

**UNIVERSIDADE FEDERAL DE MINAS GERAIS
CURSO DE ESPECIALIZAÇÃO EM ATENÇÃO BÁSICA EM SAÚDE DA FAMÍLIA**

MELINA NEVES BORGES FRANCISQUINI

**COMBATE AO TABAGISMO:
A EXPERIÊNCIA DE GRUPOS DE ACONSELHAMENTO EM UMA
EQUIPE DE SAÚDE DA FAMÍLIA**

CORINTO – MINAS GERAIS

2013

MELINA NEVES BORGES FRANCISQUINI

**COMBATE AO TABAGISMO:
EXPERIÊNCIA DE GRUPOS DE ACONSELHAMENTO EM UMA
EQUIPE DE SAÚDE DA FAMÍLIA**

Trabalho de conclusão de curso apresentado ao curso de Especialização em Atenção Básica em Saúde da Família, Universidade Federal de Minas Gerais, para obtenção do certificado de especialista.

Orientadora: Prof.^a Dra.- Maria José Nogueira

CORINTO – MINAS GERAIS

2013

MELINA NEVES BORGES FRANCISQUINI

**COMBATE AO TABAGISMO:
EXPERIÊNCIA DE GRUPOS DE ACONSELHAMENTO EM UMA
EQUIPE DE SAÚDE DA FAMÍLIA**

Trabalho de conclusão de curso apresentado ao curso de Especialização em Atenção Básica em Saúde da Família, Universidade Federal de Minas Gerais, para obtenção do certificado de especialista.

Orientadora: Prof.^a Dra.- Maria José Nogueira

Banca Examinadora:

Prof. Dra Maria José Nogueira

Orientadora

Prof. Ms Fernanda Carolina Camargo

Examinadora

Aprovado em Belo Horizonte: 14/09/2013

DEDICATÓRIA

À minha mãe Angela e à minha sogra Lucia que, ao vencerem a dependência nicotínica, reforçaram o meu desejo profissional de proporcionar esta conquista à outras pessoas, aumentando a qualidade de vida destes e de seus familiares.

AGRADECIMENTO:

A equipe multidisciplinar de saúde da família do PSF Macacos pela parceria no programa de combate ao tabagismo, sem a harmonia existente na equipe o projeto não seria possível.

Os pacientes participantes do programa, que com a força de vontade e desejo de vencer, proporcionaram um resultado positivo ao estudo.

A comunidade do PSF Macacos, que contribuiu divulgando o programa e apoiando os participantes.

EPÍGRAFE:

“Nas grandes batalhas da vida, o primeiro passo para a vitória é o desejo de vencer.”

Mahatma Gandhi

RESUMO

O presente estudo objetivou relatar a experiência de grupos de aconselhamento no combate ao tabagismo realizados em uma unidade de atenção primária à saúde no município de Nova Lima, Minas Gerais. A relevância do controle do tabagismo é evidente frente aos números alarmantes desta epidemia, já considerado importante problema de saúde pública. Os grupos de aconselhamento foram manejados por dois profissionais de nível superior, devidamente capacitados. Durante o período de realização da experiência foram atendidos 46 indivíduos. Todos os participantes receberam algum tratamento medicamentoso associado ao aconselhamento, sendo os medicamentos utilizados a terapia de reposição de nicotina (TRN), o Cloridrato de Bupropiona e a Nortriptilina. Os encontros ocorreram entre outubro de 2012 e maio de 2013. Durante este período cinco grupos foram acompanhados, em três locais diferentes. O índice de abstinência imediatamente após o término do programa, independente do sexo, foi de 61%. O índice de falha foi de 26% e o de abandono foi de 13%. As diferenças no índice de abstinência entre homens e mulheres não foi significativa. Do total de pessoas que não obtiveram sucesso no tratamento, 67% possuíam algum grau de depressão. Um total de 11 participantes abstinentes recebeu acompanhamento após três meses do término do programa e não houve recaída. A associação da Bupropiona com a TRN obteve maior índice de abstinência comparada a monoterapia com TRN e com a Nortriptilina associada à TRN. Não houve diferença no índice de sucesso do tratamento com Nortriptilina associada à TRN comparada a monoterapia com TRN.

Palavras-chave: Hábito de Fumar. Abandono do Uso de Tabaco. Programa Saúde da Família.

ABSTRACT

The present study describes the experience of counseling groups in the fight against smoking carried out in a unit of primary health care in Nova Lima, Minas Gerais. The relevance of tobacco control is evident given the alarming numbers of this epidemic, already considered an important public health problem. The advisory groups were managed by two top-level professionals, properly trained. During the period of the experiment were 46 individuals attended. All participants received some drug treatment associated with counseling, and the drugs used nicotine replacement therapy (NRT), Bupropion Hydrochloride and Nortriptyline. The meetings took place between October 2012 and May 2013. During this period five groups were monitored in three different places. The rate of withdrawal immediately after the end of the program, regardless of sex, was 61%. The failure rate was 26% and the dropout was 13%. The differences in the rate of abstinence among men and women was not significant. Of all people who have failed treatment, 67% had some degree of depression. A total of 11 participants abstinent was monitored after three months of completion of the program and no relapse. The combination of bupropion with NRT had higher abstinence rate compared to monotherapy with NRT and Nortriptyline associated with NRT. There was no difference in the success rate of treatment with Nortriptyline associated with NRT compared to monotherapy with TRN.

Keywords: Smoking. Tobacco Use Cessation. Family Health Program.

Lista de Ilustrações

Tabela 1 - Grau de escolaridade dos participantes do programa de cessação do tabagismo do PSF Macacos (2012 – 2013).	<u>25</u>
Tabela 2 - Tentativas anteriores de cessação do tabagismo com êxito.	<u>25</u>
Tabela 3 - Grau de dependência – Teste de Fagerstron.	<u>26</u>
Tabela 4 - Resultados do Programa de Combate ao Tabagismo do PSF Macacos imediatamente após término – Out/2012 à Mai/2013.	<u>34</u>
Tabela 5 - Abstinentes segundo o grau de dependência – Teste de Fagerstron.	<u>37</u>

Sumário

1 APRESENTAÇÃO	11
2 INTRODUÇÃO	12
3 JUSTIFICATIVA	15
4 OBJETIVO GERAL	18
5 METODOLOGIA	19
6 RELATO DA EXPERIÊNCIA	21
6.1 Etapa 1 - O diagnóstico	22
6.2 Etapa 2 - Planejamento da ações	23
6.3 Etapa 3- O cadastramento	24
6.3.1 Escolaridade	25
6.3.2 Idade de início do tabagismo	25
6.3.3 Tentativas anteriores de cessação do tabagismo	25
6.3.4 Teste de Fagerstron	26
6.3.5 Estágio de motivação	27
6.3.6 História patológica	27
6.3.7 Alcoolismo associado	28
6.4 Etapa 4 – Manejo dos grupos de aconselhamento (Método cognitivo- comportamental)	29
6.4.1 Os medicamentos	31
7 RESULTADOS DA EXPERIÊNCIA	34
7.1 Resultado geral	34
7.2 Resultados X Medicamentos	36
7.2.1 Grupos de aconselhamento + TRN	36
7.2.2 Grupos de aconselhamento + TRN + Bupropiona	36
7.2.3 Grupos de aconselhamento + TRN + Nortriptilina	36
7.3 Resultados X Grau de dependência	37
8 CONSIDERAÇÕES FINAIS	38
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	39

1 APRESENTAÇÃO

Os profissionais de enfermagem possuem a responsabilidade, acima de tudo, de cuidar do outro. Na saúde da família este cuidar se estende para a família, para a comunidade. Como enfermeira sempre soube do peso que as minhas ações teriam na vida das pessoas que estão sob o meu cuidado e sempre procurei nortear estas ações para que as mesmas surtisser efeitos benéficos na vida das pessoas. A saúde da família, mais do que qualquer outra experiência profissional no âmbito hospitalar, me permitiu cumprir tudo aquilo que julgo importante para a profissão, aquilo que torna a enfermagem tão bela: o promover a saúde do indivíduo e da comunidade, melhorar a qualidade de vida e o bem-estar das pessoas e criar um vínculo forte com esta população, me tornando referência para a mesma. Todos estes fatores pesaram na escolha do tema para o trabalho de conclusão do curso de especialização em saúde da família, uma vez que queria trabalhar um tema de extrema relevância, comparado à grandiosidade da profissão. O estudo desenvolvido deveria impactar não apenas como a obtenção de um título de especialista, mas deveria, sobretudo, fazer diferença em termos de qualidade de vida e saúde na comunidade em que atuo como enfermeira de saúde da família. A partir desta convicção e depois de concluído o diagnóstico situacional da área de abrangência surgiu a ideia de trabalhar a temática do tabagismo, realidade marcante na comunidade, tão relevante na atualidade e que traz ainda números tão negativos para a saúde pública.

Este estudo consta de cinco partes: Introdução, Referencial teórico, Metodologia, Resultados e Considerações finais. Trata-se de um relato de experiência que aborda os resultados do tratamento de combate ao tabagismo sob a forma de grupos de aconselhamento manejados por uma equipe multidisciplinar de saúde da família, comparando também os resultados obtidos com diferentes medicamentos associados ao tratamento em grupo.

2 INTRODUÇÃO

A estratégia Saúde da Família é definida pelo Ministério da Saúde (MS) como:

“(...) uma estratégia de reorientação do modelo assistencial, operacionalizada mediante a implantação de equipes multiprofissionais em unidades básicas de saúde. Estas equipes são responsáveis pelo acompanhamento de um número definido de famílias, localizadas em uma área geográfica delimitada. As equipes atuam com ações de promoção da saúde, prevenção, recuperação, reabilitação de doenças e agravos mais frequentes, e na manutenção da saúde desta comunidade.”¹

Esta estratégia proporciona à comunidade e aos profissionais incluídos na equipe a construção de um vínculo que é fundamental para o sucesso do programa. A equipe multidisciplinar de saúde da família, através da atuação comprometida do agente comunitário de saúde (ACS), pode conhecer profundamente a sua área de trabalho e a comunidade ali inserida e consegue identificar as principais fontes de risco à saúde dos usuários desta área, podendo, a partir daí, elaborar um diagnóstico situacional da área de abrangência, ferramenta esta essencial para o planejamento de ações de intervenção que proporcionem a resolução dos problemas identificados. A construção do diagnóstico situacional depende da relação harmoniosa dos membros da equipe, do verdadeiro trabalho em equipe, e, não menos relevante, do comprometimento e responsabilização destes profissionais.

A promoção à saúde e prevenção de agravos é o principal objetivo da estratégia saúde da família e os profissionais nela inseridos devem buscar alternativas para alcançar este objetivo. Considerando esta realidade e a importância da construção responsável de um diagnóstico situacional da área de abrangência, a equipe de saúde da família do distrito São Sebastião das Águas Claras, município de Nova Lima, Minas Gerais (MG), optou pela elaboração desta ferramenta para posterior planejamento das ações de promoção e prevenção à saúde. Através deste diagnóstico, a equipe do PSF Macacos, como é denominada, evidenciou que, dentre outros problemas, o abuso de álcool, tabaco e outras drogas era uma realidade preocupante na comunidade. Avaliando os recursos disponíveis no município, a possibilidade real de atuação frente ao problema e a atual tendência mundial de enfrentamento ao tabagismo, o combate ao uso do tabaco foi o problema escolhido, dentre todos os diagnosticados, para ser enfrentado pela equipe multidisciplinar.

O relatório da Organização Mundial de Saúde (OMS) sobre a Epidemia de Tabagismo Global – 2008 dispõe que “o tabaco é um fator de risco para seis das oito principais causas de

morte e mata uma pessoa a cada seis segundos.”² A Convenção-Quadro para o controle do tabaco é o primeiro tratado internacional da Organização Mundial de Saúde (OMS) para a redução do consumo e das doenças relacionadas ao tabagismo. Ela integra 174 países, dentre eles o Brasil e, em seu texto introdutório, cita números que evidenciam a gravidade da epidemia do tabagismo, utilizados em vários estudos:

“Segundo a Organização Mundial de Saúde (OMS), a cada ano morrem cerca de 5 milhões de pessoas, em todo o mundo, devido ao consumo dos produtos derivados do tabaco.”^{1,2,3,4}

A relevância do controle do tabagismo é evidente frente aos números alarmantes desta epidemia, já considerado importante problema de saúde pública e “*a intervenção no grupo de fumantes ativos é ainda a melhor estratégia para a redução, a médio prazo, da mortalidade relacionada ao tabagismo.*”⁶ Os números do tabagismo no Brasil não são menos gritantes do que os números mundiais, pois mesmo o país tendo vivenciado uma redução considerável de indivíduos dependentes do tabaco desde o ano de 1989, ainda estima-se que 16% da população brasileira adulta seja dependente desta substância.⁷ Dos 1,25 bilhões de fumantes no mundo, mais de 30 milhões são brasileiros⁸ e são estimadas mais de 200 mil mortes/ano decorrentes do tabagismo somente no Brasil.³ É por este motivo que o Brasil é hoje referência mundial em medidas de controle do tabagismo.⁹

Conforme evidenciado no diagnóstico situacional, o abuso do tabaco na comunidade do PSF Macacos também merece atenção. Levantamento do perfil de tabagismo dos usuários, realizado pelas agentes comunitárias de saúde (ACSs), entrevistou 755 usuários, dos quais 128 eram fumantes ativos e 168 fumantes passivos, totalizando 296 pessoas atingidas pelos males do cigarro, correspondendo a 39,2% da população entrevistada, número significativamente alto. Em um estudo sobre grupo terapêutico para tabagistas foi citada a relevância do reconhecimento do perfil sociodemográfico e clínico da clientela atendida para um melhor planejamento das ações e, conseqüentemente, melhor taxa de abstinência e redução dos índices de recaída.¹⁰ Esta citação demonstra, mais uma vez, a importância das equipes de saúde da família, com o conhecimento amplo da comunidade inserida em sua área adscrita e o forte vínculo com a mesma, nas ações de combate ao tabagismo. Fica evidente, ao analisar este contexto, que o problema precisa ser encarado com responsabilidade pelos gestores federais, estaduais e municipais, e pelas equipes multidisciplinares das unidades de atenção primária à saúde (UAPS), que são os atores principais das ações finais de combate ao tabagismo. “*O fato de o fumo ser a maior causa de mortalidade prevenível fortalece o papel*

da equipe de saúde e da sociedade na promoção da saúde e na realização de atividades que estimulem o cessar de fumar.”¹¹ É de suma importância que estas equipes sejam capacitadas e empenhadas no tema, que se responsabilizem pela divulgação dos riscos do uso do cigarro e da realidade do tratamento na UAPS, porta de entrada mais próxima do usuário.

O presente estudo tem por objetivo relatar a experiência e apresentar os resultados obtidos no programa de combate ao tabagismo sob a forma de grupos de aconselhamento realizados em uma Unidade de Atenção Primária à Saúde, município de Nova Lima, Minas Gerais. A divulgação dos resultados obtidos para outras UAPS do município e no meio científico é de suma importância para avanços no controle e acompanhamento do tabagismo.

“No futuro, todos os serviços de tratamento do tabagismo devem investigar os determinantes epidemiológicos que afetam a cessação do tabagismo em pacientes atendidos por seus programas terapêuticos para melhorar a eficácia das intervenções e implementar a abordagem mais adequada para a população atendida.”⁵⁰

3 JUSTIFICATIVA

A alta morbimortalidade consequente à dependência nicotínica torna o tema de extrema relevância no meio clínico e científico.

“O tabagismo é, indubitavelmente, um dos comportamentos aditivos mais difíceis de tratar, dada a quantidade de fatores que estão envolvidos na gênese, desenvolvimento e manutenção da sua dependência, que incluem desde condicionamentos e estados de humor até fatores genéticos e sociais.”¹²

O tabagismo é a principal causa evitável de morte prematura no mundo.⁵ Como grande problema de saúde pública que é, merece esforços incansáveis dos gestores e da população em geral para a diminuição dos números alarmantes da sua prevalência e das suas consequências. A dependência nicotínica é extremamente letal.¹³ Presume-se que *“mais de metade da população mundial está exposta, direta ou indiretamente, aos efeitos nocivos da nicotina e outras substâncias tóxicas do tabaco.”*¹⁴

"De acordo com o Inquérito Domiciliar sobre Comportamentos de Risco e Morbidade Referida de Doenças e Agravos Não Transmissíveis, realizado em 2002 e 2003, entre pessoas de 15 anos e mais, residentes em 15 capitais brasileiras e no Distrito Federal, a prevalência de tabagismo variou de 12,9 a 25,2% nas cidades estudadas.”¹⁵

A literatura atual já explicita bem os malefícios do cigarro para os indivíduos a ele expostos e também já é amplamente divulgada a toxicidade da substância. Estudo sobre a temática cita que um cigarro possui 4.720 substâncias, sendo 60 com atividade cancerígena e outras reconhecidamente tóxicas.¹⁶

“O tabaco responde por 40% a 45% das mortes por câncer; 90% a 95% das mortes por câncer de pulmão; 75% das mortes por doença pulmonar obstrutiva crônica (DPOC); 20% das mortes por doenças vasculares e 35% das mortes por doenças cardiovasculares entre homens de 35 a 69 anos.”¹⁷

*“Fumantes podem trazer custos financeiros a outras pessoas, tais como custos de assistência médica mais elevados.”*¹⁸ Realizando uma revisão sobre os gastos com o tratamento das doenças advindas do tabaco, alguns trechos encontrados na literatura foram muito relevantes. Pinto e Ugá (2011) em seu estudo denominado *“Custo do tratamento de pacientes com histórico de tabagismo em hospital especializado em câncer”*, realiza uma importante consideração:

“Em um cenário de recursos finitos na área da saúde, o tabagismo gera importante custo de oportunidade para os hospitais públicos brasileiros em relação à oferta de recursos na assistência oncológica, como consultas, hospitalizações, exames, procedimentos de alta complexidade e recursos humanos, que poderiam ser destinados ao tratamento de outras doenças.”¹⁹

Estudo da Sociedade Americana de Câncer também levantou um importante indicador sobre os gastos consequentes do tabagismo: “*Dados recentes indicam que os custos atribuíveis ao tabagismo são responsáveis por perdas de US\$ 500 bilhões ao ano devido à redução da produtividade, adoecimento e mortes prematuras.*”²⁰

“*Nas últimas décadas, o combate ao fumo e seus malefícios ganhou fôlego, com uma crescente conscientização por parte dos profissionais da saúde e da população sobre os danos à saúde representados pelo tabagismo.*”²¹ A atenção primária é de importância ímpar no tratamento do tabagismo, possui ferramentas essenciais para se alcançar adesão e sucesso no tratamento e os profissionais inseridos neste nível de atenção precisam estar capacitados para agir frente a este alarmante problema. Os usuários adeptos aos programas terão um melhor vínculo com os profissionais, que poderão trabalhar melhor as medidas de promoção da saúde, como o estímulo a hábitos de vida saudáveis. Neste contexto, o programa de combate ao tabagismo contribuirá não apenas para o abandono do uso do tabaco, como também na melhoria da qualidade de vida dos usuários, redução do risco de doenças cardiovasculares, hospitalizações e óbitos evitáveis. O sucesso do tratamento pode aumentar o controle da equipe de saúde sobre os principais motivos de adoecimento da população e aumentar a capacidade de resolução destes problemas. Köhler A. P. P. C. et al enfatiza que um maior conhecimento sobre a realidade de vida de cada tabagista facilita o planejamento das ações da equipe de PSF no controle e diminuição do consumo do cigarro.²² Azevedo R. C. S. et al também cita a relevância do tratamento do tabagismo na atenção primária:

“A disponibilidade de tratamento em uma unidade básica de saúde pode facilitar o acesso e adesão do paciente tabagista. As condições favoráveis como a possibilidade de ser atendido por uma equipe que já lhe é familiar, próxima ao seu domicílio e inserida em seu contexto sociocultural podem influenciar positivamente no processo de cessação de fumar.”²³

Um programa de combate à dependência do tabaco, além de beneficiar os indivíduos e sua comunidade, poderá servir de incentivo para outros serviços de saúde, disseminando a política antitabagista. Torna-se necessário que todo programa sobre a temática seja devidamente documentado e divulgado, favorecendo assim o conhecimento mais amplo sobre os métodos de condução do tratamento do tabagismo e contribuindo para a melhoria da

assistência. Segundo Ismael S.M.C., *“uma vez que o tabagismo tem sido considerado um problema de saúde pública mundial, resultando em uma alta morbi-mortalidade, todos os estudos que possibilitem melhorar o atendimento àquele que quer parar de fumar são importantes.”*²⁴

4 OBJETIVO GERAL

- Relatar a experiência de grupos de aconselhamento no combate ao tabagismo realizados em uma Unidade de Atenção Primária à Saúde, no município de Nova Lima, Minas Gerais.

5 METODOLOGIA

A BIREME define “relato de experiência” como uma categoria de estudo na qual é realizada “*coleta de depoimentos e registro de situações e casos relevantes que ocorreram durante a implementação de um programa, projeto ou em uma dada situação problema.*”⁴¹ Assim sendo, o presente estudo apresenta a condução e os resultados obtidos nos grupos de combate ao tabagismo do PSF Macacos.

Para a elaboração do estudo foram compilados dados contidos nas fichas de “anamnese do fumante”, as quais foram preenchidas na primeira consulta após a busca pelo tratamento. Através destes dados foi possível descrever o perfil dos participantes do programa. Em cada reunião eram preenchidas tabelas de acompanhamento, nas quais eram contidas informações relacionadas às medicações em uso pelo participante e situação do mesmo no tratamento (fumando ou abstinente), além de observações relacionadas a efeitos adversos ao tratamento medicamentoso, dificuldades vivenciadas e registro de peso e pressão arterial. Estas tabelas foram utilizadas para compilar os dados referentes às rotinas assistenciais desenvolvidas e ao índice de sucesso do tratamento. Foi realizado o levantamento da literatura atual para apoiar o desenvolvimento e a apresentação da experiência. Este levantamento teve início com a pesquisa de artigos relacionados ao tema nos bancos de dados da Bireme – BVS (Biblioteca Virtual em Saúde), com as palavras-chave “Hábito de fumar, Abandono do uso de Tabaco e Programa Saúde da Família”. As buscas no site da Scielo (Scientific Electronic Library Online) foram feitas utilizando o termo “Tabagismo” para a busca e selecionando as opções “Tabagismo, Tabagismo passivo, Tabagismo epidemiologia, Tabagismo prevenção e controle e Tabagismo prevenção primária”. No banco de dados Pub med (Medline) foi utilizado o termo “Smoking” e selecionado o banco de dados da Pubmed Central. Em todos os bancos de dados foram selecionados para a leitura apenas artigos que possuíam texto completo, sem distinção de idioma. Além destas referências foram também pesquisadas publicações no site do INCA (Instituto Nacional de Câncer). Foram selecionados um total de 62 estudos para serem submetidos à leitura e análise dos conteúdos para posterior redação do presente estudo, sendo utilizados 46 deles para a construção deste artigo.

A apresentação da experiência será dividida em duas partes, sendo a primeira denominada “Relato da experiência”, onde serão discutidos os aspectos que incorporaram seu

desenvolvimento. Esta parte será subdivida em 4 etapas, sendo elas: O diagnóstico; Planejamento das ações; O cadastramento; e Manejo dos grupos de aconselhamento (Método cognitivo-comportamental). A segunda parte será denominada “Resultados da experiência” e irá descrever os resultados obtidos no tratamento do tabagismo no PSF Macacos.

6 RELATO DA EXPERIÊNCIA

A experiência se passou na UAPS Dr. Sebastião Fabiano Dias, conhecida como PSF Macacos, município de Nova Lima, região metropolitana de Belo Horizonte, Minas Gerais. O município possui, segundo o Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), uma população de 80.998.²⁵ Conta com 16 UAPS (sendo PSF e PACS), oferecendo atendimento de clínica-geral, pediatria, ginecologia, fonoaudiologia, saúde mental (com psiquiatra, psicólogo e terapeuta ocupacional), além do apoio do Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF) em outras especialidades. A atenção primária se distribui da seguinte maneira: 98,68% da população é coberta pelo Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS), porém apenas 46,85% da população é coberta pela Estratégia Saúde da Família, de acordo com dados retirados do Sistema de Informação da Atenção Básica (SIAB).²⁶ Existe ainda uma gama de especialidades atendidas, através de marcação feita pela UAPS, na Policlínica Municipal (atendimento secundário e consultas especializadas). O município conta com um Hospital (Fundação Hospitalar Nossa Senhora de Lourdes- atendimento terciário) com Pronto Atendimento (PA) adulto e infantil, leitos de internação adultos e infantis e uma maternidade para atendimento às gestantes de risco habitual. Há convênios com laboratórios particulares para a realização de exames de sangue, ultrassom, etc. De acordo com fluxos da Secretaria Municipal de Saúde, os atendimentos mais complexos que demandam uma estrutura hospitalar mais elaborada são atendidos no município de Belo Horizonte, a partir de contato prévio (SUSfácil). As demais especialidades e exames são também referenciados para Belo Horizonte através do setor de controle e avaliação.

6.1 Etapa 1 - O diagnóstico

Foi realizada a construção, em equipe, do diagnóstico situacional da área de abrangência, onde foram evidenciados os principais problemas da comunidade, os principais riscos de adoecimento:

- Ausência de rede de esgoto;
- Deficiência no transporte coletivo;
- Abuso de álcool e outras drogas, com ênfase no tabaco;
- Falta de pavimentação;
- Distância entre os postos de atendimento do PSF Macacos;
- Distância entre a área de abrangência do PSF Macacos e a sede do município;
- Instalações inadequadas das unidades de atenção primária à saúde.

Após análise do diagnóstico situacional e das condições de enfrentamento dos problemas pela equipe multidisciplinar de saúde da família, foi definido que o fator de risco que seria enfrentado prioritariamente seria o alto índice de tabagismo na comunidade do PSF Macacos.

6.2 Etapa 2 - Planejamento da ações

O planejamento das ações se iniciou com o levantamento dos recursos necessários para a realização do programa. Materiais impressos foram fornecidos pelo setor de Programas de Saúde da Secretaria Municipal de Saúde. Cartazes foram confeccionados pela equipe de saúde e afixados na UAPS, enfatizando o tema “Unidade de Saúde livre de Tabaco”, além de divulgar o programa de controle do tabagismo. Foi escolhido o método cognitivo-comportamental para o enfrentamento do problema, na forma de grupos de aconselhamento. Neste momento foram definidos local, datas e horário da realização dos grupos, assim como os profissionais participantes. A divulgação se deu por meio de cartazes, já citados acima e através das ACSs durante as visitas domiciliares.

6.3 Etapa 3- O cadastramento

Após a revisão de literatura, momento em que toda a equipe ampliou seus conhecimentos sobre o tema e a relevância do trabalho ficou ainda mais evidente, a próxima etapa constituiu do cadastramento da população interessada em ingressar no programa e a realização da anamnese clínica inicial para o tratamento do tabagismo. Durante o período de realização do estudo foram realizadas um total de 46 anamneses, sendo 29 participantes do sexo feminino (63%) e 17 do sexo masculino (37%). O número muito superior de mulheres aderindo ao tratamento pode justificar-se por um maior vínculo do gênero feminino com a unidade de saúde e por uma consciência maior sobre os riscos da dependência para a saúde delas próprias e dos familiares. As mulheres costumam eleger o cigarro como companheiro, amigo e fonte de prazer²⁷ e, por isso, atenção especial deve ser dada aos anseios destas mulheres. A faixa-etária dos participantes variou de 27 a 71 anos, sendo a idade média 46 anos. A anamnese era composta por história tabagística, Teste de Fagerstron (para avaliar o grau de dependência ao tabaco), estágio de motivação em cessar o tabagismo, história patológica, teste de depressão e Teste de Cage (para avaliar dependência ao álcool). Todos os pacientes participantes foram submetidos a esta anamnese completa, considerando que a *“avaliação global do paciente e do grau de dependência à nicotina é fundamental para estabelecer um planejamento terapêutico na cessação do tabagismo.”*¹⁷

“Sendo o questionário de tolerância de Fagerstron (QTF) um instrumento confiável de avaliação do grau de dependência nicotínica, sua utilização deve ser rotineira na anamnese de todo doente tabagista. O QTF deve ser utilizado na íntegra e seria aconselhável associá-lo à utilização dos estágios de mudança de Prochaska e Di Clemente, já que estes apontam para a análise dos aspectos emocionais do hábito tabágico.”²⁸

Posteriormente, os pacientes passaram por consulta médica e colocaram os exames em dia. O único critério de exclusão para a participação no programa foi a indisponibilidade para participação nos encontros do grupo de aconselhamento, uma vez que o tratamento não se resume aos medicamentos dispensados e a análise realizada era do atendimento em grupo e não individual.

A análise das anamneses realizadas evidenciou dados importantes para a avaliação do perfil dos participantes do programa, demonstrados a seguir:

6.3.1 Escolaridade

Tabela 1:

Grau de escolaridade dos participantes do programa de cessação do tabagismo do PSF Macacos (2012 - 2013)

Analfabeto	Semi-analfabeto	1° grau incompleto	1° grau completo	2° grau incompleto	2° grau completo	Superior incompleto	Superior completo	Total
2	1	24	6	5	0	2	6	46

Fonte: Anamnese do fumante realizada pela própria autora.

A baixa escolaridade da maior parte dos participantes do programa justifica-se pelo mesmo ocorrer em uma unidade de atenção primária à saúde do sistema único de saúde (SUS), onde a maioria das famílias cadastradas possui o perfil de baixa renda per capita e baixo índice de escolaridade.

6.3.2 Idade de início do tabagismo

A idade em que os participantes iniciaram a dependência ao tabaco variou de 10 a 50 anos, sendo a média de 16 anos. Este resultado é compatível com os números mundiais, que indicam que, geralmente, o hábito tabágico inicia-se ainda na adolescência. Estudo revela que *“cerca de 80% dos fumantes inicia o consumo de tabaco na adolescência.”*²⁹

6.3.3 Tentativas anteriores de cessação do tabagismo

Tabela 2:

Tentativas anteriores de cessação do tabagismo com êxito

Tentativas	De 1 a 3 vezes	Mais de 3 vezes	Tentaram mas não conseguiram	Nunca tentaram	Total
Participantes	21	1	18	6	46
Percentual	46%	2%	39%	13%	100%

Fonte: Anamnese do fumante realizada pela própria autora.

Os números evidenciam que a maioria dos pacientes já teve êxito em tentativas anteriores de cessar a dependência ao tabaco, mas recaíram algum tempo depois. Um número também significativamente alto de participantes tentou deixar de fumar anteriormente e não conseguiu, o que reforça o conhecimento de que a nicotina é uma droga com alto grau de

dependência, sendo necessário acompanhamento responsável para a cessação do vício e manutenção da abstinência. Dos 87% dos pacientes que fizeram tentativas para cessar o tabagismo, obtendo ou não sucesso, 75% (30 participantes) não utilizaram nenhum recurso para auxiliar na tentativa, 25% (10 participantes) utilizaram terapia de reposição de nicotina, mas apenas cinco destes pacientes (12,5%) foram acompanhados por profissionais de saúde, o que justifica a falha na tentativa ou as recaídas posteriores. “*As recaídas das cessações espontâneas do tabagismo, sem ajuda, são superiores a 95% dentro de um ano.*”³⁰ Todos relataram sintomas de abstinência durante as tentativas, sendo os sintomas mais relatados a fissura (100%), a ansiedade (82,5%), a irritabilidade (82,5%) e a inquietação (75%).

“A síndrome de abstinência da nicotina é mediada pela noradrenalina e começa cerca de 8 horas após fumar o último cigarro, atingindo o auge no terceiro dia. Os principais sintomas são: ansiedade, irritabilidade, distúrbios do sono (insônia e sonolência diurna), aumento do apetite, alterações cognitivas (diminuição da concentração e atenção) e fissura pelo cigarro (“craving”). Por isso os dependentes da nicotina apresentam alívio da abstinência ao fumarem o primeiro cigarro da manhã.”³¹

6.3.4 Teste de Fagerstron

A avaliação do grau de dependência dos usuários integrantes do programa forneceu os seguintes resultados:

Tabela 3:

Grau de dependência – Teste de Fagerstron

	0 a 2 pontos – muito baixo	3 a 4 pontos – baixo	5 pontos – médio	6 a 7 pontos – elevado	8 a 10 pontos – muito elevado	Total
Participantes	1	4	7	14	20	46
Percentual	2%	8%	17%	30%	43%	100%

Fonte: Anamnese do fumante realizada pela própria autora.

Fica evidente com os números demonstrados acima que a maior parte dos pacientes que procuram o tratamento para deixar de fumar possui grau de dependência elevado ou muito elevado.

6.3.5 Estágio de motivação

A avaliação do estágio de motivação para deixar o cigarro é essencial para uma melhor análise posterior dos resultados obtidos, além de permitir melhor entendimento das reações do paciente durante o tratamento.

“O modelo transteórico de Prochaska & Di Clemente descreve a prontidão para a mudança como estágios nos quais o indivíduo transita. Os autores destacam cinco estágios bem definidos, confiáveis e relacionados entre si: pré-contemplação, contemplação, preparação, ação e manutenção.”²⁴

Em relação ao estágio de motivação para interromper o tabagismo, nenhum paciente estava no estágio “pré-contemplativo”, apenas 2% deles estava no estágio “contemplativo”, 37% estavam no estágio “preparação” e 61% estavam no estágio “ação”. Estes números representam a determinação dos participantes em interromper a dependência nicotínica e é um bom indicador para o sucesso do tratamento.

6.3.6 História patológica

Após a investigação da história patológica dos pacientes, alguns dados encontrados chamaram atenção, devido a sua relevância para o tratamento. Dos 46 usuários investigados, 19 eram portadores de hipertensão arterial sistêmica (HAS), que corresponde a 41% dos pacientes, 7 possuíam diabetes mellitus (15%) e 28 relataram ter crises de depressão e/ou ansiedade (61%). Após a aplicação do teste de depressão, 15 pacientes (54%) mostraram depressão leve, 4 depressão moderada (14%), 3 depressão grave (11%) e 6 pacientes (21%) não evidenciaram nenhum grau de depressão no teste. Em um estudo sobre o tema foi evidenciado que “25 a 40% dos fumantes que procuram tratamento têm um passado histórico de depressão.”³² Os números do PSF Macacos revelaram percentual de depressão ainda maior, dado que impacta na condução do tratamento, uma vez que “a probabilidade de abandono do tabagismo é reduzida em pacientes com transtornos de depressão”^{33,34} e “eles aderem menos ao tratamento.”³³ Estudo intitulado “Dependência do tabaco e comorbidades psiquiátricas” levanta a hipótese de que “parar de fumar pode facilitar o desenvolvimento de episódios depressivos com sintomas graves”³⁵, portanto, o cuidado com estes pacientes foram mais acirrados e, em alguns casos mais críticos, o tratamento medicamentoso foi discutido com um psiquiatra da rede. A inclusão dos pacientes com quadros depressivos no tratamento,

apesar do risco citado acima e das dificuldades de condução do tratamento, é muito bem justificada por Ismael S. M. C.:

“Apesar de a ocorrência de depressão ser um indicativo de baixo sucesso no tratamento do fumante, não se exclui a possibilidade de tratamento a estes pacientes. O que pode e deve ser feito é determinar um período mais prolongado de tratamento para que consigam obter sucesso com o tratamento.”²⁴

Outro histórico patológico importante foi a presença de outros transtornos psiquiátricos associados, relatados por 4 pacientes (8%), sendo 3 diagnosticados com Esquizofrenia (todos com acompanhamento psiquiátrico) e 1 com Transtorno bipolar (sem acompanhamento adequado).

6.3.7 Alcoolismo associado

O Teste CAGE para avaliação do alcoolismo foi aplicado em todos os participantes que relataram ingerir bebidas alcoólicas todos os dias (6%) ou finais de semana (21%). Em relação a este teste, Paz Filho et. al faz uma consideração importante:

“No Brasil, a validação do CAGE foi feita por Masur e Monteiro (1983), que encontraram uma sensibilidade de 88% e uma especificidade de 83%. Nesse teste, pacientes devem responder afirmativa ou negativamente às quatro perguntas. Considera-se um resultado positivo para o mesmo quando duas ou mais perguntas obtêm a resposta afirmativa.”³⁶

O resultado do CAGE mostrou que 8 pacientes (17%) possuíam tendência importante para o alcoolismo, ou seja, responderam afirmativamente a pelo menos duas das quatro perguntas constantes no teste, número relativamente alto e que impacta no tratamento de cessação do tabagismo, uma vez que o consumo de álcool é um importante fator associado ao hábito tabágico.

6.4 Etapa 4 – Manejo dos grupos de aconselhamento (Método cognitivo-comportamental)

*“Dentre as possibilidades para auxiliar no processo de cessação tabágica encontram-se a abordagem cognitivo-comportamental, a farmacoterapia, o acompanhamento clínico, os grupos terapêuticos e o apoio da família.”*³⁷ O tratamento da dependência nicotínica do PSF Macacos buscou associar todas estas possibilidades. Após a anamnese detalhada, conhecimento do perfil individual dos participantes do programa, consulta médica e avaliação de exames laboratoriais, os casos foram discutidos com a médica e a enfermeira da equipe de saúde da família, momento em que foi definido qual o melhor tratamento medicamentoso para cada paciente, sendo assim prescritos pela médica e agendado o início dos grupos. Os encontros ocorreram entre outubro de 2012 e maio de 2013. Durante este período cinco grupos foram acompanhados, em três locais diferentes (UAPS Macacos, Unidade de apoio Miguelão e Unidade de Apoio Vale do Sol). De outubro de 2012 à Janeiro de 2013 ocorreram dois grupos (Macacos e Miguelão), de Janeiro de 2013 à Abril de 2013 ocorreu um grupo no Vale do Sol e de Fevereiro de 2013 à Maio de 2013 ocorreram os últimos dois grupos, também em Macacos e Miguelão. A formação de cada um deles está descrita a seguir:

Grupo I – Macacos: 11 participantes, sendo 10 do sexo feminino e 1 do sexo masculino;

Grupo II – Miguelão: 8 participantes, sendo 3 do sexo feminino e 5 do sexo masculino;

Grupo III – Vale do Sol: 11 participantes, sendo 5 do sexo feminino e 6 do sexo masculino;

Grupo IV – Miguelão: 8 participantes, sendo 4 do sexo feminino e 4 do sexo masculino;

Grupo V – Macacos: 8 participantes, sendo 7 do sexo feminino e 1 do sexo masculino;

Em todos os grupos os encontros ocorreram semanalmente até o total de cinco encontros, passando, então, a acontecer quinzenalmente por mais dois encontros e, por fim, mais um encontro após um mês. Os participantes mantiveram um vínculo próximo com a equipe por, no mínimo, três meses, período este em que aconteciam os encontros programados. Materiais impressos da coleção *“Deixando de fumar sem mistérios”* foram

entregues aos participantes a cada sessão, até completar quatro sessões, sendo, neste momento, trabalhados os temas das respectivas sessões com os participantes. Durante todo o programa os participantes eram incentivados a falar sobre suas angústias e dificuldades, sobre tentativas anteriores de parar de fumar e sobre possíveis reações ao tratamento medicamentoso. A troca de experiências entre indivíduos que enfrentam os mesmos problemas é muito válida para aumentar a motivação em superar este problema. Após o término das cinco primeiras sessões os pacientes ficaram distantes do profissional durante 15 dias, porém, receberam auxílio telefônico após uma semana, para auxiliar na manutenção da abstinência. Após o término dos encontros programados, os pacientes foram encorajados a procurarem a UAPS em qualquer dificuldade ou recaída, fortalecendo o vínculo e a confiança com o profissional. Após três meses foi realizado novo contato com os participantes para reforçar orientações e verificar as taxas de manutenção da abstinência dos grupos I e II, ambos finalizados em Janeiro de 2013.

A escolha do foco no método cognitivo-comportamental e grupos de aconselhamento, além de ser uma exigência do programa estadual de combate ao tabagismo para as equipes de saúde da família, também foi embasada na literatura:

“A abordagem de indivíduos dependentes do tabaco que querem deixar o vício está bem descrita em vários estudos sobre o tema, sendo consenso geral que é necessário a abordagem psicossocial e comportamental e, em alguns casos, a abordagem farmacológica. Os medicamentos para o tratamento do tabagismo nunca devem ser utilizados de maneira isolada no tratamento, sendo imprescindível o manejo psicossocial concomitante.”³⁸

A terapia cognitivo-comportamental procura promover mudanças emocionais e comportamentais duradouras, enfatizando sempre os aspectos positivos da cessação do tabagismo.²⁴ Esta forma de tratamento “*utiliza técnicas cognitivas e de modificação do comportamento para interromper a associação entre a situação gatilho, a fissura de fumar e ao comportamento de consumo.*”³⁹ Além disso, o tratamento medicamentoso, apesar de ser de extrema importância para reduzir os sintomas da abstinência, não interfere na motivação dos pacientes em abandonar o cigarro.⁴⁰

“Os fumantes pesados geralmente fumam o primeiro cigarro antes de 30 min. após acordar, têm a percepção de dificuldade de abandonar o vício, e pouca autoconfiança. Dentre as diversas formas de abordagens para esses pacientes, destaca-se a necessidade do fortalecimento da motivação, sem a qual esses pacientes não conseguirão deixar de fumar.”³³

Os grupos de aconselhamento foram manejados por dois profissionais de nível superior, devidamente capacitados, sendo os mesmos a enfermeira e a médica da equipe. Estudo do Ministério da Saúde e Ambiente da Argentina revela que *“quanto mais intensa a intervenção psicossocial (mensurada pelo tempo despendido na ação) maior o êxito alcançado no tratamento. (...) esta intervenção intensiva é mais efetiva se dois ou mais profissionais de saúde, de áreas diferentes, trabalharem em conjunto.”*¹⁹ Devido à indisponibilidade de horário da nutricionista do NASF para a participação no grupo, os pacientes foram monitorados semanalmente quanto ao ganho ponderal, com o cálculo do IMC, sendo os casos de sobrepeso e/ou obesidade ($IMC \geq 25$) encaminhados para consulta individual com a nutricionista. A preocupação com o ganho ponderal foi relatada por 96% das mulheres e 29% dos homens e este fator é frequentemente relatado como motivo de manutenção do vício ou recaída⁴⁷, por isso o problema foi encarado com grande relevância pelos profissionais. *“Estudos clínicos e epidemiológicos relatam que os fumantes pesam menos que os não fumantes e ganham peso quando param de fumar.”*³² Segundo Reichert J. et al. *“é importante o controle do peso corporal no planejamento e durante o processo de cessação.”*⁴⁸

6.4.1 Os medicamentos

Outros estudos evidenciam mais a importância do tratamento medicamentoso associado ao método cognitivo-comportamental e grupos de aconselhamento para a melhora dos índices de abstinência^{7,17} e, por isso, todos os participantes receberam algum suporte medicamentoso, sendo, no mínimo, a administração da terapia de reposição de nicotina (TRN) na forma de adesivo transdérmico. *“A farmacoterapia da dependência de nicotina divide-se em: primeira linha (bupropiona e terapia de reposição da nicotina), e segunda linha (clonidina e nortriptilina).”*³¹ Além da TRN, os medicamentos utilizados no tratamento foram Cloridrato de Bupropiona 150mg e Nortriptilina 75mg. *“A bupropiona é um antidepressivo não-tricíclico que inibe a recaptação pré-sináptica de dopamina e noradrenalina.”*⁴¹ A Nortriptilina possui efeito antidepressivo e ansiolítico. (41) A opção inicial de tratamento medicamentoso foi a associação de TRN e Cloridrato de Bupropiona. Todos os participantes que não tinham contra-indicação ao uso da Bupropiona recebeu esta prescrição; os demais receberam apenas a TRN como tratamento medicamentoso. Após a realização dos dois primeiros grupos, que atendeu no total 19 pacientes, a Bupropiona ficou em falta no

município e, como forma de não retardar o tratamento dos pacientes que aguardavam o seu início, foi utilizada o tratamento de segunda linha: Nortriptilina associada à TRN, sendo esta a opção de tratamento dos grupos III, IV e V. Utilizando o mesmo critério inicial, somente pacientes com contra-indicações não receberam a Nortriptilina. Os adesivos transdérmicos seguiram a seguinte prescrição: pacientes com grau de dependência muito elevado iniciaram o tratamento com o adesivo de 21mg e permaneceram com esta dosagem durante 4 semanas. À partir da quinta semana a dosagem do adesivo reduziu para 14mg e foi mantida assim por mais quatro semanas. Após o término da oitava semana a dose foi reduzida para 7mg e permaneceu assim durante as últimas quatro semanas do tratamento. Para os demais pacientes a duração do tratamento com a TRN foi de oito semanas, sendo 14mg nas primeiras quatro semanas e 7mg nas últimas quatro. A posologia utilizada para a Bupropiona foi de 150mg às 08:00 e às 16:00h. Os participantes utilizaram nos três primeiros dias apenas um comprimido de 150mg às 08:00h e, à partir do quarto dia, alterou a dose para um comprimido às 08:00 e um às 16:00h, permanecendo com esta posologia até o término do tratamento. A posologia utilizada para a Nortriptilina foi de 75mg/dia, em uma única administração. Os pacientes iniciaram o tratamento com 25mg/dia, permanecendo com esta dosagem durante 7 dias; nos próximos 7 dias a dosagem prescrita foi 50mg/dia e, à partir da terceira semana, a dose foi aumentada para 75mg/dia, sendo esta a posologia de todo o tratamento, reduzida apenas nas últimas duas semanas do acompanhamento antes da sua suspensão.

Aumentar o acesso às terapias de reposição de nicotina é uma ação reconhecidamente eficaz no controle do tabagismo.⁴² Otero U. B. et al. conclui, em seu estudo sobre a abordagem cognitivo-comportamental e uso de adesivos transdérmicos de reposição de nicotina, que *“o uso de terapia de reposição de nicotina, quando comparado ao seu não uso, aumentou a proporção de abstinência em cerca de 50% depois de acompanhamento de um ano, independentemente do número de sessões.”*⁴³ Outro estudo sobre o tratamento do tabagismo com bupropiona e reposição nicotínica chegou a conclusão de que *“o acréscimo de alguma forma de tratamento farmacológico praticamente dobrou o índice de sucesso, sem diferença significativa entre as drogas usadas, seja em monoterapia ou em associação, com percentuais de efeitos colaterais muito baixos.”*⁴⁴

O medicamentos auxiliam no tratamento por reduzirem a intensidade dos sintomas de abstinência, havendo também indícios de que os mesmos podem amenizar o ganho de peso, muito comum neste período e motivo de intensa preocupação dos pacientes, principalmente

das mulheres. A utilização destes medicamentos somente são desaconselhadas se houverem contra-indicações clínicas para o seu uso.⁴⁵

“Considerando que, entre as mulheres, uma das principais preocupações e motivo reconhecido de recaída são o ganho de peso e a dificuldade em manejar as pressões estressoras do cotidiano, uma opção interessante a ser considerada nesse contexto específico é a prescrição de bupropiona ou de terapias de reposição de nicotina.”⁴⁶

7 RESULTADOS DA EXPERIÊNCIA

7.1 Resultado geral

Ao término dos cinco grupos de aconselhamento, o programa de combate ao tabagismo do PSF Macacos havia atendido um total de 46 participantes, sendo 29 do sexo feminino e 17 do sexo masculino, como já citado anteriormente. Os resultados gerais do tratamento estão descritos na tabela abaixo, sendo “**grupo abstinente**” os pacientes que obtiveram sucesso com o tratamento, estando sem fumar ao seu término; “**grupo falha**” os pacientes que concluíram o tratamento mas não abandonaram o cigarro (independente do número de cigarros/dia reduzidos) e “**grupo abandono**” os pacientes que interromperam o tratamento antes do seu término:

Tabela 4:

Resultados do Programa de Combate ao Tabagismo do PSF Macacos imediatamente após término – Out/2012 à Mai/2013

Sexo	Grupo Abstinente	Grupo Falha	Grupo Abandono	Total
Feminino	17	6	5	28
Masculino	11	6	1	18
Total	28	12	6	46

Fonte: Dados coletados pela própria autora.

A tabela acima mostra que o índice de abstinência imediatamente após o término do programa, independente do sexo, foi de 61%. O índice de falha foi de 26% e o de abandono foi de 13%. Do total de mulheres participantes, 59% estavam abstinentes ao término do tratamento, enquanto 65% dos homens se enquadravam nesta situação. As diferenças no índice de abstinência entre homens e mulheres não foi significativa. Do total de pessoas que não obtiveram sucesso, tendo falhado ou interrompido o tratamento, 67% possuíam algum grau de depressão, número significativamente alto que comprova que o estado depressivo interfere no sucesso do tratamento do tabagismo. Outro dado importante observado é que 11% destes pacientes eram alcoolistas e também 11% possuíam outras comorbidades psiquiátricas. Estudo sobre tabagismo e comorbidades psiquiátricas revela que “50% da população geral conseguem parar de fumar, enquanto somente 15% dos pacientes psiquiátricos o fazem.”⁴⁹ Um total de 11 participantes dos grupos I e II, que estavam abstinentes ao término do

tratamento, foram acompanhados após três meses e não foi verificado recaída, sendo mantida a taxa de abstinência de 58% do total de 19 participantes destes dois grupos. Os demais grupos ainda não tiveram este seguimento por terem concluído o tratamento há menos de três meses

7.2 Resultados X Medicamentos

7.2.1 Grupos de aconselhamento + TRN

Um total de 13 participantes utilizou como tratamento medicamentoso apenas a TRN na forma de adesivo transdérmico. Houve um relato de reação alérgica local consequente ao uso do adesivo, sendo o seu uso suspenso e substituído por TRN na forma de goma de mascar. Do total de pacientes enquadrados nesta categoria de tratamento, 15% abandonaram o tratamento, 31% não conseguiram conquistar a abstinência e 54% obtiveram sucesso no tratamento, estando abstinentes ao seu término.

7.2.2 Grupos de aconselhamento + TRN + Bupropiona

Um total de 13 participantes utilizou a TRN na forma de adesivo transdérmico associado ao Cloridrato de Bupropiona 150mg (às 08:00 e 16:00h). Não ocorreu nenhum registro de reações adversas à medicação. Nesta categoria 77% dos pacientes obtiveram sucesso, 8% foram considerados falha, sem sucesso e 15% abandonaram o tratamento.

7.2.3 Grupos de aconselhamento + TRN + Nortriptilina

Esta categoria de tratamento contemplou 20 participantes. Foram relatados três casos de efeitos adversos à medicação (sonolência excessiva), um participante interrompeu o uso da Nortriptilina devido a este sintoma e manteve apenas a TRN, os outros dois participantes aguardaram um período maior e tiveram remissão dos sintomas, mantendo o uso da medicação. O índice de abstinência ao término do tratamento foi de 55%, o índice de abandono de 10% e 35% de falha.

A associação da Bupropiona com a TRN obteve maior índice de abstinência comparada a monoterapia com TRN e com a Nortriptilina associada à TRN. Não houve diferença significativa no índice de sucesso do tratamento com Nortriptilina associada à TRN comparada a monoterapia com TRN. Os grupos de aconselhamento estiveram associados a todas as categorias de tratamento medicamentoso citadas acima.

7.3 Resultados X Grau de dependência

Analisando o grau de dependência dos 28 participantes que conseguiram alcançar a abstinência ao término do tratamento, os seguintes resultados foram encontrados:

Tabela 5:

Abstinentes segundo o grau de dependência – Teste de Fagerstron

-----	0 a 2 pontos – muito baixo	3 a 4 pontos – baixo	5 pontos – médio	6 a 7 pontos – elevado	8 a 10 pontos – muito elevado	Total
Participantes abstinentes	0	2	5	10	11	28
Total de participantes	1	4	7	14	20	46
Percentual de abstinência	0%	50%	71%	71%	55%	-----

Fonte: Dados coletados pela própria autora.

Os pacientes com graus de dependência médios ou elevados apresentaram maior índice de abstinência ao término do tratamento comparado aos com grau de dependência muito baixo, baixo e muito elevado. Este dado pode justificar-se pelo número muito pequeno de pacientes enquadrados nos dois primeiros casos, impactando no percentual. Os pacientes com grau de dependência muito elevado possuem maior dificuldade de abandonar o cigarro, uma vez que, além da dependência química da nicotina, possuem também elevado grau de dependência psicossocial.

8 CONSIDERAÇÕES FINAIS

A dependência nicotínica é, sem dúvida, extremamente difícil de ser tratada, pois envolve uma série de costumes e conflitos pessoais constantemente ligados ao ato de fumar. Porém, o tratamento desta dependência é um desafio que deve ser enfrentado pelas equipes de saúde em todos os níveis de atenção. As equipes de saúde da família, devido à proximidade e ao vínculo com a comunidade, devem se empenhar em aumentar a motivação dos indivíduos em deixar o cigarro em todos os momentos possíveis, desde a sua chegada à UAPS até durante as visitas domiciliares, uma vez que a motivação é considerada um importante empecilho na decisão de abandonar o uso do tabaco. Os gestores devem fornecer cursos de capacitação e suprimentos de forma a aperfeiçoar o trabalho das equipes no combate ao tabagismo. No atual cenário em que vivemos, aonde o número de casos de doenças crônicas não transmissíveis vem cada vez mais causando mortes prematuras e invalidez, o estímulo a hábitos de vida saudáveis, incluindo a cessação do tabagismo, se torna fundamental aos profissionais inseridos na estratégia saúde da família. *“Os efeitos benéficos da suspensão do fumo são evidentes, em todas as faixas etárias, até mesmo nos idosos, principalmente em termos de qualidade e expectativa de vida.”*⁸ A experiência relatada deixou clara a eficácia dos grupos de aconselhamento associados ao suporte medicamentoso para o tratamento do tabagismo e pretende divulgar os resultados no intuito de expandir esta atitude para outros serviços de atenção à saúde.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- 1- MINISTÉRIO DA SAÚDE. DEPARTAMENTO DE ATENÇÃO BÁSICA.. **Saúde da Família**. Disponível em: <<http://dab.saude.gov.br/atencaobasica.php#saudedafamilia>>. Acesso em: 07 maio 2013.
- 2- ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE. **Relatório da Organização Mundial de Saúde sobre a Epidemia Global de Tabagismo – 2008**. Disponível em: <www.who.int/tabaco/mpower . Acessado em 03/03/2013>. Acesso em: 03 mar. 2013.
- 3- INSTITUTO NACIONAL DE CÂNCER (Rio de Janeiro). **Convenção-Quadro para o Controle do Tabaco - 2004**. Disponível em: <URL:<http://www.inca.gov.br/tabagismo/frameset.asp?item=cquadro3&link=downloads.htm>>. Acesso em: 15 mar. 2013.
- 4- CARAM, Laura Miranda de Oliveira et al. Perfil de fumantes atendidos em serviço público para tratamento do tabagismo. **Jornal Brasileiro de Pneumologia**, Botucatu, p. 980-985. maio 2009.
- 5- MINISTRO DE SALUD Y AMBIENTE DE LA NACIÓN Y ENTIDADES ACADÉMICAS, CIENTÍFICAS Y INSTITUCIONES REPRESENTATIVAS DEL CONTROL DEL TABACO EN ARGENTINA. **Resúmen de la guía nacional de tratamiento de la adicción al tabaco: primera parte**. Guía de Práctica Clínica. Evid. actual. páct. ambul. 9(3);88-90. Mar-Abr 2006.
- 6- WORLD BANK. **Combating tobacco epidemic**. The World Health Report 1999. 1st ed. Geneva, 1999;65-79.
- 7- CONICQ/INCA/MINISTÉRIO DA SAÚDE. MINISTÉRIO DO DESENVOLVIMENTO AGRÁRIO. **Methodological guidelines for the analysis of tobacco growers livelihoods diversification**. References to identify alternative strategies based on preliminary results from a case study in Brazil. Porto Alegre, february 2012.
- 8- GOULART, Denise et al. Tabagismo em idosos. **Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia**, Porto Alegre, n. , p.9-20, 2006.
- 9- JAQUES, Tiago Alves. **Impasses e estratégias: convenção-quadro e controle do tabagismo no Brasil (1986-2005)**. 2010. 130 f. Dissertação (Mestrado) - Departamento de História Das Ciências e da Saúde, Fundação Oswaldo Cruz., Rio de Janeiro, 2010.
- 10- AZEVEDO, Renata Cruz Soares de et al. Grupo terapêutico para tabagistas: resultados após seguimento de dois anos. **Revista da Associação Médica Brasileira**, Campinas, v. 5, n. 55, p.593-596, 2009.

- 11- ECHER, Isabel Cristina et al. Informação e campanhas de esclarecimento como fatores de sucesso no abandono do tabagismo. **Pulmão Rj**, Rio de Janeiro, v. 14, n. 3, p.220-227, jul. 2005.
- 12- MELO, Wilson Vieira et al. A entrevista motivacional em tabagistas: uma revisão teórica. **Revista de Psiquiatria do Rio Grande do Sul**, Porto Alegre, v. 30, n. 1, p.0-0, 2008. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0101-81082008000200001&lng=en>. <http://dx.doi.org/10.1590/S0101-81082008000200001>>. Acesso em: 20 mar. 2013.
- 13- HORIMOTO, Fabiano Coelho; BEVILAQUA, Mariele. Uso de varenicline no tratamento do tabagismo: relato de dois casos. **Revista Brasileira de Psiquiatria do Rio Grande do Sul**, Campo Grande, v. 29, n. 5, p.219-222, ago. 2007.
- 14- AZEVEDO, Renata Cruz Soares de; FERNANDES, Rejane Firmino. Fatores relacionados ao insucesso na cessação tabágica: um estudo de coorte prospectivo. **Sao Paulo Medical Journal**, Campinas, v. 129, n. 6, p.380-386, dez. 2011.
- 15- INSTITUTO NACIONAL DO CÂNCER. **Tabagismo: Dados e Números**. Disponível em: <<http://www.inca.gov.br/tabagismo/frameset.asp?item=dadosnum&link=brasil.htm>>. Acesso em: 23 maio 2013.
- 16- SOCIEDADE BRASILEIRA DE PNEUMOLOGIA E TISIOLOGIA et al. Tabagismo: Parte I. **Revista da Associação Médica Brasileira**, São Paulo, v. 56, n. 2, p.134-134, 26 maio 2009.
- 17- COSTA, Alessandra Alves da et al. Programa Multiprofissional de Controle do Tabagismo: aspectos relacionados à abstinência de longo prazo. **Revista da Socerj**, Rio de Janeiro, v. 19, n. 5, p.397-403, set. 2006.
- 18- BANCO MUNDIAL. **Curbing the Epidemic: Governments and the Economics of Tobacco Control**. [s.l.]: Banco Mundial, 2001.
- 19- PINTO, Márcia; UGÁ, Maria Alicia Domínguez. Custo do tratamento de pacientes com histórico de tabagismo em hospital especializado em câncer. **Revista de Saúde Pública**, São Paulo, v. 45, n. 3, p.575-582, 2011.
- 20- ERIKSEN, Michael; MACKAY, Judith; ROSS, Hana. **The Tobacco Atlas**. Disponível em: <<http://www.tobaccoatlas.org/>>. Acesso em: 03 maio 2013.
- 21- AZEVEDO, Renata Cruz Soares de. Abordagem do tabagismo: estratégia para redução de fator de risco modificável para AVC. **Com Ciência**, Campinas, n. 109, p.0-0, 2009.
- 22- KÖHLER, Ana Patrícia Paiva Calil et al. **Hipertensão e tabagismo: um estudo com usuários de uma unidade básica de saúde no município de Ji-Paraná – RO**. Disponível em: <<http://www.webartigos.com/artigos/hipertensao-e-tabagismo/6798/>>. Acesso em: 24 maio 2013.

- 23- AZEVEDO, Renata Cruz Soares de et al. Abordagem do tabagismo na rede pública. **Revista de Saúde Pública**, [s.l.], v. 42, n. 2, p.353-355, 2008.
- 24- ISMAEL, Sílvia Maria Cury. **Efetividade da Terapia Cognitivo-comportamental na terapêutica do tabagista**. 2007. 153 f. Tese (Doutorado) - Departamento de Fisiopatologia Experimental, Universidade de São Paulo, São Paulo, 2007.
- 25- INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. **IBGE Cidades**. Disponível em: <<http://www.ibge.gov.br/cidadesat/painel/painel.php?codmun=314480>>. Acesso em: 10 maio 2013.
- 26- MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Sistema de Informação da Atenção Básica: Informações Estatísticas**. Disponível em: <<http://www2.datasus.gov.br/SIAB/index.php?area=04>>. Acesso em: 30 abr. 2013.
- 27- BORGES, Márcia Terezinha Trotta; SIMÕES-BARBOSA, Regina Helena. Cigarro “companheiro”: o tabagismo feminino em uma abordagem crítica de gênero. **Caderno de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 24, n. 12, p.2834-2842, dez. 2008.
- 28- HALTY, Luis Suárez et al. Análise da utilização do Questionário de Tolerância de Fagerström (QTF) como instrumento de medida da dependência nicotínica. **Jornal de Pneumologia**, Rio Grande, v. 28, n. 4, p.0-0, jul. 2002.
- 29- CHASSIN, Laurie et al. The natural history of cigarette smoking from Adolescence to Adulthood in a Midwestern Community Sample: Multiple Trajectories and Their Psychosocial Correlates. **Health Psychol**, Arizona, v. 19, n. 3, p.223-231, maio 2000.
- 30- VÉJAR, Leonardo. Cómo los doctores pueden ayudar a disminuir el daño a la salud causado por el cigarrillo. **Neumologia Pediatrica**, Santiago de Chile, v. 6, n. 1, p.3-7, maio 2011.
- 31- BALBANI, Aracy Pereira Silveira; MONTOVANI, Jair Cortez. Métodos para abandono do tabagismo e tratamento da dependência da nicotina. **Revista Brasileira Otorrinolaringologia**, São Paulo, v. 71, n. 6, p.820-827, nov. 2005.
- 32- CASTRO, Márcia Regina Pizzo de et al. A dependência da nicotina associada ao uso de álcool e outras substâncias psicoativas. **Semina: Ciências Biológicas e da Saúde**, Londrina, v. 29, n. 2, p.131-140, jul. 2008.
- 33- RONDINA, Regina de Cássia; GORAYEB, Ricardo; BOTELHO, Clóvis. Características psicológicas associadas ao comportamento de fumar tabaco. **Jornal Brasileiro de Pneumologia**, Ribeirão Preto, v. 33, n. 5, p.592-601, mar. 2007.
- 34- CALHEIROS, Paulo Renato Vitória; OLIVEIRA, Margareth da Silva; ANDRETTA, Ilana. Comorbidades psiquiátricas no tabagismo. **Aletheia**, [s.l.], n. 23, p.65-74, jan. 2006.

- 35- MALBERGIER, André; OLIVEIRA JUNIOR, Hercílio Pereira Da. Dependência de tabaco e comorbidade psiquiátrica. **Revista Psiquiatria Clínica**, São Paulo, v. 32, n. 5, p.276-282, 2005.
- 36- PAZ FILHO, G. J. et al. EMPREGO DO QUESTIONÁRIO CAGE PARA DETECÇÃO DE TRANSTORNOS DE USO DE ÁLCOOL EM PRONTO-SOCORRO. **Revista da Associação Médica Brasileira**, Curitiba, v. 47, n. 1, p.65-69, 2001.
- 37- ECHER, Isabel Cristina; BARRETO, Sérgio Saldanha Menna. DETERMINAÇÃO E APOIO COMO FATORES DE SUCESSO NO ABANDONO DO TABAGISMO. **Revista Latino-americana de Enfermagem**, São Paulo, v. 16, n. 3, p.0-0, maio 2008. Disponível em: <www.eerp.usp.br/rlae>. Acesso em: 21 mar. 2013.
- 38- MINISTRO DE SALUD Y AMBIENTE DE LA NACIÓN . Resúmen de la guía nacional de tratamiento de la adicción al tabaco: : primera parte. **Revista Evidencia: Actualización en la Práctica Ambulatoria**, [s.l.], v. 9, n. 3, p.88-90, mar. 2006. Disponível em: <<http://www.foroaps.org/files/tabacui%20de%20ministerio.pdf>>. Acesso em: 15 fev. 2013.
- 39- PRESMAN, Sabrina; CARNEIRO, Elizabeth; GIGLIOTTI, Analice. Tratamentos não-farmacológicos para o tabagismo. **Revista Psiquiatria Clínica**, Rio de Janeiro, v. 32, n. 5, p.267-275, 2005.
- 40- Chatkin, José Miguel. **Previna-se do tabagismo**. In: Terra, NL. **Previna-se das doenças geriátricas**. Porto Alegre: Edipuc; 2005. p. 144-154.
- 41- CENTRO LATINO-AMERICANO E DO CARIBE DE INFORMAÇÃO EM CIÊNCIAS DA SAÚDE. **BIREME define metodologia para "Relato de Experiências"**. Disponível em: <http://new.paho.org/bireme/index.php?option=com_content&view=article&id=156%3Abireme-define-metodologia-para-qrelato-de-experienciasq&catid=15%3Aops-wdc&Itemid=73&lang=pt>. Acesso em: 12 jul. 2013.
- 42- IGLESIAS, Roberto; NICOLAU, Julia. **Brasil: A Economia Do Controle do Tabaco há países do Mercosul e Associados**. Washington, Dc: Opas, 2006. Disponível em: <http://www.paho.org/Spanish/AD/SDE/RA/Tab_Mercosur_BRA.pdf>. Acesso em: 25 fev. 2013.
- 43- OTERO, Ubirani Barros et al. Ensaio clínico randomizado: efetividade da abordagem cognitivo-comportamental e uso de adesivos transdérmicos de reposição de nicotina, na cessação de fumar, em adultos residentes no Município do Rio de Janeiro, Brasil. **Caderno de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 22, n. 2, p.439-449, fev. 2006.
- 44- HAGGSTRÄM, Fábio Maraschin et al. Tratamento do tabagismo com bupropiona e reposição nicotínica. **Jornal de Pneumologia**, Porto Alegre, v. 27, n. 5, p.255-261, set. 2001.
- 45- FIORE, M. C. et al. Treating Tobacco Use and Dependence. **Clinical Practice Guideline**. Rockville, M. D.: U.S. Department of Health and Human Services. Public Health Service. June 2000.

- 46- LOMBARDI, Elisa Maria Siqueira et al. O tabagismo e a mulher: Riscos, impactos e desafios. **Jornal Brasileiro de Pneumologia**, São Paulo, v. 37, n. 1, p.118-128, 2001.
- 47- FOCCHI, Guilherme Rubino De A.; BRAUN, Ivan Mário. Tratamento farmacológico do tabagismo. **Revista de Psiquiatria Clínica**, São Paulo, v. 32, n. 5, p.259-266, 2005.
- 48- REICHERT, Jonatas et al. Diretrizes para cessação do tabagismo – 2008.**Jornal Brasileiro de Pneumologia**, [s.l.], v. 34, n. 10, p.845-880, 2008.
- 49- Lemos, T.; Giglotti, Analice. **Tabagismo e comorbidades psiquiátricas**. In: GIGLOTTI, Analice; PRESMAN, Sabrina. Atualização do tratamento do tabagismo. Rio de Janeiro: ABP Saúde, 2006. p. 53-70.
- 50- Marino M. G. et al. Epidemiologic Determinants Affecting Cigarette Smoking Cessation: A Retrospective Study in a National Health System (SSN) Treatment Service in Rome (Italy). **Journal of Environmental and Public Health**. p.183-206, 2010

