem-se com mais efetividade deste hábito, melhorando sua qualidade de vida e de suas famílias.



## **4. OBJETIVOS**

### **4.1. Objetivo geral**

Contribuir para a diminuição da morbimortalidade causada pelo uso de derivados do tabaco e para a melhoria da qualidade de vida dos pacientes acompanhados na unidade básica de saúde de Olaria II / Nova Friburgo e de suas famílias.

### **4.2. Objetivos Específicos**

- Avaliar a situação do tabagismo na população adscrita através da análise dos prontuários cadastrados e da busca ativa pelos agentes comunitários de saúde;
- Coletar informações e interpretar os resultados obtidos com os grupos de tabagismo realizados na unidade durante o ano de 2015;
- Estimular a reflexão, discussão e atualização sobre o tema nos profissionais de saúde da unidade;
- Incentivar a capacitação de maior número de profissionais da saúde do município no controle do tabagismo, bem como a multiplicação de grupos nas unidades de atenção primária à saúde;
- Facilitar o acesso dos pacientes fumantes aos serviços disponíveis na rede pública de saúde.

## **5. REVISÃO DA LITERATURA**

O tabagismo é uma doença complexa e sua abordagem requer a integração de diversos componentes que interagem e se potencializam para dar conta desta complexidade. Não há dúvida de que medidas psicossociais, não medicamentosas, são essenciais no tratamento do fumante, podendo ser comparadas ao tratamento farmacológico em termos de importância e impacto<sup>1,7</sup>.

A atenção ao tabagista poderá ocorrer de forma hierarquizada em toda a rede de serviços do Sistema Único de Saúde. Nesta rede estão incluídas as unidades básicas de saúde, cujas formas de organização do trabalho podem ser na Estratégia Saúde da Família ou no modelo tradicional, e as unidades de referência de média e alta complexidade. Todas as unidades, desde que seus profissionais estejam capacitados para a abordagem e tratamento do tabagismo, segundo o modelo preconizado pelo Programa Nacional de Controle do Tabagismo, poderão atender ao fumante e oferecer, como tratamento, a abordagem cognitivo-comportamental, material de apoio e, quando houver indicação, tratamento medicamentoso com adesivo transdérmico de nicotina de 21mg, 14mg e 7mg e goma de mascar de nicotina de 2mg<sup>1,2,3,7</sup>.

Os profissionais de saúde necessariamente de nível superior que realizarão a abordagem e tratamento do tabagismo nas unidades de saúde do SUS deverão obrigatoriamente ser capacitados para tal, segundo o modelo preconizado pelo Programa Nacional de Controle do Tabagismo/Instituto Nacional de Câncer/Ministério da Saúde<sup>3</sup>.

### **5.1 Abordagem diagnóstica**

#### **5.1.1 Avaliação clínica**

O fumante deve ser submetido a avaliação clínica no momento da admissão no programa de cessação do tabagismo. O objetivo é identificar alterações funcionais pulmonares, existência de doenças relacionadas ao tabagismo, possíveis contraindicações e interações medicamentosas durante o tratamento farmacológico da dependência. É neste momento que também é avaliado o perfil do fumante, seu

grau de dependência à nicotina e sua motivação para deixar de fumar. A avaliação deve incluir história clínica minuciosa, exame físico completo e alguns exames complementares, dependendo da disponibilidade dos recursos diagnósticos locais<sup>8</sup>.

### 5.1.2 Avaliação do grau de dependência

Um dos primeiros instrumentos desenvolvidos para avaliar a dependência à nicotina foi o Questionário de Tolerância de Fagerström<sup>6</sup>, constituído de oito questões, desenvolvido especificamente para avaliar a dependência física à nicotina. Vem sendo um dos mais utilizados até hoje, pela sua simples aplicabilidade e eficácia nos resultados<sup>8</sup>:

PONTOS	CRITÉRIOS
	A – Quanto tempo após acordar você fuma seu primeiro cigarro?
3	5 minutos
2	6 a 30 minutos
1	31 a 60 minutos
0	Mais de 60 minutos
	B – Você acha difícil não fumar em lugares proibidos?
1	Sim
0	Não
	C – Qual o cigarro do dia que traz mais satisfação?
1	O primeiro da manhã
0	Os outros
	D – Quantos cigarros você fuma por dia?
0	Menos de 10
1	11 a 20
2	21 a 30
3	Mais de 31
	E – Você fuma mais frequentemente pela manhã?
1	Sim
0	Não
	F – Você fuma mesmo doente, quando precisa ficar acamado?
	Sim
	Não
<b>TOTAL (ÍNDICE DE DEPENDÊNCIA)</b>	
0 - 2	Muito baixa
3 - 4	Baixa
5	Média
6 - 7	Elevada
8 - 10	Muito elevada

Fonte: Fagerström, 1989.

### 5.1.3 Avaliação do grau de motivação

A motivação favorece a reflexão para a tomada de decisões, algo que também diz respeito aos comportamentos relacionados ao consumo de drogas. Prochaska e DiClemente<sup>5</sup> desenvolveram um modelo que descreve a prontidão para mudar como estágios de mudança pelos quais o indivíduo transita. Esse modelo baseia-se na premissa de que toda mudança comportamental é um processo e que as pessoas têm diversos níveis de motivação, de prontidão para mudar<sup>8</sup>. Os estágios de mudança quando os pacientes iniciam um tratamento para deixar de fumar são:

- 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: Para 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.

### 5.1.4 Avaliação do perfil genético

Estudos genéticos vêm indicando que a iniciação do tabagismo, o grau de dependência, a dificuldade de cessação e a manutenção da abstinência são substancialmente determinados por um tipo de herança complexa, a qual envolve múltiplos polimorfismos genéticos. Estima-se que os fatores genéticos possam ser responsáveis por até 60% do risco de início e 70% da manutenção da dependência<sup>8</sup>.

## 5.2 Abordagem terapêutica

### 5.2.1. Intervenções motivacionais

Os métodos baseados na terapia comportamental cognitiva (TCC) são fundamentais na abordagem do fumante em todas as situações clínicas, mesmo quando é necessário apoio medicamentoso. O fumante deve se sentir acolhido pelo médico, que deve abordá-lo com acolhimento, empatia, respeito e confiança. Não existe um “momento ideal” para deixar de fumar; mesmo diante de comorbidades graves e incapacitantes, a cessação melhora a qualidade de vida e a autoestima do fumante, muitas vezes abalada pelas doenças de base. A TCC deve ser oferecida tanto no atendimento individual quanto em grupo. Os atendimentos/sessões devem ser estruturados com periodicidade semanal no 1º mês (parada), quinzenal até completar a abordagem intensiva, e mensal, idealmente até um ano. Material de apoio deve ser preparado e fornecido aos pacientes para reforçar as orientações, tomando-se como modelo as cartilhas elaboradas pelo Instituto Nacional do Câncer para o programa nacional de controle do tabagismo<sup>1,3,7</sup>.

### 5.2.2 Farmacoterapia

O uso de medicamentos é um recurso adicional no tratamento do tabagismo quando a abordagem comportamental é insuficiente pela presença de elevado grau de dependência à nicotina. Os fármacos com evidências de eficácia são classificados em nicotínicos e não-nicotínicos. A terapia de reposição de nicotina (TRN), a bupropiona e a vareniclina são consideradas de 1ª linha, enquanto que a nortriptilina e a clonidina são os fármacos de 2ª linha no tratamento<sup>1,3,7,8</sup>.

### 5.2.3 Terapias de reposição de nicotina

A nicotina, principal responsável pela dependência, vem sendo usada desde 1984 para a cessação do tabagismo. A TRN tem como objetivo 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. 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<sup>3,8</sup>.

#### 5.2.4 Grupos Específicos

Há ainda grupos para os quais deve ser dada atenção especial durante o processo de cessação do tabagismo: crianças e adolescentes, gestantes, idosos, portadores de comorbidades, transtornos psiquiátricos associados, e pacientes institucionalizados. Nestes casos, a conduta deve ser individualizada, buscando prevenir efeitos colaterais ou o insucesso da cessação do tabagismo<sup>3,8</sup>.

#### 5.2.5 Recaída

A recaída é um fenômeno natural no ciclo de qualquer dependência. A maioria dos fumantes realiza de três a dez tentativas até obter a abstinência definitiva. Mudar temporariamente um comportamento indesejado é mais fácil do que manter essa mudança, adotada em longo prazo como estilo de vida. Trata-se de um processo contínuo e complexo, envolvendo fatores individuais, situacionais, fisiológicos e socioculturais, entre os quais se incluem o álcool, o ganho ponderal, a depressão, perdas afetivas, abstinência severa, etc. A depressão é uma das principais causas, pois, muitas vezes, é mascarada pelo uso do tabaco. A recaída é maior nos primeiros seis meses, com ou sem uso de medicamentos<sup>1,8</sup>.

A prevenção baseia-se no desenvolvimento de habilidades para lidar com os problemas que tornam a abstinência difícil de ser mantida. A TCC é a chave para a recuperação e a prevenção do tabagismo através de tarefas trabalhadas ainda na fase de cessação. O objetivo é aprender a lidar com os “gatilhos” e a fissura. Um “gatilho” é um estímulo que se antecipa e leva ao uso da droga: pessoas, objetos, lugares, ocasiões, dependências a outras substâncias e emoções negativas. Em muitos casos, o fumante necessitará de uma rede de apoio social. O seguimento presencial ou telefônico mensal após a abordagem intensiva é fundamental na prevenção das recaídas<sup>1,7,8</sup>.

## 6. METODOLOGIA

Foi realizado um estudo seccional através da análise dos prontuários cadastrados na unidade e dos dados coletados nos três grupos de controle do tabagismo realizados na unidade no ano de 2015, nos meses de maio, agosto e novembro. Foram avaliadas informações como idade atual, idade em que começou a fumar, gênero, grau de dependência e carga tabágica.

Para uma interpretação mais abrangente das informações colhidas e da atual situação da comunidade com relação aos padrões nacional e internacional, os dados encontrados foram analisados concomitantemente aos dados disponibilizados pelo Instituto Nacional do Câncer (INCA), Organização Mundial da Saúde (OMS) e Sociedade Brasileira de Pneumologia e Tisiologia. Os dados foram apresentados em valores absolutos e agrupados, sendo feitas comparações entre os grupos.

O período do estudo foi de abril de 2015 a janeiro de 2016, na UBSF Olaria II / Nova Friburgo – RJ. A população de referência foram os moradores da área adscrita.

Abaixo, estão descritas as etapas do estudo:

1. Apresentação do projeto de intervenção à equipe da unidade;
2. Apresentação do projeto de intervenção à Coordenação da Atenção Básica do município;
3. Entrevista e cadastro dos tabagistas interessados em participar do grupo de controle;
4. Realização de três grupos de controle do tabagismo na unidade, com início nos meses de maio, agosto e novembro, e duração de três meses cada;
  - a. Cada grupo conta com reuniões com duração aproximada de uma hora e meia cada, sempre no mesmo dia da semana e horário;
  - b. No primeiro mês, as reuniões são semanais; no segundo mês, reuniões quinzenais; no terceiro mês, reunião mensal;
  - c. Retorno dos pacientes à unidade na fase de manutenção e/ou contato por telefone em caso de qualquer evento importante;

5. Reunião da a equipe ao fim de cada ciclo para avaliar os resultados alcançados, o que aconteceu de positivo e o que pode ser melhorado;
6. Coleta e interpretação dos dados (prontuários e busca ativa dos agentes comunitários de saúde) para conclusão e apresentação do estudo.

## 7. CRONOGRAMA

ATIVIDADES	EXECUÇÃO	
	INÍCIO	TÉRMINO
Apresentação do projeto à equipe	Abr / 2015	Abr / 2015
Apresentação do projeto à Coordenação	Abr / 2015	Abr / 2015
Busca ativa, entrevista e cadastro dos participantes	Abr / 2015	Mai / 2015
Realização do primeiro grupo	Mai / 2015	Jul / 2015
Realização do segundo grupo	Ago / 2015	Out / 2015
Realização do terceiro grupo	Nov / 2015	Jan / 2016
Coleta de dados, conclusão do projeto e apresentação	Jan / 2016	Fev / 2016



## 8. RECURSOS

### 1. RECURSOS HUMANOS:

- Profissionais de saúde da UBS de Olaria II / Nova Friburgo – RJ

### 2. RECURSOS MATERIAIS:

- Cartazes explicativos sobre controle do tabagismo;
- Manuais do coordenador e do participante;
- Folhas de papel A4 para as fichas de cadastro e de anamnese;
- Adesivo transdérmico de nicotina (a Coordenação não disponibiliza outras formas de reposição de nicotina ou outros medicamentos);
- Notebook básico.

### 8.1. Orçamento

MATERIAL	QUANTIDADE	VALOR INDIVIDUAL	TOTAL
Cartazes	03	00,00	00,00
Manual do coordenador	03	00,00	00,00
Manual do participante	30	00,00	00,00
Folhas de papel ofício	100	3,50	3,50
Adesivos de nicotina (caixa com 7 adesivos)	30	00,00	00,00
Notebook básico	01	1000,00	1000,00
<b>TOTAL</b>			1003,50

- Fonte de financiamento: todo o material foi fornecido pela Secretaria de Saúde do Município de Nova Friburgo – RJ, através da Coordenação da Atenção Básica, a qual dispõe dos materiais para distribuição para as unidades qualificadas e interessadas em realizar o grupo, exceto o último item, sendo utilizado Notebook particular do autor do projeto.

## **9. RESULTADOS**

A Unidade Básica de Saúde de Olaria II/Nova Friburgo – RJ possui uma população adscrita de 3900 pessoas, segundo dados do recadastramento realizado pelos agentes comunitários de saúde (ACS) para o e-sus em 2015. Destes, 117 declararam-se usuários de derivados do tabaco, perfazendo um total de 3,0% da população geral, ou 7,5% do total de maiores de 15 anos (n=1555 pessoas). A idade dos usuários variou entre 23 e 100 anos de idade, média de 55 anos. Com relação ao gênero, a maioria é do sexo feminino (n=68, ou 58,1%), enquanto 41,9% (n=49) são homens.

Após a capacitação de 2 profissionais de nível superior, segundo as orientações do PNCT, a unidade passou a receber os insumos para a implantação do grupo. Foram realizados três grupos de controle ao tabagismo desde a sua implantação na unidade, com início nos meses de maio, agosto e novembro de 2015, contando com a participação de 27 pacientes, 19 mulheres e 8 homens. A idade dos participantes variou entre 23 e 74 anos. A idade de início do tabagismo variou entre 9 e 30 anos, com média de 16,8 anos. O índice de Fagerström, para avaliar o grau de dependência de cada um, variou entre 2 e 9, com média de 6,3 pontos. Apenas duas pacientes não fizeram uso do adesivo de nicotina disponibilizado, de 21mg, 14 mg e 7mg, uma por estar amamentando e outra por opção de fazer apenas a terapia comportamental. A coordenação não disponibilizou outras formas de reposição de nicotina, tampouco outros medicamentos de primeira e segunda linha contra o tabagismo.

No primeiro grupo, cinco pacientes conseguiram parar de fumar, 3 mulheres e 2 homens, sendo que apenas dois deles não tiveram recaída na fase de manutenção, enquanto que os outros quatro não conseguiram cessar com o tabagismo nesta tentativa, porém nenhum dos participantes abandonou o grupo. No segundo, apenas três pacientes conseguiram parar de fumar, dois homens e uma mulher, sem recaídas na fase de manutenção; dos onze pacientes que não

conseguiram deixar o tabagismo, oito abandonaram o grupo e um faleceu de tromboembolismo pulmonar. No último grupo, entrando na fase de manutenção à conclusão do estudo, dois pacientes conseguiram parar de fumar, um homem e uma mulher, e não haviam apresentado recaída até o momento, enquanto que os outros dois abandonaram o grupo.

Desta forma, até a conclusão do estudo, sete das 27 pessoas que participaram dos grupos conseguiram cessar com o tabagismo, equivalendo a 25,9% do total de participantes, ou seja, um percentual significativo tendo em vista os resultados alcançados em outros estudos, mostrando a importância do auxílio profissional. Houve três recaídas durante a fase de manutenção, mostrando a necessidade do desenvolvimento de habilidades para lidar com os problemas que tornam a abstinência difícil de ser mantida, e da importância em manter o acompanhamento por um período além da fase de manutenção.

## 10.CONCLUSÃO

A partir da observação dos dados colhidos e dos resultados do grupo de tabagismo, foi possível chegar a algumas conclusões: somente o adesivo/medicamento, sem a mudança de comportamento, não é suficiente para a cessação; há um índice grande de recaída na manutenção, necessitando um trabalho de acompanhamento a longo prazo; os pacientes não comparecem com assiduidade aos grupos mensais quando a mudança de hábito/comportamento não ocorreu de forma eficaz; os homens parecem ter mais facilidade em cessar com o tabagismo; o abandono ao grupo pode ser devido ao fato de o paciente achar que o adesivo vai fazer o trabalho sozinho e quando vê que isso não é verdade abandona o grupo. Existem alguns estágios de amadurecimento da decisão de parar de fumar (contemplativo, pré-contemplativo, pronto e pronto para ação) e talvez o paciente veja no grupo uma oportunidade, sem muitas vezes estar pronto para a ação em si, sendo necessário um melhor preparo psicossocial e atenção multidisciplinar nestes casos.

As ações de controle do tabagismo devem ser direcionadas para: educação, com prioridade para o nível primário, superior (inclusão do tema no currículo das escolas de ciências médicas e conscientização dos profissionais de saúde); legislação (restrição de fumar em ambientes fechados, público ou privado, proibição de propaganda e promoção, restrição do acesso dos jovens ao tabaco, regulamentação dos produtos derivados do tabaco, advertência nas embalagens, contrapropaganda ao público, implementação das medidas adotadas pela Convenção-Quadro do Controle do Tabaco); econômicas (aumento dos impostos incidentes sobre os produtos do tabaco, restrição ao apoio e aos subsídios ao preço do tabaco, substituição e diversificação da cultura do tabaco, eliminação do contrabando).

Políticas por ambientes livres da fumaça do tabaco devem ser incentivadas, visando ao não fumar em todos os ambientes fechados, como domicílios, trabalho,

lazer, escolas, serviços de saúde, empresas, e locais públicos, criando-se ambientes 100% livres do tabaco.

## 11. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. AZEVEDO, R.C.S. et al. Grupo terapêutico para tabagistas: resultados após segmento de dois anos. **Rev Assoc Med Bras.** v.55, n.5, p.593-96, 2009.
2. BRASIL. Ministério da saúde. Agencia Nacional de Saúde Suplementar – ANS. **Diretrizes Clínicas na Saúde Suplementar 2012 - Tabagismo.** Rio de Janeiro: ANS, 2012.
3. BRASIL. Ministério da Saúde. Instituto Nacional de Câncer – INCA. **Abordagem e Tratamento do Fumante - Consenso 2001.** Rio de Janeiro: INCA, 2001.
4. CINCIRIPINI, P.M. et al. Tobacco addiction: implications for treatment and cancer prevention. **J Natl Cancer Inst.** v.89, n.24, p.1852-67, 1997.
5. DICLEMENTE, C.C.; PROCHASKA, J.O.; GILBERINI, M. Self-efficacy and the Stages of Self change in Smoking. **Cognitive Therapy and Research Journal.** v.9, p.181-200, 1985.
6. FAGERSTRÖM, K.O.; SCHNEIDER, N.G. Measuring nicotine dependence: a review of the Fagerström Tolerance Questionnaire. **J Behav Med.** v.12, p.159-82, 1989.
7. PRESMAN, S.; CARNEIRO, E.; GIGLIOTTI, A. Tratamentos não-farmacológicos para o tabagismo. **Rev Psiq Clín.** v.32, n.5, p.267-75, 2005.

8. SOCIEDADE BRASILEIRA DE PNEUMOLOGIA E TISIOLOGIA. Diretrizes para Cessação do Tabagismo 2008. **J Bras Pneumol.** v.34, n.10, p.845-80, 2008.
9. UNITED STATES PUBLIC HEALTH SERVICE. Treating tobacco use and dependence - 2008. **Respir Care.** v.53, p.1217-22, 2008.
10. WORLD HEALTH ORGANIZATION – WHO. **Report on the Global Tobacco Epidemic 2008 - The MPower Package.** Geneve: WHO, 2008.