

**UNIVERSIDADE FEDERAL DO TRIÂNGULO MINEIRO
CURSO DE ESPECIALIZAÇÃO EM ATENÇÃO BÁSICA EM SAÚDE DA FAMÍLIA**

CARLISA SILVER E SILVA

**O PROBLEMA DO TABAGISMO NA UNIDADE PSF CAIC
EM PATOS DE MINAS - MINAS GERAIS**

**UBERABA/MG
2013**

CARLISA SILVER E SILVA

**O PROBLEMA DO TABAGISMO NA UNIDADE PSF CAIC,
EM PATOS DE MINAS – MINAS GERAIS**

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado ao Curso de Especialização em Atenção Básica em Saúde da Família, Universidade Federal do Triângulo Mineiro, para obtenção do Certificado de Especialista.

Orientadora: Prof.^a Dr.^a Cibele Alves Chapadeiro

UBERABA/MG
2013

CARLISA SILVER E SILVA

**O PROBLEMA DO TABAGISMO NA UNIDADE PSF CAIC,
EM PATOS DE MINAS – MINAS GERAIS**

Banca Examinadora

Prof.^a Dr.^a Cibele Alves Chapadeiro - Orientador

Prof.^a Me. Emiliane Silva Santiago - Examinador

Aprovado em Uberaba, em 28/01/2014

RESUMO

O tabagismo é um dos graves problemas da sociedade moderna, e essa epidemia tem se propagado de forma alarmante entre as mulheres. Assim o enfrentamento da dependência à nicotina é um fator determinante para a promoção da saúde pública. Diante disso, este artigo pretende investigar a viabilidade de se implantar um protocolo antitabagista específico para a população feminina na unidade de saúde “Dr. Paulo Corrêa Silva Loureiro” – CAIC, em Patos de Minas, Minas Gerais. Para tanto, buscou-se conhecer pesquisas realizadas sobre o assunto. Foi realizado também um comparativo entre os protocolos específicos para o gênero feminino e o protocolo padrão do Ministério da Saúde. Por fim, foi sugerido um modelo de protocolo a ser utilizado em projeto de intervenção a ser executado na referida unidade de saúde. A metodologia utilizada foi a pesquisa bibliográfica, sendo que após a leitura crítica das referências, procurou-se discorrer sobre os problemas provocados pelo fumo e as estratégias para combater esse hábito. Como resultado, constatou-se que o organismo feminino é mais suscetível ao aparecimento de doenças tabaco-relacionadas, no entanto, o hábito de fumar é cada vez mais comum entre as mulheres fumantes. Também ficou evidente que o protocolo do Ministério da Saúde para combate ao tabagismo é eficiente e tem servido de referência em âmbito nacional e internacional. No entanto, para a eficácia do tratamento entre as mulheres, deve haver uma adaptação nos procedimentos adotados. Enfim, pode-se concluir que o sucesso no tratamento para cessação do fumo requer protocolos específicos para o gênero feminino.

Palavras-chave: Tabagismo Feminino, Tratamento, Equipe de Saúde da Família.

SUMMARY

Smoking is one of the serious problems of modern society, and this epidemic has spread to alarmingly among women. So coping with nicotine dependence is a factor necessary for the promotion of public health. Therefore, this article aims to investigate the feasibility of implementing a specific protocol for anti-smoking female population in health unit "Dr. Paulo Corrêa Silva Loureiro "- CAIC in Patos de Minas, Minas Gerais. For therefore, we sought to meet research on the subject. It was also conducted one comparing the specific protocols for females and protocol standard Ministry of Health Finally, it was suggested a model of protocol to be used in project intervention to be performed in said health unit. The research methodology was literature, and after a critical reading of the references, tried to discuss the problems caused by tobacco use and strategies to combat this habit. As a result, it was found that the female body is more susceptible to the onset of disease tobacco-related, however, smoking is increasingly common among women smoking. It was also evident that the protocol of the Ministry of Health to combat smoking is efficient and has served as a reference for national and international levels. However, for effectiveness of treatment among women, there should be an adjustment in procedures adopted. Finally, we can conclude that the success in smoking cessation therapy protocols requires specific for females.

Keywords: Female smoking, Treatment, Family Health Team.

SUMÁRIO

INTRODUÇÃO	7
JUSTIFICATIVA	8
OBJETIVOS	9
Objetivo Geral	9
Objetivos Específicos	9
METODOLOGIA.....	10
REFERENCIAL TEÓRICO	11
O tabagismo e a Convenção-Quadro para a luta antitabaco	11
Protocolo Antitabaco do Ministério da Saúde	14
O Tabagismo Feminino	16
A realidade na unidade de saúde dr. Paulo c. S. Loureiro – CAIC	20
PROJETO DE INTERVENÇÃO.....	21
CONSIDERAÇÕES FINAIS	24
REFERÊNCIAS.....	25

INTRODUÇÃO

A cidade de Patos de Minas - Minas Gerais - cresceu vertiginosamente nas últimas décadas, e vivencia as consequências negativas desse progresso. Com o desenvolvimento, veio o aumento no índice de criminalidade, de desemprego e de violência no trânsito.

O elemento motivador para a produção do presente estudo foi a percepção dos diversos problemas relatados pelos usuários da unidade de saúde Dr. Paulo Corrêa Silva Loureiro – CAIC, em Patos de Minas, Minas Gerais, assim como as dificuldades em saná-los satisfatoriamente.

A unidade de saúde CAIC atende aos moradores de um bairro notadamente violento. Trata-se de uma população, em sua maioria, carente, com baixo nível de escolaridade e sem acesso à cultura, que convive com diversos problemas sociais: como homicídios, assaltos e tráfico de drogas.

São atendidas 3.031 pessoas na unidade, incluindo 707 crianças e 2.324 adultos, com registro de 406 hipertensos, 113 diabéticos, 19 gestantes e 370 indivíduos dependentes de álcool e/ou drogas.

Sabe-se que o atendimento médico de qualidade implica no conhecimento do contexto no qual o paciente está inserido e na compreensão de suas necessidades. Assim, por meio da observação e análise dos problemas detectados no PSF CAIC, em Patos de Minas, Minas Gerais, verificou-se que o tabagismo encontra-se entre as principais causas das manifestações clínicas: hipertensão arterial sistêmica, diabetes mellitus, depressão e gestação precoce. De acordo com Silveira (1982), muitos portadores de diabetes e hipertensão arterial têm o hábito de fumar, o que aumenta o risco cardiovascular, o descontrole pressórico, além de ser fator de risco para doenças e neoplasias pulmonares. Outra observação importante é a de que grande parte da população feminina apresenta complicações devido ao fumo.

Assim, torna-se necessário um trabalho de intervenção a fim de que, tornando cada vez mais evidente à população que o tabagismo é um hábito maléfico à saúde, este possa diminuir.

JUSTIFICATIVA

O presente trabalho justifica-se pela necessidade de combater o tabagismo na comunidade do PSF CAIC, pois este é um importante fator de risco cardiovascular além de ser causador de inúmeras doenças tais como: a hipertensão, o infarto, a angina e o derrame. É também responsável por muitas mortes por câncer de pulmão, de boca, laringe, esôfago, estômago, pâncreas, rim e bexiga e pelas doenças respiratórias obstrutivas como a bronquite crônica e o enfisema pulmonar.

O tabaco diminui as defesas do organismo e com isso o fumante tende a aumentar a probabilidade de adquirir doenças, como a gripe e a tuberculose, além de diversas outras afecções (Kuhnen et al, 2009; Rodrigues et al., 2009; Borges; Simões-Barbosa, 2008; Lion et al., 2002).

Além disso, pesquisas recentes (LION, 2013) alertam para o aumento da prática tabagista entre as mulheres, com consequente crescimento da incidência de doenças tabaco-relacionadas entre a população feminina.

OBJETIVOS

OBJETIVO GERAL:

Este trabalho teve como objetivo realizar uma proposta de tratamento do tabagismo para a população feminina da unidade de saúde Dr. Paulo Corrêa Silva Loureiro – CAIC, em Patos de Minas, Minas Gerais.

OBJETIVOS ESPECÍFICOS:

São objetivos específicos do trabalho:

- Descrever a Convenção-Quadro Para A Luta Antitabaco;
- Descrever o Protocolo Antitabaco do Ministério da Saúde;
- Descrever sobre o tabagismo feminino;
- Situar o tabagismo feminino na área de abrangência da unidade de saúde “DR. PAULO CORRÊA SILVA LOUREIRO” – CAIC
- Propor projeto de intervenção

METODOLOGIA

A dependência à nicotina tem se tornado um dos grandes problemas de saúde pública em âmbito mundial. Para a realização deste estudo foi realizada uma revisão narrativa, com vistas a organizar e sistematizar os resultados de pesquisas sobre o tabagismo e suas consequências maléficas para a saúde. Foram escolhidos os nós críticos:

- Hábitos e estilos de vida;
- Nível de informação;
- Processo de trabalho da equipe de saúde.

A busca de dados e informações foi feita em fontes diversas, como artigos, livros e teses, através dos bancos de dados: Google Acadêmico, Acervo de Recursos Educacionais em Saúde (ARES), LILACS e SciELO. Os descritores utilizados foram: tabagismo, tabagismo feminino, planejamento em saúde e educação em saúde.

DESENVOLVIMENTO

FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA

O TABAGISMO E A CONVENÇÃO-QUADRO PARA A LUTA ANTITABACO

O tabagismo é definido como uso abusivo do tabaco, planta da qual é extraída a nicotina. O vício, ou hábito de fumar é um problema de saúde pública, sendo considerado pela Organização Mundial da Saúde (OMS) a principal causa de morte evitável em todo o mundo (BRASIL, 2011).

De acordo com Silveira (1982), correntes médicas explicam a dependência tabágica, responsabilizando por sua propagação três elementos distintos: a propaganda, os fatores psicológicos e o fator orgânico. Segundo esse autor, a propaganda é capaz de superar a resistência individual, sugerindo valores e moldando a realidade. Os fatores psicológicos referem-se a questões como: satisfação moral (o cigarro funciona como autodefesa e autopromoção) e satisfação social (possibilidade de pertencer a um grupo), e diminuição da ansiedade e depressão. E, por fim, o fator orgânico diz respeito à característica da nicotina de aumentar a produção de norpinfrina e agir sobre o sistema nervoso, central e periférico.

Mas, independentemente do fator motivador para iniciação tabágica, o que se observa na literatura atual sobre o assunto (CAVALCANTI, 2013; MALCON, 2002; KUHNNEN,2009), é que existe um número elevado de fumantes que decidem deixar o hábito de fumar. É preciso considerar, no entanto, que esta tomada de decisão não indica, necessariamente, o alcance do objetivo pretendido. Mesmo porque, tão evidente quanto os danos provocados pelo tabagismo, é a dificuldade em abandonar tal vício.

Por isso, faz-se necessária uma intervenção multidisciplinar, com o acompanhamento de médicos, dentistas, psicólogos, enfermeiros, a fim de garantir a eficácia do tratamento.

Só no Brasil, existem cerca de 26 milhões de fumantes atualmente e estima-se que o número de óbitos decorrentes do uso do tabaco chegue a 200 mil anuais. O SUS tem o custo anual em torno de 22 bilhões de reais com despesas relacionadas ao tabagismo. Incluem-se aí tratamentos de doenças relacionadas ao

fumo, como infarto, derrame, enfisema e câncer. Além disso, há outras despesas como campanhas educativas, elaboração e manutenção de programas antitabagistas, entre outras (BRASIL, 2011).

O tabagismo é uma epidemia que afeta o mundo todo e seus danos são tão notórios que, em sua função, foi criado o primeiro tratado internacional de saúde pública. A Convenção-Quadro para a Luta Antitabaco (CQLA) é um tratado internacional de saúde pública, que estabelece princípios e objetivos a serem cumpridos por países e organizações de integração econômica. Esse tratado tem por objetivo criar mecanismos de combate ao tabagismo, uma vez que ele afeta a sociedade como um todo (CAVALCANTI, 2013).

Ainda de acordo com Cavalcanti (2013), para a CQLA, os objetivos propostos somente serão atingidos caso haja cooperação internacional, isso porque o uso do cigarro já se tornou uma epidemia, estimulada pelo tráfico e pela mídia, cada vez mais globalizada. Esse tratado passou a vigorar em 2005, e para que um país possa integrá-lo é preciso ratificá-lo e seguir suas diretrizes. Além disso, deve criar seus próprios protocolos, ou seja, compromissos específicos para o combate ao fumo. O Brasil assinou a CQLA em 2003 e ratificou-a em 2005. Desde então, o tabagismo vem sendo combatido mais intensamente pelos órgãos governamentais competentes, por meio de ações diversas. Entre essas ações, está a criação de diversos projetos de lei que visam inibir o uso do fumo.

A esse respeito, Kuhnen et al (2009), mostram em seus estudos que há uma diminuição constante no percentual de fumantes brasileiros. Segundo eles, essa queda se deve, entre outros fatores, à criação da Lei 10.167 de 2000, que restringe a propaganda e os derivados do tabaco no Brasil e da Lei 9.294 de 1996, que proíbe o uso do cigarro ou de qualquer produto fumígeno, derivado ou não do tabaco, em recinto fechado, privado ou público. Outra ação que tem influenciado positivamente o hábito dos brasileiros em relação ao uso do tabaco é a realização de campanhas educativas e a formação de grupos antitabagistas para atendimento especializado aos fumantes.

Ainda assim, faltam algumas recomendações da CQLA a serem cumpridas, uma delas diz respeito ao aumento dos impostos sobre o tabaco (CAVALCANTI, 2013).

De qualquer forma, o Brasil tem ganhado destaque internacional por causa de sua política de combate ao tabagismo. O Ministério da Saúde possui um protocolo

antitabagista que é referência para diversos países. Suas diretrizes são bem aceitas e seguidas por unidades de saúde em todo território nacional. Contudo, há que se considerar que existem populações específicas que exigem ações diferenciadas.

O próprio tratado estabelece que é preciso criar estratégias específicas para cada gênero. A esse respeito o Instituto Nacional de Câncer (BRASIL, 2011) afirma que:

“Para o enfrentamento do tabagismo feminino, um dos desafios para a Saúde Pública no século XXI, é necessário entender o fenômeno globalmente e agir localmente, com estratégias inovadoras e mais adequadas às novas necessidades, aqui incluídas a construção social e compartilhada de conhecimentos e habilidades para encarar esse desafio. A magnitude do fenômeno do tabagismo ultrapassa as questões específicas do biológico e traz consequências na vida social, cultural e econômica”

Portanto, torna-se necessário pesquisar os hábitos femininos no que diz respeito ao fumo. Mesmo porque, dados do Instituto Nacional de Câncer – INCA (BRASIL, 2011), comprovam que há um movimento inverso em relação aos hábitos tabagistas nos últimos anos. Enquanto o número de fumantes diminuiu entre os homens, aumentou entre as mulheres.

O INCA é o órgão governamental ligado ao Ministério da Saúde, responsável pelo desenvolvimento e coordenação de ações de controle do câncer. Dentre essas ações, está o combate ao tabagismo, hábito responsável por vários tipos de neoplasias. Nesse sentido, o INCA tem alertado sobre o fato de que, em pouco tempo, o tabagismo será um problema predominantemente feminino.

De acordo com ROSEMBERG (1987, p.8):

“os clássicos estudos prospectivos, e muitos retrospectivos, datam de épocas em que a prevalência tabágica nas mulheres era baixa; elas fumavam menos tempo, pois iniciavam-se tardiamente no tabagismo e consumiam poucos cigarros por dia. Isso gerou a falsa impressão deste ser menos nocivo para o sexo feminino. A ascensão epidemiológica do tabagismo nas mulheres iniciou-se de forma aguda a partir da 2ª guerra mundial. Por isso só mais recentemente estão chegando gerações de mulheres iniciadas no tabagismo na adolescência e fumando maior quantidade de cigarros por dia”

Hoje, porém, de acordo com Rosemberg (1987), sabe-se que o risco de adquirir doenças relacionadas ao tabaco é igual para ambos os gêneros, desde que a mesma quantidade de tabaco seja consumida.

De fato, o que se pôde verificar na evidência recolhida (LION, 2013) é alarmante, e destacam-se os seguintes aspectos:

- As taxas de incidência de câncer de pulmão caíram entre os homens, mas aumentaram entre as mulheres. E estima-se que a morte por essa doença é 20 vezes maior entre as mulheres que fumam em relação às não fumantes.

- As mulheres estão mais sujeitas à aquisição de câncer de pulmão e de adenocarcinomas, com menor consumo de tabaco do que os homens. Essa característica está relacionada à maneira de se tragar (inalação profunda) e ao acréscimo de alguns elementos nos cigarros produzidos especificamente para o público feminino.

- As três principais causas de morte entre as mulheres podem ser associadas ao uso de tabaco e são respectivamente: complicações cardiovasculares (infarto do miocárdio e acidente vascular encefálico), neoplasias (mama, pulmão e colo do útero) e doenças respiratórias.

A população feminina, inclusive, tem um fator complicador, que diz respeito à reprodução, uma vez que o uso concomitante de anticoncepcionais orais e tabaco potencializa em 10 vezes o risco de algumas doenças, e a taxa de fertilidade é diminuída em quase 20% nas mulheres fumantes (LION, 2013).

PROTOCOLO ANTITABACO DO MINISTÉRIO DA SAÚDE

Segundo dados do Instituto Nacional de Câncer – INCA (BRASIL, 2011), o protocolo clínico para tratamento de dependência à nicotina do Ministério da Saúde vem pautado em estudos de meta-análise da literatura mundial sobre o tabagismo.

De acordo com esse documento (BRASIL, 2011), considera-se fumante o indivíduo que já fumou mais de cem cigarros ao longo de sua vida, e dependente de nicotina é aquele que apresenta no mínimo três dos sintomas descritos:

- a) compulsão pela nicotina;
- b) dificuldade de controlar o uso da nicotina;
- c) aparecimento de reações físicas durante a cessação ou diminuição do uso de nicotina;

- d) tolerância à nicotina (uso de doses cada vez maiores para obtenção dos mesmos efeitos);
- e) uso da nicotina em detrimento de outras atividades, com aumento de tempo para uso e/ou recuperação de seus efeitos;
- f) manutenção do uso da nicotina, apesar do conhecimento de seus malefícios.

Assim, se o indivíduo é diagnosticado como tabaco-dependente deverá ser incluído no protocolo de tratamento, que poderá ser feito por meio de uma abordagem cognitivo-comportamental e/ou tratamento medicamentoso (BRASIL, 2011).

A abordagem cognitivo-comportamental é oferecida a todos que desejem parar de fumar e que sejam atendidos em uma unidade de saúde do Sistema Único de Saúde – SUS, cadastrada para realizar o tratamento de dependência à nicotina. Essa abordagem é de ampla aceitação e consiste na realização de sessões periódicas, nas quais o participante recebe orientações sobre o tratamento, incluindo discussões acerca dos males advindos do consumo de tabaco e os benefícios em cessar esse consumo. Preferencialmente, essas sessões devem ser realizadas em grupo, salvo situações em que isso se torne inconveniente para um dos participantes, que então, deve ser atendido individualmente. As sessões devem ser organizadas com grupos de dez a quinze participantes, coordenados por um ou dois profissionais de saúde com formação de nível superior. A duração do tratamento deve ter duração de doze meses (BRASIL, 2011).

Dessa forma, o paciente é submetido a uma avaliação clínica a fim de verificar seu nível de dependência, seu estado clínico geral e sua motivação em parar de fumar. Então, ele é indicado para o tratamento mais adequado. Caso haja indicação para tratamento medicamentoso, este deverá ser acompanhado regularmente em consultas individuais com profissional de saúde que o prescreveu. E se houver contraindicação para determinado medicamento, outra opção deve ser estudada (BRASIL, 2011).

O tratamento medicamentoso é indicado somente aos fumantes com grau elevado de dependência. Um dos critérios para determinar o nível de dependência é o teste de Fageström, que consiste em um questionário simples, que serve para pontuar e avaliar os hábitos tabagistas do paciente (BRASIL, 2011).

Além disso, são indicativos de grau elevado de dependência, segundo o INCA (BRASIL, 2011):

- a) consumo de mais de vinte cigarros por dia;
- b) uso do primeiro cigarro até trinta minutos depois de acordar e consumo de mais de dez cigarros por dia;
- c) escore igual ou maior que cinco no teste de Fageström ou avaliação individual;
- d) tentativas de cessação do fumo frustradas por sintomas da síndrome de abstinência.

Os fármacos indicados pelo Ministério da Saúde (BRASIL, 2011) são apontados como medicamentos de ponta no tratamento antitabágico, e o método de utilizado deve ser escolhido pelo médico conjuntamente com o paciente. São indicados: terapia de reposição de nicotina (adesivo transdérmico e goma de mascar) e uso de cloridrato bupropiona. O protocolo traz informações pormenorizadas sobre o uso desses medicamentos; posologia, contraindicações, efeitos colaterais, etc.

Qualquer que seja o tratamento escolhido, esse será considerado positivo quando se alcança uma taxa de cessação igual ou superior a 30% de pessoas em doze meses.

Cada paciente deverá ter um prontuário com dados pessoais, notas sobre seu quadro clínico e a evolução do tratamento. São informações completas e que devem estar sempre atualizadas, sendo que o referido protocolo traz uma listagem das informações que devem constar nesse prontuário médico.

Em relação a grupos específicos, o protocolo indica cautela com os adolescentes e idosos, além de recomendar atenção na indicação medicamentosa em caso de gravidez, amamentação, infarto do miocárdio e acidente vascular encefálico recente, arritmia grave, entre outros problemas.

Contudo, o protocolo do Ministério da Saúde (BRASIL, 2011) não traz nenhuma diretriz para o tratamento específico da população feminina.

O TABAGISMO FEMININO

O aumento nas taxas de prevalência do tabagismo na população feminina, em oposição à diminuição na população masculina é um fenômeno social que tem

sido destaque na literatura por vários autores (SILVEIRA, 1982; MÜLLER, 2002; ARAÚJO, 2006). As maiores consequências desse fenômeno diz respeito ao número elevado de morbimortalidade entre as mulheres.

O gênero feminino, de uma maneira geral, é mais suscetível aos três fatores sugeridos por SILVEIRA (1982), para explicar a dependência tabágica. Conforme cita o autor, o primeiro fator diz respeito à propaganda. A publicidade sempre moldou a realidade em favor do cigarro, omitindo seus riscos e ostentando imagens positivas de fumantes, especialmente de mulheres. A imagem feminina foi largamente utilizada pela indústria de tabaco, representando beleza, poder, independência. Além disso, a propaganda sempre explorou aspectos característicos do universo e do comportamento feminino, como alterações de humor, manutenção dos padrões da moda, entre outros.

Em contrapartida, a proibição da propaganda de produtos fumígenos no Brasil promoveu uma queda nos índices de prevalência tabagista entre os homens. Na população feminina isso não ficou evidente, uma vez que a imagem positiva do cigarro já está arraigada, e as mulheres, segundo pesquisas recentes, são menos influenciáveis pelas campanhas educacionais de combate ao fumo. Segundo Borges e Simões-Barbosa (2008, p.2839):

[...] “O marketing de venda utiliza mensagens antagônicas, alardeando a liberdade de escolha para fumar, quando, na verdade, as pessoas se tornam prisioneiras do tabaco; associam o cigarro a esportes radicais, quando se sabe que as atividades físicas são incompatíveis com o fumo; falam de beleza e riqueza, quando a aparência envelhece e o dinheiro escoia entre os remédios e cirurgias que poderiam ser evitadas; além, naturalmente, dos incalculáveis gastos com a compra do produto.”

Dessa forma, o público feminino foi alvo constante de publicidade enganosa, enquanto essa prática era permitida no Brasil.

Borges e Simões-Barbosa (2008) creditaram o aumento nos índices de mulheres fumantes e na dificuldade de cessação do tabagismo aos fatores psicológicos, especialmente, no que diz respeito às questões de gênero. Segundo as autoras em questão, “as incessantes demandas sócio-familiares e as contradições que as mulheres estão vivendo e enfrentando na sociedade

contemporânea podem potencializar o fumar feminino” (Borges e Simões-Barbosa, 2008).

De fato, o cigarro aparece citado nas pesquisas com mulheres fumantes (ARAUJO et al, 2006), constantemente, como um apoio nos momentos de estresse e no enfrentamento dos problemas cotidianos.

E o terceiro fator para o tabagismo, ainda conforme Silveira (1982), é o orgânico. A ideia de que a mulher era menos propensa a contrair doenças respiratórias, devido à atuação de hormônios femininos, prevaleceu por muito tempo, motivada pelos baixos índices de câncer de pulmão nessa população. Hoje, porém, sabe-se que isso acontecia devido a fatores exógenos, tais como: menor consumo de tabaco, iniciação tardia ao tabagismo, etc. De acordo com Reichert et al (2008), atualmente a prevalência de câncer de pulmão é maior em mulheres jovens, que fumam menor quantidade e inalam menos profundamente que os homens. Nesse mesmo sentido, afirmam que o metabolismo da nicotina é mais lento no organismo feminino, por conta do predomínio do gene CYP2D6. Além disso, por terem bases genéticas diferentes, homens e mulheres têm comportamentos distintos em relação à nicotina, com a presença de sintomas mais fortes de abstinência nas mulheres que nos homens.

Por isso, é importante atenção especial no tratamento de dependência à nicotina no grupo feminino, considerando alguns agentes que concorrem para a iniciação e manutenção do hábito de fumar entre as mulheres. É preciso considerar, por exemplo, que grande parte das mulheres utiliza cigarros produzidos especialmente para esse público, com menor teor de nicotina. Então, consomem mais cigarros e inalam mais profundamente que os homens, para conseguirem o mesmo efeito psicoativo que eles. Deve-se considerar, ainda, que muitas mulheres resistem em parar o uso de cigarros por medo de ganhar peso, ou porque são mais propensas à recaídas na fase lútea do ciclo menstrual.

Müller et al (2002) afirmam que o uso de tabaco durante a gestação e aleitamento é, reconhecidamente prejudicial. Isso porque durante a gestação “o fumo é e está associado a alterações como prematuridade, baixo peso ao nascer, alterações placentárias e, após o nascimento, a alterações do sistema respiratório e do desenvolvimento neurológico da criança” (MÜLLER et al, 2002).

Mães que fumam durante a gestação concebem filhos até um quilo abaixo do peso ideal. Esse déficit representa, justamente, uma diminuição no volume cerebral.

A explicação para essa perda está no estreitamento das veias da gestante, provocado pelo cigarro. Com isso, o transporte de nutrientes e oxigênio é ineficiente e afeta o desenvolvimento fetal, especialmente em algumas áreas do cérebro. (MÜLLER et al, 2002)

Estudos (MASCARENHAS et al., 2006) demonstrou que bebês cujas mães fumaram durante a gestação apresentam, em geral, volume de massa cinzenta e branca menor do que aqueles cujas mães interromperam o uso de cigarros nesse período. Por isso, essas crianças tendem a ter o seu desenvolvimento neuropsicomotor comprometido, com ocorrência de problemas como depressão, ansiedade, entre outros.

Ainda de acordo com Müller et al (2002), “o tabaco possui vários metabólitos, sendo a nicotina e o monóxido de carbono os mais importantes. A nicotina atinge o feto através da placenta e se concentra no sangue fetal com níveis 15% maiores que os níveis maternos.”

Portanto, é crucial o planejamento e a realização de ações que inibam o fumo entre as mulheres, e especificamente, entre as gestantes. Conforme dito anteriormente, o Brasil possui um eficiente protocolo de combate ao tabagismo, que pode e deve ser adaptado para atender as especificidades de população feminina.

Diante disso, Reichert et al. (2008) afirmam que em um protocolo de dependência à nicotina específico para a população feminina deve ter:

- Acompanhamento dos sintomas de depressão e ansiedade;
- Motivação para a prática de exercícios físicos e reeducação alimentar;
- Individualização do tratamento medicamentoso;
- Monitoramento do uso de anticoncepcionais orais e avaliação do risco cardiovascular;
- Reforço das informações sobre os danos causados pelo cigarro no organismo feminino, tais como: envelhecimento, osteoporose e menopausa precoces, diminuição da fertilidade;
- Alerta sobre os problemas materno-fetais provocados pelo uso de tabaco durante a gestação.

Em relação às gestantes, os mesmos autores citaram que, além das recomendações acima descritas, deve-se, ainda, preferir as intervenções intensivas,

com aconselhamento breve e treinamento para evitar recaídas. As informações devem ser claras, objetivas e dadas, preferencialmente, logo no início da gestação.

Quanto ao tratamento medicamentoso, este deve ser evitado sempre que possível. Se for imprescindível, é preferível o uso de formas de reposição de nicotina, como a goma de mascar, por exemplo, pois a bupropiona e a vareniclina não são recomendáveis para uso em gestantes.

A UNIDADE DE SAÚDE DR. PAULO CORRÊA SILVA LOUREIRO – CAIC

O tabagismo deve ser combatido em sua totalidade. Contudo, o tabagismo feminino merece maior atenção devido à iminência de uma nova explosão epidemiológica do tabagismo.

O que se observa na unidade de saúde Dr. Paulo Corrêa Silva Loureiro – CAIC, em Patos de Minas, Minas Gerais, é o reflexo da realidade apresentada nesse estudo. Embora não haja nenhum estudo a respeito dessa população em evidência, o que se observa é a presença de vários fatores que contribuíram para a iniciação tabágica e que dificultam sua cessação. Conforme Reichert et al. (2008), são pontos relevantes a se considerar:

a) Pressão social: as mulheres atendidas são, em sua maioria, mães e trabalhadoras, têm uma obrigação produtiva e familiar. Muitas são as provedoras do lar. Vivem em um bairro violento, sem opções de lazer e entretenimento. Há duas escolas e uma creche escolar que atendem a região, contudo, essas instituições de ensino não comportam a demanda exigida. Assim, além da responsabilidade com a manutenção financeira da casa, há o problema da educação e segurança dos filhos.

Nesse contexto, o cigarro pode estar sendo utilizado por muitas mulheres como um apoio no enfrentamento desses problemas sociais. O que algumas dessas mulheres desconhecem é o alto preço, em termos de saúde, cobrado por esse apoio.

Nesse sentido, a pressão social deve ser um dificultador no processo de cessação do tabagismo, já que o medo de enfrentar situações de estresse sem o uso do cigarro é o fator mais apontado nas pesquisas (SILVEIRA, 1982; MÜLLER, 2002; ARAÚJO, 2006) para a continuidade do tabagismo entre as mulheres.

b) Nível de informação: outro fator preponderante para o tabagismo é o nível de informação do fumante. De acordo com o INCA (BRASIL, 2011), a

prevalência de tabagismo está nas classes mais pobre e com menor nível de escolaridade. Essa informação se evidencia na observação dos indivíduos atendidos na unidade de saúde em questão; o nível de escolaridade é baixo, há pouco acesso à informação em geral e faltam informações a respeito dos danos provocados pelo fumo e a respeito da possibilidade de se realizar um tratamento gratuito para cessar o tabagismo.

Por outro lado, o trabalho da equipe de saúde em família é um facilitador para o enfrentamento do tabagismo na comunidade. O trabalho conjunto da equipe de saúde é fundamental para o sucesso do tratamento do paciente.

O Ministério da Saúde recomenda, para a formação de uma Equipe de Saúde da Família (ESF), a presença de, no mínimo, médico, enfermeiro, auxiliar ou técnico em enfermagem e agentes comunitários de saúde. A unidade de saúde pode contar, ainda, com cirurgião-dentista e auxiliar de saúde bucal, que formam a Equipe de Saúde Bucal (ESB). Esse modelo de trabalho tem por objetivo melhorar a qualidade no atendimento clínico, substituindo o modelo tradicionalista centrado no médico. De acordo com as diretrizes do Ministério da Saúde (BRASIL, 2001), o centro do processo deve ser o paciente, que deverá ter apoio e acompanhamento multidisciplinar.

Cada membro da Equipe de Saúde da Família (ESF) tem suas funções específicas e deve cumpri-las em conformidade com o que foi estabelecido pela coordenação da equipe. Assim, o paciente é considerado em sua totalidade, e o atendimento se torna mais eficiente. Para atendimento da demanda de 3.031 pessoas, a unidade de saúde Dr. Paulo Corrêa Silva Loureiro – CAIC conta com duas equipes de saúde, sendo que a equipe da qual a autora desse estudo faz parte é composta por médica, enfermeira, auxiliar de enfermagem e cinco agentes de saúde. Além disso, atuam na unidade psicóloga e uma Equipe de Saúde Bucal.

PROJETO DE INTERVENÇÃO

Diante das evidências apresentadas, torna-se oportuna a realização de um plano de intervenção na unidade de saúde Dr. Paulo Corrêa Silva Loureiro – CAIC, para o combate ao tabagismo feminino, na área de abrangência.

Colaboram para a implantação de um plano de ação, as características da comunidade atendida e o fato de a equipe ser compromissada, eficiente e composta,

em sua quase totalidade por integrantes do gênero feminino, o que provoca uma empatia com a fumante em tratamento.

O projeto deve contar com uma equipe multidisciplinar composta pela equipe de saúde da família mínima e equipe odontológica, visando combater o tabagismo por meio de ações como: reuniões para informações sobre os malefícios do cigarro e os benefícios de se parar de fumar, apoio psicológico, socialização das experiências individuais com o grupo, esclarecimento de dúvidas sobre o cigarro e distribuição de apostilas com conteúdo informativo. Associadas às reuniões deverão ser feitas consultas médicas mensais para realizar uma análise do grau de dependência, se há necessidade de introdução de medicamentos psicoativos para auxiliar no processo, avaliar uso de nicotina em outras formas, como adesivos, para desintoxicação gradual, além de avaliar o estado de saúde global do paciente.

Para a realização de um projeto desse cunho, deve-se seguir as recomendações do Ministério da Saúde (BRASIL, 2001), porém fazendo adequações para atender grupos femininos. É preciso considerar que o trabalho deve ser multidisciplinar, enfocando os seguintes aspectos:

- O trabalho de coleta de dados e informações sobre o número de fumantes deverá ser feito pelas próprias agentes comunitárias de saúde, bem como o convite para participação nos grupos de tabagistas. Ademais, dentro da equipe, são as agentes de saúde que mais conhecem a realidade de cada família, seus problemas e suas necessidades. São elas que vão transmitir para os demais integrantes da equipe as características gerais do paciente.

- A área de enfermagem deverá ficar responsável pela investigação do quadro clínico geral do fumante, averiguando, por exemplo, peso, medida, pressão arterial, entre outros dados relevantes para o tratamento. A coordenação das atividades dos grupos também poderá ficar a cargo do profissional de enfermagem.

- O psicólogo deverá realizar uma triagem para avaliação do quadro mental do fumante, especialmente daqueles que se enquadram no grupo de alto risco de saúde mental (na referida unidade são atendidos 599 pacientes nessa condição, seja por transtorno mental ou pelo uso abusivo de álcool e drogas). Após o início do tratamento para cessação do tabagismo, esse profissional deverá acompanhar todo o processo, com consultas individuais e atendimento nas sessões em grupo para parar de fumar.

- O médico deverá verificar o estado de saúde do paciente, realizando consultas individuais, além de fazer uma análise do histórico de tabagismo do paciente. Deverá, ainda, prescrever o uso de medicamentos, quando se tratar de pacientes pesados de nicotina, acompanhando sempre a evolução de seu tratamento para cessação tabágica.

- O cirurgião-dentista fará o trabalho curativo e, principalmente, preventivo. Deve haver um trabalho de conscientização a respeito dos danos que o cigarro provoca na dentição, inclusive, estéticos.

É pertinente, antes da iniciação do projeto, que o grupo estude as competências profissionais na saúde da família e o trabalho em equipe. A escolha do coordenador deve ser feita de maneira ponderada, levando em consideração, em outros pontos, a empatia com os integrantes do grupo e da comunidade.

Para a efetividade do tratamento, é pertinente também conseguir o envolvimento e o apoio da comunidade, criando estratégias para divulgar o projeto, e conseqüentemente, obter a adesão do maior número possível de participantes.

Entre essas estratégias, pode-se citar a organização de oficinas de artesanato, moda, beleza, enfim, de atividades que, geralmente, interessam ao público feminino. Tais oficinas deverão servir para aumentar a autoestima dessas mulheres, valorizando suas habilidades pessoais e para oferecer uma opção de entretenimento e lazer, que poderá, inclusive, ser substituto para o hábito de fumar. Assim, além das consultas individuais e das sessões coletivas, os grupos poderão se reunir periodicamente após o término do tratamento, criando um vínculo de ajuda mútua.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

O tabagismo entre as mulheres representa um retrocesso no combate ao uso do tabaco. No Brasil, enquanto se verifica uma queda acentuada na prevalência tabágica masculina nos últimos anos, houve um aumento na prevalência feminina.

A literatura consultada (SILVEIRA, 1982; MÜLLER, 2002; ARAÚJO, 2006) afirma que o organismo feminino é mais suscetível ao aparecimento de doenças tabaco-relacionadas, no entanto, o hábito de fumar é cada vez mais comum entre as mulheres. Também ficou evidente que o protocolo do Ministério da Saúde para combate ao tabagismo é eficiente e tem servido de referência em âmbito nacional e internacional. No entanto, para a eficácia do tratamento entre as mulheres fumantes, deve haver uma adaptação nos procedimentos adotados.

Enfim, o atendimento de qualidade oferecido pela unidade de saúde e pela equipe de saúde da família, bem como o sucesso no tratamento para cessação do fumo requer, necessariamente, o reconhecimento das especificidades do gênero feminino.

Dessa forma, o estudo aqui apresentado não esgota o assunto, e muito menos as possibilidades de intervenção. Ao contrário, ele sinaliza a necessidade de mais estudos para a criação de um projeto que atenda, com eficiência, uma população carente de cuidados e atenção à saúde: a feminina.

REFERÊNCIAS

ARAUJO, A.J. et al. **Abordagem de populações especiais: tabagismo e mulher – razões para abordagem específica de gênero.** In: Atualização no Tratamento do Tabagismo, Gigliotti A. & Pressman S. (Orgs.), abc Saúde, Rio de Janeiro, 2006, p. 107-128.

BORGES, Márcia Terezinha Trotta. SIMÕES-BARBOSA, Regina Helena. **Cigarro "companheiro": o tabagismo feminino em uma abordagem crítica de gênero.** Cad. Saúde Pública vol.24 nº.12. Rio de Janeiro. Dez. 2008. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102311X2008001200012> Acesso em 12 nov. 2013.

BRASIL. Ministério da Saúde. Instituto Nacional de Câncer José Alencar Gomes da Silva - INCA. Coordenação de Prevenção e Vigilância (CONPREV). **Abordagem e Tratamento do Fumante - Consenso 2001.** Rio de Janeiro: INCA, 2001

BRASIL. Ministério da Saúde. Instituto Nacional de Câncer José Alencar Gomes da Silva - INCA. **A situação do tabagismo no Brasil:** dados dos inquéritos do Sistema Internacional de Vigilância do Tabagismo da Organização Mundial da Saúde realizados no Brasil entre 2002 e 2009. Rio de Janeiro: INCA, 2011.

KUHNEN, M. *et al.* **Tabagismo e fatores associados em adultos:** um estudo de base populacional. Rev Bras Epidemiol 2009; 12(4): 615-26. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/rbepid/v12n4/11.pdf> > Acesso em 24 out. 2013

CAVALCANTI, Soraya Araujo Uchoa. **Convenção-quadro para o controle do tabaco:** Um eixo norteador na Implantação de Ações de Controle de Tabagismo . Disponível em: < <http://www.joinpp.ufma.br>> Acesso em 25 out. 2013

LION, Edina de Araújo Veiga. **Tabagismo e saúde feminina.** Aliança de controle do tabagismo. Disponível em: <<http://www.actbr.org.br>.> Acesso em: 05 out. 2013.

MALCON, Maura; MENEZES, Ana Maria Baptista. **Tabagismo na adolescência.** Pediatria. São Paulo. v. 24, n.3/4, p.81-82, 2002.

MÜLLER, Janine Santos et al. **Efeitos Agudos do Fumo sobre a Hemodinâmica da Circulação Feto-Materno-Placentária –** Arq Bras Cardiol 2002; 78: 148-51. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/abc/v78n2/p02v78n2.pdf>> Acesso em 30 out. 2013.

REICHERT, J. et al. **Diretrizes Para a Cessação do Tabagismo Sociedade Brasileira de Pneumologia e Tisiologia**: Abordagem de grupos específicos - J Bras Pneumologia. v. 34, número 10, p. 859 - 869 - Outubro 2008. Disponível em: <www.sbpt.org.br/diretrizes/tabagismo> Acesso em 26 set. 2013.

RODRIGUES, Márcia Cardoso. **Prevalência do Tabagismo e sua associação com o uso de outras drogas entre os escolares do Distrito Federal, Brasil**. 2009. Tese (Doutorado), Universidade de Brasília, Brasília, 2009.

ROSEMBERG, José. **Enfisema do pulmão: sobre a fisiopatologia e o tabagismo, primordial fator de risco**. São Paulo: SBTP, 1987. 67p.

SILVEIRA, A. C. **O Drama do Tabagismo**: causas, consequências e solução. São Paulo: Casa Publicadora Brasileira, 1982. 185p.

MASCARENHAS, Maria Laura W.; ALBERNAZ, Elaine P.; SILVA, Mirian B. da; SILVEIRA, Regina B. da. Prevalência de aleitamento materno exclusivo nos 3 primeiros meses de vida e seus determinantes no Sul do Brasil. **Jornal de Pediatria** (Rio Janeiro) vol.82 nº.4 Porto Alegre Jul/Ago. 2006.