

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

**FREDERICO MALTA PIO**

**PROGRAMA DE INTERVENÇÃO DE COMBATE AO TABAGISMO**

**BELO HORIZONTE/ MG  
JANEIRO / 2014**

FREDERICO MALTA PIO

## **PROGRAMA DE INTERVENÇÃO DE COMBATE AO TABAGISMO**

Projeto de Trabalho de Conclusão de Curso apresentado ao Curso de Especialização em Atenção Básica em Saúde da Família, da Universidade Federal de Minas Gerais, para obtenção do Certificado de Especialista

Orientadora: Prof<sup>a</sup> Dr<sup>a</sup> Mara Vasconcelos

BELO HORIZONTE / MG  
JANEIRO / 2014

FREDERICO MALTA PIO

## **PROGRAMA DE INTERVENÇÃO DE COMBATE AO TABAGISMO**

Projeto de Trabalho de Conclusão de Curso apresentado ao Curso de Especialização em Atenção Básica em Saúde da Família, da Universidade Federal de Minas Gerais, para obtenção do Certificado de Especialista

Orientadora: Prof<sup>a</sup> Dr<sup>a</sup> Mara Vasconcelos

Banca examinadora:

\_\_\_\_\_

Prof<sup>a</sup> Dr<sup>a</sup> Mara Vasconcelos

Aprovada em Belo Horizonte \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

## **AGRADECIMENTOS**

Aos meus irmãos mais novos, Guilherme e Joana. Ao primeiro, que, além de melhor amigo, e afilhado, tornou-se há pouco um colega de profissão, com quem em breve terei orgulho de trabalhar junto. À caçula, também afilhada, que nos conquista cada dia mais com seu carisma e com sua admiração por nós dois.

Aos meus pais, Jonas e Clemilda, por sempre acreditarem e apostarem em mim, pelo carinho e dedicação integral a seus filhos, por serem exemplo de pessoas tão grandiosas, pela presença diária junto de nós, independente da distância física que nos separam momentaneamente.

À Alessandra, minha grande companheira, pessoa que eu tenho orgulho de ter ao meu lado, e que eu tenho muita admiração pessoal e profissional. Agradeço por estar tão presente, pela sua companhia, pelo seu afeto, mesmo na distância.

Esse trabalho feito com esforço e dedicação é uma singela homenagem a vocês.

## RESUMO

O tabagismo é uma doença relacionada à dependência química e psicológica da nicotina e se apresenta amplamente distribuída no contexto mundial. Estima-se que essa doença afeta cerca de 1 bilhão e 200 milhões de pessoas ao todo e que cerca de 6 milhões morrem todos os anos. Dados indicam ainda que aproximadamente metade dos fumantes crônicos morre de doenças relacionadas ao tabagismo. Iniciar uma política antitabagista é um passo importante para um aumento de longevidade de uma população, sendo, portanto um grande fator em promoção de saúde. Essa política deve constituir a base de todo sistema de saúde e deve ser uma das composições promocionais de todo município. Durante um período de trabalho no PSF de Moema/MG em 2013, viu-se que a cidade não possui um trabalho efetivo com esse grupo. Esse trabalho foi realizado com o objetivo de introduzir uma prática intensiva, a partir da ação de um grupo multidisciplinar, para desestimular o tabagismo: o Grupo Multiprofissional de Atenção ao Tabagista ao Tabagista. Esse grupo foi formado por uma equipe integrada por diversos profissionais da equipe do PSF e por fumantes da cidade. O objetivo desse projeto é estimular e conduzir a cessação do fumo entre os integrantes e diminuir o número de recaídas. A metodologia deste estudo foi o treinamento dos profissionais tendo como referencial o documento do INCA, 2001: Abordagem e Tratamento do Fumante. As atividades realizadas com os tabagistas foi condizente com as metodologias mais atualizadas. Como resultado observa-se que o projeto continua em desenvolvimento. O Grupo Multiprofissional de Apoio ao Tabagista mantém reuniões temáticas semanais e os seus pacientes são mantidos em observação pela equipe profissional, em que se verifica as evoluções psicológicas de todos e clínicas daqueles que estão em abstinência.

**Palavras-chave:** tabagismo, nicotina, vício, Grupo Multiprofissional de Apoio ao Tabagista, abordagem cognitivo-comportamental.

## ABSTRACT

## **LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS**

ACS – Agente Comunitário de Saúde

IBGE – Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística

INCA – Instituto Nacional do Câncer

PSF – Programa de Saúde da Família

OMS – Organização Mundial de Saúde

## SUMÁRIO

1. INTRODUÇÃO .....	9
2. JUSTIFICATIVA .....	10
3. OBJETIVOS	
3.1 OBJETIVO GERAL .....	11
3.2 OBJETIVOS ESPECIFICOS .....	11
4. METODOLOGIA .....	12
5. REVISÃO DA LITERATURA .....	13
6. PLANO DE AÇÃO .....	17
7. CONCLUSÃO .....	29
REFERÊNCIAS.....	31



## 1 INTRODUÇÃO

Moema é uma cidade localizada no centro-oeste do estado de Minas Gerais, cerca de 170 km da capital mineira, Belo Horizonte. Sua população é estimada em 7363 habitantes para o ano de 2013. Possui clima tropical, relevo predominantemente plano e área territorial de aproximadamente 200km<sup>2</sup>. Sua população reside, em maior parte, na zona urbana e é, na maioria, católica. A economia é baseada na agropecuária. O acesso à água tratada abrange 91,9% da população e a rede de esgoto está presente em 71,3% das moradias (IBGE, 2010).

O Programa Saúde da Família (PSF) é um Programa do Governo com enfoque na atenção à saúde pública que visa a reorganização do modelo vigente, com reestruturação e substituição do modelo tradicional. Para reestruturar é importante que a atenção à saúde não seja pautada em uma relação médico-paciente de forma hierárquica e unidirecional, mas sim deve ser levada para a população e para a família. Isso depende da formação de equipes multiprofissionais para lidar com os pacientes.

O PSF de Moema/MG, município em questão, possui uma única equipe, composta por um médico, um enfermeiro, um técnico em enfermagem, oito agentes comunitários de saúde (ACS), um dentista, dois técnicos em higiene dental e uma secretária. A estrutura física conta com dois consultórios médicos, dois consultórios odontológicos, uma sala de curativos, uma sala de enfermagem, uma sala de reunião e seis banheiros.

Após 6 meses de trabalho no PSF de Moema, foi possível detectar um elevado número de tabagistas na cidade. Isso foi feito a partir de uma amostra dos pacientes que frequentaram o PSF, seja durante uma consulta médica ou mesmo durante uma simples verificação da pressão arterial.

Foi realizado um levantamento de informações com a própria população onde se buscou identificar alguns dos fatores que poderiam efetivamente contribuir para o tabagismo. A partir disso, foi possível reconhecer que algumas ações antitabagistas deveriam ter sido desenvolvidas com a população, mas que, por razões institucionais, não foram implementadas. Dessa forma, o que se verificou foi a inexistência de qualquer campanha motivacional ou de acompanhamento médico-psico-social desse grupo de doentes.

## 2 JUSTIFICATIVA

O tabagismo hoje é considerado um dos vícios que mais prejudicam a saúde. O tabaco é um produto legalizado, de baixo custo e ampla distribuição, o que o torna facilmente acessível. Além disso, sabe-se que é uma substância química que promove alterações fisiológicas e gera sensações de prazer, tendo por isso uma capacidade de causar dependência pelo desejo contínuo dos usuários. A acessibilidade e a sensação de prazer são pontos que corroboram para a instituição do vício. O fumo, porém, tem diversos efeitos degenerativos no organismo e seu uso prolongado é causa de muitas doenças hoje conhecidas.

Cerca de 80% dos fumantes desejam parar, mas apenas 3% conseguem realmente abandonar o vício. Além disso, só é considerada ex-fumante a pessoa que fica um ano sem fumar, explica o cardiologista do Hospital do Coração do Brasil, João Ferreira Marques.

Estimativas mostram que o custo por vidas salvas por ano através da abordagem ao fumante seria de aproximadamente 20% do valor referente ao tratamento da hipertensão arterial e 2% do valor de tratamento da hipercolesterolemia, revelando a grande economia que poderia ser feita pelo Ministério da Saúde (BRASIL, 2001).

Iniciar uma política antitabagista é um passo importante para um aumento de longevidade de uma população, sendo portanto, um grande fator de promoção de saúde. Pretende-se com esse trabalho introduzir uma prática intensiva, pautada na ação de um grupo multidisciplinar, com participação de médico, enfermeiros, agentes comunitários de saúde e assistentes sociais, para desestimular o tabagismo, com enfoque não só entre pessoas que realmente estão interessadas em abandonar o vício, mas também no convencimento daqueles que não se dizem prontos para isso.

### **3 OBJETIVOS**

#### **3.1 OBJETIVO GERAL**

Organizar um grupo de assistência antitabagista com atuação de uma equipe multiprofissional do PSF de Moema/MG.

#### **3.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS**

- Criar grupos mistos, compostos por fumantes e ex-fumantes, para que seja criado um ambiente favorável ao tratamento, onde possa ocorrer uma troca de experiência e um apoio mútuo, a fim de promover a própria condução e sobrevivência do projeto.

- Aplicar as novas metodologias de políticas antifumo para os órgãos sanitários e de saúde da cidade, permitindo que a política seja ampliada em outras unidades de saúde locais.

- Conscientizar a população local acerca dos malefícios e do potencial de dependência do tabaco, a fim de prevenir a instalação do vício e a auxiliar a cessação por parte dos dependentes.

## 5 METODOLOGIA

Para obter maior compreensão acerca das estratégias de combate ao tabagismo e as dificuldades que seriam enfrentadas, foi realizada uma revisão de literatura. A partir daí, foi possível determinar formas de abordagem e tratamento do fumante.

Na revisão da literatura, foram utilizadas bases de dados como SciELO, PubMed, Portal Capes, The Cochrane Library, UpToDate e documentos oficiais publicados pelo Ministério da Saúde. As seguintes palavras-chave foram usadas: *tabaco*, *smoking*, *pharmacotherapy*, farmacoterapia, INCA, *tobacco dependence*, nicotina, *smoking cessation*, *tobacco use cessation* e abordagem cognitivo-comportamental. Apenas foram considerados artigos publicados nos últimos 10 anos, e que tinham como foco população de baixo nível socioeconômico, de acordo com os critérios da OMS, sendo selecionados sete trabalhos que ilustravam o objetivo desse Trabalho de Conclusão de Curso. Além das referências dos módulos do Curso de Especialização em Atenção Básica em Saúde da Família.

Esse estudo consistiu na formação de um grupo multiprofissional de apoio ao tabagista, composto por fumantes e ex-fumantes na cidade de Moema, Minas Gerais. Para a constituição desse grupo, foi necessário preparar os profissionais com informações acerca do tratamento do tabagista e seus métodos de abordagem. Quanto aos usuários participantes do projeto, eles receberam informações acerca dos malefícios gerados pelo tabaco, como esses malefícios afetam diretamente a própria saúde e de sua família, além de benefícios obtidos após a cessação. Os fumantes foram acompanhados e auxiliados pelos profissionais do grupo de apoio para não sofrerem recaídas e alguns deles receberam inclusive medicamentos para auxiliar na cessação do fumo e dependência.

Durante os últimos seis meses, foi verificado o número de pessoas adeptas ao tabagismo na cidade de Moema/MG, por meio de um levantamento de dados nas unidades do PSF e nas visitas domiciliares, abordando os seguintes quesitos: carga tabácica individual, motivos que levaram ao início da prática, há quanto tempo percebeu o vício e, principalmente, a existência da vontade própria de interromper o uso do cigarro.

De acordo com um estudo recente realizado pelo Ministério da Saúde em conjunto com o Instituto Nacional do Câncer em 2001, foram solicitadas juntamente a Gerência Regional de Saúde as medicações disponíveis para tratamento farmacológico dos grupos. A resposta da gerência foi positiva e não somente os adesivos de nicotina e gomas de mascar, mas também medicações como a Bupropiona (base farmacológica da desintoxicação) serão fornecidas em tempo hábil para utilização no trabalho.

O projeto foi discutido no Centro de Referência e Apoio Social (CRAS) do município, e com a psicóloga que atua na cidade, e ambos disponibilizaram apoio para que a atividade pudesse ocorrer de forma multidisciplinar. A gestão da prefeitura e a secretaria municipal de saúde também foram informadas e providenciaram recursos necessários, como material informativo, espaço adequado para os encontros, publicidade de rua.

Todo o projeto foi planejado junto às últimas referências no UpToDate, Cochrane Library e outras bases de dados, para que os tratamentos estejam de acordo com os últimos protocolos e bases científicas americanos. Informações do Ministério da saúde, segundo Programa Nacional de Controle do Tabagismo também foram consideradas e serão abordadas ao longo do Trabalho.

#### 4 REVISÃO DA LITERATURA

O tabagismo é uma doença relacionada à dependência química e psicológica da nicotina e se apresenta amplamente distribuída no contexto mundial. Estima-se que essa doença afeta cerca de 1 bilhão e 200 milhões de pessoas ao todo e que cerca de 6 milhões morrem todos os anos. Dados indicam ainda que aproximadamente metade dos fumantes crônicos morre de doenças relacionadas ao tabagismo (OMS, 2013).

O consumo de cigarros é um hábito se faz presente em pessoas de diferentes idades, sexos, etnias, rendas familiares e graus de escolaridade. A Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios (IBGE, 2008), revelou que o Brasil apresentava em 2008 um número de fumantes consentidos e maiores de 15 anos estimado em 142.999 pessoas, ano que em a população brasileira foi estimada em cerca de 140.871.473 habitantes maiores de 15 anos. Isso mostra que a epidemiologia do tabagismo no Brasil não é muito diferente daquela relatada pela OMS e, portanto, os números também são alarmantes.

O tabagismo é a principal causa evitável de morte e a cessação da prática é capaz de reduzir significativamente os riscos do ex-fumante desenvolver doenças relacionadas ao tabaco. Provavelmente relacionado a isso, aproximadamente 40% dos fumantes relatam que tentaram parar de fumar no último ano e não fumaram por pelo menos um dia (STEPHEN I. R. *et al.*, 2013a).

A fim de tornar mais concreto o desejo e as tentativas de abandonar o fumo, o Ministério da Saúde (2001) no texto: *Abordagem e Tratamento do Fumante*, traz várias informações destinadas a equipes multiprofissionais, principalmente do serviço público de saúde, para auxiliar os usuários de nicotina a pararem de usar a droga.

Esse trabalho do Ministério da Saúde relata justamente que um objetivo do Programa Nacional de Combate ao Tabagismo é a organização de profissionais na rede pública capazes de realizar abordagem cognitivo-comportamental. Essa abordagem tem como função motivar e preparar os fumantes para cessação da prática e ocorrerá através de atendimento individual ou em grupo. Associado ao atendimento pode-se utilizar a farmacoterapia.

A abordagem cognitivo-comportamental objetiva estimular o autocontrole do fumante. Isso é essencial para que o indivíduo consiga estipular, juntamente com apoio

de profissionais da saúde, formas de enfrentar o tabagismo e após a decisão de abandonar a prática, identificar riscos de recaída, evitando um ciclo vicioso de retorno ao fumo.

Em geral as pessoas necessitam de estímulos para passar por novas experiências e é comum também que apresentem certa resistência ao novo. O ato de experimentar um cigarro, por exemplo, está relacionado a muitos fatores.

As propagandas têm o objetivo de convencer o consumidor e, portanto, têm papel relevante na construção do ideário de uma pessoa. Por muito tempo as propagandas de cigarro podem ter incentivado o fumo. Diante disso, o Ministério da Saúde, segundo seu Programa Nacional de Combate ao Tabagismo, determinou a proibição dessas propagandas e tornou obrigatória ainda a apresentação de possíveis danos resultantes do fumo nas próprias embalagens de cigarro.

As doenças respiratórias e seus sintomas – como o enfisema pulmonar e a dispneia –, os diversos tipos de câncer – como o de boca e o de pulmão – e a perda dos dentes são exemplos de efeitos clássicos do uso crônico do cigarro. Já a síndrome de abstinência pode apresentar como sintomas a fissura pelo tabaco, aumento do apetite e ganho de peso, dificuldades de concentração, ansiedade, depressão e insônia (Tabagismo um grave problema de saúde pública – INCA, 2007).

Os profissionais do PSF devem abordar o assunto com o fumante nas próprias atividades do PSF e também em outros projetos como sugerido no Plano de Ação. O grau de dependência a nicotina pode ser estimado a partir do tempo percorrido entre o primeiro cigarro do indivíduo até o momento da avaliação, o número de cigarros usados por dia, e por último, o tempo percorrido entre o despertar e o primeiro cigarro do dia (STEPHEN I.R. *et al.*, 2013b).

A partir disso, deve-se aconselhar e preparar o tabagista quanto ao abandono do fumo, além de promover um acompanhamento multiprofissional durante o processo de tratamento.

Como primeiro passo no tratamento, os fumantes devem ser instruídos pela equipe multiprofissional a estabelecer um dia para abandonar a prática. Eles ainda devem se comprometer a frequentar o posto de saúde, principalmente nos primeiros

dias de abstinência para seja implementada uma terapia que culminará na cessação definitiva do fumo (STEPHEN I.R. *et al.*, 2013a).

A terapia e a própria cessação em si exigem uma mudança complexa por parte do fumante, entretanto algumas ações são simples, como a decisão de aderir ao tratamento e ser supervisionado regularmente (AVEYARD P.; BAULD L., 2011). Por isso, possibilitando a terapia, é necessário que o indivíduo adquira uma motivação para seguir com o tratamento, pois ele apresentará diversas dificuldades em parar a prática e ainda pode sofrer com recaídas.

O fumante ao desejar abandonar o hábito, deve então ser supervisionado para possibilitar que a cessação seja um processo saudável e até mesmo prevenir recaídas. Essa supervisão é de imensa importância, já que também através dela é que serão estabelecidas as situações em que será utilizada a farmacoterapia como ferramenta de apoio à cessação do fumo (ABORDAGEM E TRATAMENTO DO FUMANTE - Consenso 2001. Rio de Janeiro INCA, 2001).

A farmacoterapia, por sua vez, mostra-se como um método de grande relevância no tratamento do fumante, pois foi analisada em ensaios clínicos juntamente com o aconselhamento comportamental mostrando fortes evidências de que são muito eficazes na cessação do fumo (STEPHEN I.R. *et al.*, 2013b). Entretanto, devem-se obter certas precauções quanto ao seu emprego, uma vez que o uso dessa terapia em fumantes sem maiores complicações difere daquele empregado em pessoas com doenças psiquiátricas ou cardiovasculares, gestantes, hospitalizados, adolescentes.

Com objetivo de facilitar o abandono do uso de cigarros por parte dos fumantes, utiliza-se a farmacoterapia, que reduz os sintomas da abstinência, sendo que os medicamentos com reposição de nicotina são os principais na eficácia da cessação do fumo (ABORDAGEM E TRATAMENTO DO FUMANTE - Consenso 2001. Rio de Janeiro INCA, 2001).

Estudos relatam inclusive que a farmacoterapia deve ser oferecida para todos os fumantes que desejam parar de fumar, a menos que haja uma contraindicação médica (STEPHEN I.R. *et al.*, 2013a).



Há várias opções terapêuticas no mercado, como a goma de mascar de nicotina, a bupropiona e a vareniclina. A escolha do medicamento irá ocorrer de acordo com as peculiaridades de cada paciente e o acompanhamento médico-paciente.

A pesquisa “Impostos sobre o tabaco e políticas para o controle do tabagismo no Brasil, México e Uruguai” realizada pelo Centro de Estudos sobre Tabaco e Saúde (ENSP/Fiocruz) e algumas parcerias confirmou em 2013 que as pessoas de baixo nível econômico fumam mais, são mais expostas ao tabagismo passivo, possuem menor percepção acerca das mensagens de alerta a saúde, além de apresentarem menor índice de abandono ao tabagismo e maior índice de mortalidade por doenças relacionadas ao tabaco (ENSP/Fiocruz, 2013).

Os benefícios para a saúde do fumante ao interromper a prática são: após apenas 12 horas sem fumar, os pulmões já funcionam melhor, após três semanas a respiração se torna mais tranquila e há melhora na circulação, após 5 a 10 anos, o risco de sofrer infarto será igual ao daqueles indivíduos que nunca fumaram. Por fim, é imprescindível relatar que após 16 anos de abstinência, os ex-fumantes que abandonaram a prática antes dos 50 anos de idade reduzem em até 50% o risco de morte por patologias advindas do hábito de fumar (INCA, 2012).

## **6 PLANO DE AÇÃO**

Visto a condição de doença em que o tabagismo se enquadra e a disseminação dessa prática na comunidade, entende-se que seu combate deve ser incluído nos cuidados da saúde pública. Conforme relatado, durante o período de trabalho no PSF de Moema/MG em 2013, viu-se que a cidade não possui um trabalho efetivo com esse grupo de pessoas.

### **Identificação dos Problemas**

A identificação dos problemas intermediários é um passo necessário para que se possa planejar o combate ao problema fim, que é o tabagismo. Foram identificados no levantamento de informações com a própria população alguns problemas intermediários relacionados ao tabagismo. Esses problemas foram divididos em três grupos: incentivos para se iniciar a prática do tabagismo; falta de estímulos para abandoná-la; dificuldades de se manter em abstinência durante uma tentativa de abandono.

No 1º grupo: incentivos para se iniciar a prática do tabagismo, identificou-se a propaganda do cigarro, o baixo grau de informação sobre o tabaco e a influência e a pressão social. Para o 2º grupo: a falta de estímulos para abandonar o tabagismo, observou-se que inexistente o conhecimento de que fumar realmente faz mal, pois os efeitos são decorrentes de uso crônico e, portanto, são a longo prazo. No 3º grupo: dificuldade de se manter em abstinência, verificou-se que falta um grupo de apoio e que os efeitos decorrentes do vício químico e psicológico provocam muitas recaídas.

### **Nós críticos**

É especialmente importante identificar os nós críticos, isto é, definir aqueles que se encontram dentro da capacidade do grupo e que, quando combatidos, causam impacto significativo na resolução final.

Os nós críticos se relacionam com a falta de quem estimule a cessação da prática, o baixo grau de informação acerca dos prejuízos à saúde, a inexistência de um grupo de apoio e os efeitos das crises de abstinência.

### **Propostas de Intervenção**

Criação do Grupo Multiprofissional de Atenção ao Tabagista. Esse grupo terá uma equipe integrada por diversos profissionais da equipe do PSF e pretende aliar fumantes e ex-fumantes para sua composição. O objetivo desse projeto é estimular a cessação do fumo entre os integrantes e diminuir o número de recaídas.

Para compor a equipe, todos os funcionários do PSF foram convidados e todos se interessaram. A equipe ficou assim constituída: um médico, um enfermeiro, um técnico em enfermagem, oito agentes comunitários de saúde (ACS), um dentista, dois técnicos em higiene dental e uma secretária

Após a formação do grupo de apoio foi necessário a elaboração de subprojetos menores para facilitar a organização e a obtenção de recursos. É importante ressaltar que essa divisão foi organizacional.

### **Subprojeto 1: Capacitação dos profissionais**

Como primeiro subprojeto definiu-se uma capacitação dos profissionais, para que o trabalho com os tabagistas fosse desenvolvido de forma uniforme e condizente com as metodologias mais atualizadas. Esse treinamento foi realizado a partir de um estudo conjunto do documento referência do INCA: Abordagem e Tratamento do Fumante - Consenso 2001. Rio de Janeiro: INCA, 2001.

No total foram realizados dez encontros em um período de 30 dias para a efetivação do treinamento e outras atividades pertinentes.

No primeiro encontro ocorreu o treinamento dos profissionais de apoio multiprofissional e aconteceu na sala de reunião do PSF, com a leitura prévia do documento para discussão em grupo e individual. O material do INCA forneceu bases teóricas sobre métodos eficazes, incluindo a farmacoterapia utilizada no combate ao tabagismo e, orientações práticas para a abordagem do fumante.

Um segundo encontro foi realizado com a intenção de promover a motivação dos funcionários, trabalhando aspectos como: o princípio básico moral do profissional de saúde, os danos severos provocados pelo tabagismo e a dificuldade de se livrar do vício pelo tabaco. Nesse ponto a intenção era mostrar a melhoria que o trabalho do conjunto pode promover na saúde do fumante.

No terceiro encontro discutiu-se as dúvidas mediante a participação de todos. Nos próximos cinco encontros foram abordados as novas formas de combate ao fumo. Os temas trabalhados foram: O que o profissional de saúde pode fazer para ajudar um paciente a deixar de fumar; Abordagem Cognitivo-Comportamental do fumante; Farmacoterapia – métodos e critérios de uso e Abordagem do tabagismo em grupos e situações especiais. Foi necessário mais um encontro ao final das temáticas para esclarecimento de dúvidas.

O último encontro teve como objetivo a orientação dos profissionais para a parte logística do trabalho, como os horários, datas, temas de atividades, gincanas, locais das ações e distribuição de funções dentro do grupo.

## **Subprojeto 2: Encontro entre profissionais e pacientes**

O outro subprojeto definido como a organização dos encontros periódicos entre os membros profissionais e os pacientes, visou a troca de experiências, ao apoio mútuo entre todos e, conseqüentemente, à permanência dos integrantes no grupo, tudo isso a fim de incentivar o abandono do vício e evitar as recaídas.

Os encontros foram realizados nas salas de convenções do Centro Comunitário Doce Vida, espaço cedido pela prefeitura e suas atividades são as mais diversas. Um calendário com um cronograma foi elaborado, composto por exposições dialogadas acerca dos malefícios do tabagismo, gincanas educativas e seções de depoimentos. As exposições dialogadas são ministradas pelos profissionais do próprio grupo, com o intuito de combater o baixo nível de informação acerca dos prejuízos a longo prazo. As gincanas têm o objetivo de promover um auto-conhecimento e uma integração amistosa entre todos, a fim de criar um clima favorável ao tratamento. As seções de depoimentos são importantes porque funcionam como um método de alívio e descarga das emoções, processo que é facilitado em função do meio comum a todos eles.

## **Atores envolvidos e Recursos**

Os recursos necessários à realização das atividades discutidas até então foram muito simples e de fácil obtenção. Isso porque os atores, aqueles que são responsáveis pelos recursos, estão motivados a colaborar.

Os profissionais do PSF são da área da saúde. Além disso, foi negociado com o Secretário Municipal de Saúde que os profissionais poderiam deduzir da jornada de trabalho, uma hora da carga horária, o que os incentivou a participar. As demais funções burocráticas foram realizadas dentro do período normal de trabalho, visto que nesse caso se resumem a um cadastro dos fumantes e à atualização da ficha individual de progresso do paciente.

### **Sub projeto 3: "Diga não ao tabaco"**

Conforme citado anteriormente, foi possível notar na população de Moema que muitos fumantes não possuem um conhecimento significativo acerca dos efeitos nocivos provocados pelo tabaco a longo prazo. Ademais, muitos deles não recebem estímulos à cessação do fumo. Em vista disso, propõe-se que o grupo desenvolva o subprojeto: "Diga não ao tabaco", o qual tem por objetivo evitar o início da prática tabagista e, principalmente, estimular a cessação através da transmissão de informações sobre os malefícios provocados pelo tabaco.

Para que essas informações atinjam a população várias ações foram estrategicamente definidas. Uma delas é a realização do "Dia Moema Sem Fumaça", ocorrendo a "1ª Caminhada Municipal Contra o Tabaco" com atividades educativas. Para isso, também serão realizados mais algumas reuniões entre os profissionais do grupo para que eles possam discutir e relembrar métodos de abordagem e convencimento dos usuários. Eles serão ainda instruídos a utilizarem esses métodos não somente no evento, mas também no dia-a-dia do PSF.

A realização dessas ideias exige a obtenção de diversos recursos. O apoio financeiro será necessário para a produção de folhetos educativos e de camisetas, que serão distribuídos e utilizados no "Dia Moema Sem Fumaça".

Para a divulgação do evento serão necessários o apoio da rádio local e de carros de som que irão circular pela cidade. Esse momento será aproveitado para divulgar a criação do Grupo Multiprofissional de Atenção ao Tabagista ao Tabagista e estimular a participação dos fumantes para tratamento do vício. O apoio político será solicitado para utilização do Centro Comunitário Doce Vida nos dias da caminhada e das palestras educativas e de suas salas para o treinamento dos profissionais de saúde.

#### **Sub projeto 4: Tratamento Individualizado dos Fumantes**

O subprojeto Tratamento Individualizado dos Fumantes é o mais complexo de todos os subprojetos, está interligado aos demais e visa combater o tabagismo com base em duas grandes abordagens: abordagem cognitivo-comportamental e farmacoterapia. A primeira envolve a identificação de fumantes que desejam abandonar o vício, o convencimento daqueles que não desejam, a detecção de fatores que podem provocar recaídas e o desenvolvimento de métodos de enfrentamento desses fatores. Tudo isso tem o objetivo de criar um auto-controle situacional do próprio indivíduo, a fim de que este possa aprender a escapar de sua dependência e ser um agente de mudança que dê continuidade aos trabalhos. Já a farmacoterapia tem como objetivo fornecer um auxílio àqueles em que o vício se manifesta de maneira mais intensa e a primeira abordagem não foi suficiente.

O grupo de fumantes, inicialmente era composto por 21 tabagistas. Os pacientes foram cadastrados individualmente e, juntamente com esse cadastro de identificação, foi feito um relatório de seu histórico de fumo. Um questionário de quatro itens foi elaborado para construir esse relatório. Cada participante foi questionado sobre o tempo de fumo, para diferenciar o usuário regular daquele em fase de experimentação. Em seguida, perguntou-se a quantidade aproximada de cigarros fumados por dia e tempo após acordar que é necessário para acender o primeiro cigarro. Esse item tem o objetivo de registrar aqueles pacientes que têm maior probabilidade de desenvolver fortes crises de abstinência. Os pacientes foram questionados também sobre a existência de alguma tentativa prévia de cessação do fumo e, em caso afirmativo, sobre quando e o que aconteceu. Esse quesito permite analisar fatores que podem

atrapalhar seu tratamento. Por último cada um foi instigado a responder o que achava de marcar uma data para deixar o fumo, na tentativa de separar metodologicamente os pacientes quanto àqueles que estão prontos para iniciar a abstinência e aqueles não estão.

Após cadastrar os pacientes, toda a equipe se reuniu para discutir os casos e iniciar um planejamento detalhado da forma com que cada um deveria ser tratado. Dos 21 entrevistados, registrou-se que todos eram usuários regulares do tabaco, pois todos fumavam há mais de 5 anos, variando de 6 até 41 anos de uso, com consumo de pelo menos um maço de cigarro por dia. Esses mesmos dados puderam ilustrar a dificuldade que seria enfrentada no trabalho, uma vez que haviam membros com muito tempo de uso da nicotina e os efeitos da abstinência seriam intensos

Desses 21 inicialmente presentes, 9 se manifestaram prontos para deixar de fumar marcaram uma data para iniciar o processo e passaram por um breve período de aconselhamento e preparação, em que se buscou identificar e prevenir a ocorrência de alguns fatores que pudessem provocar recaídas. Os demais passaram por essa mesma etapa de aconselhamento e preparação, porém com um grau de intensidade e duração mais elevados. Isso porque esses pacientes ainda não estavam preparados psicologicamente para deixar o vício e, portanto, carecem de um aconselhamento para abordar as vantagens e incentivá-lo e precisam de um preparo para orientá-lo quanto aos efeitos da abstinência.

Os fumantes que chegaram na data marcada e iniciaram a tentativa de abandono do tabaco foram reclassificados para uma abordagem mais intensiva. Nesta etapa os encontros com essas pessoas são mais duradouros e frequentes, com periodicidade semanal. Isso proporciona um acompanhamento intensivo na fase inicial dessa tentativa, onde os riscos de recaída são conhecidamente maiores. Buscou-se identificar em cada um os sintomas característicos da síndrome de abstinência, como irritabilidade, hipertensão, alteração do sono, dor de cabeça, fissura, ganho de peso e depressão. Esses sintomas estão sendo avaliados a partir de um exame físico médico e a partir de uma consulta com a psicóloga do grupo.

Após um mês de trabalho, dentre os que iniciaram essa tentativa, 7 seguem em abstinência e apresentando resistência significativa às recaídas. Os sintomas de

fissura, ansiedade, irritabilidade e alterações do sono foram relatados por todos, porém, apesar das diferentes intensidades, nenhum em estado crítico. Todos eles seguem com acompanhamento com a psicóloga e em observação por toda a equipe. O ganho de peso foi notado de forma significativa em apenas 1, com aumento de 3,5kg nesse último mês. Para esse paciente foi indicado uma reabilitação alimentar e a prática de atividades físicas, tendo seu peso monitorado semanalmente, não sendo necessário um trabalho psicológico uma vez que não demonstrou preocupação com isso.

Os 2 pacientes que tiveram recaída procuraram o grupo para comunicar o ocorrido e um deles informou também que abandonaria o grupo. Após uma conversa com a psicóloga em particular e, em seguida, com o grupo de profissionais em conjunto, ambos os pacientes continuaram participando das reuniões. Nesse ponto, definiu-se necessário fazer um trabalho em separado com cada um dos dois para se identificar os pontos críticos que provocaram essa recaída. Só então esses pontos poderão ser discutidos e trabalhados para que se marque uma nova data para uma segunda tentativa.

Os 12 fumantes que não se mostraram prontos para deixar o uso do tabaco passaram então por uma série minuciosa de avaliações dos motivos pelos quais não se sentiam preparados. Durante as palestras dos encontros semanais do grupo buscou-se trabalhar temas que informavam sobre os efeitos nocivos do tabagismo, que discutiam sobre os receios e as inseguranças comuns aos fumantes, que esclareciam questões acerca dos diversos sintomas da abstinência e, principalmente, dos diversos benefícios que o abandono do vício poderia proporcionar. Além disso, encontros individuais dos fumantes com a equipe profissional têm sido realizados, a fim de discutir pontos particulares que podem estar atrapalhando.

Tem sido notado uma significativa mudança de comportamento daqueles que anteriormente não pretendiam assumir um marco para deixar o vício. Alguns têm manifestado o desejo de iniciar a tentativa e 3 deles inclusive já marcaram data para interromperem a prática. Porém a maioria segue com um trabalho individualizado intensivo associado às práticas coletivas durante as reuniões semanais do grupo, sem que tenham se mostrado prontos para a mudança. Desses ainda, 2 deixaram o grupo



mediante apresentação de motivos diversos não relacionados à desistência em si, mas relacionados a atividades particulares que inviabilizavam a permanência.

Conforme citado, o grupo tem a intenção de fazer uso da farmacoterapia como um meio para diminuir os sintomas de abstinência e, conseqüentemente, o número de recaídas. Entretanto, o uso de fármacos deve ser regulado e presente nos casos em que realmente há necessidade. De acordo com as referências bibliográficas utilizadas, os fármacos devem ser utilizados em casos de fumantes pesados – mais de 20 cigarros por dia, até 30 minutos para o primeiro cigarro após acordar –, de escore igual ou maior que 5 no teste de Fagerstöm ou critério profissional, de pacientes que já apresentaram recaídas prévias e ainda de inexistência de contraindicações clínicas (ABORDAGEM E TRATAMENTO DO FUMANTE - Consenso 2001. Rio de Janeiro INCA, 2001).

O uso farmacológico será realizado mediante tentativa inicial de um fármaco apenas. A monoterapia será abandonada apenas em casos que a equipe julgá-la como insuficiente e, nesse caso, um segundo medicamento será escolhido. A terapia de reposição de nicotina a partir de adesivos e gomas de mascar será tentativa inicial e sua associação com a Bupropiona (base farmacológica da desintoxicação) poderá ser a escolha nos casos de falha da primeira exclusivamente.

O suprimento farmacológico foi solicitado juntamente à Gerência Regional de Saúde. A resposta foi positiva e não somente os adesivos de nicotina e gomas de mascar, mas também medicações como a Bupropiona serão fornecidas em tempo hábil para utilização no trabalho. O início da farmacoterapia está então disponível para o grupo, porém ainda não teve início porque as devidas análises de necessidade e viabilidade de cada paciente estão sendo estudadas. Vale lembrar que os adesivos de nicotina, por exemplo, possuem diferentes dosagens, como 21mg, 14mg ou 7mg, e, portanto, os pacientes devem ser minuciosamente analisados antes de serem submetidos a esse tratamento.

Em análise geral, pode-se observar que o Plano e os subprojetos permanecem em desenvolvimento. O Grupo Multiprofissional de Atenção ao Tabagista mantém reuniões temáticas semanais e os seus pacientes são mantidos em observação pela equipe profissional, em que se verifica as evoluções psicológicas de todos e clínicas

daqueles que estão em abstinência. Por fim, tem-se dado enfoque no momento à criação do Dia Moema Sem Fumaça, com a proposta da caminhada e da conscientização pública.

## **7 CONCLUSÃO**

É necessário que as propostas de controle ao tabagismo sejam direcionadas para cada região, considerando as peculiaridades da população para qual essa proposta é traçada.

A criação do Grupo Multiprofissional de Atenção ao Tabagista em Moema foi, portanto, de grande relevância, uma vez que não havia uma iniciativa com tal foco e proporcionou o ambiente ideal para cessação do fumo com acompanhamento de diversos profissionais da saúde, além de mostrar muitos resultados positivos.

Esse direcionamento garantiu que o Grupo Multiprofissional de Atenção ao Tabagista ficasse aberto a toda população, o que promoveu grande aderência daqueles que não tinham informações significativas acerca dos malefícios do tabaco.

Nesse caso, 21 fumantes foram inicialmente incluídas no grupo e 9 se manifestaram prontos para iniciar a tentativa de cessação do fumo. Dentre os 9, 7 permaneceram sem fumar e 2 voltaram a fumar, porém sem abandonar o grupo. Os outros 12 fumantes que não iniciaram a tentativa seguem no grupo com acompanhamento e tratamento para que se possa marcar uma data para o início da abstinência.

Portanto, o Grupo Multiprofissional de Atenção ao Tabagista é essencial para auxiliar a população de Moema e reduzir as taxas de doenças e mortes relacionadas ao tabagismo, visto que essa prática é responsável pela primeira e maior causa de morte evitável no mundo.

## REFERÊNCIAS

ABORDAGEM E TRATAMENTO DO FUMANTE - Consenso 2001. Rio de Janeiro INCA, 2001

AVEYARD P.; BAULD L. Incentives for promoting smoking cessation: What we still do not know. **Cochrane Database Syst Rev** 2011; :ED000027.

CAMPOS, F. C. C.; FARIA, H. P.; SANTOS, M. A. **Planejamento e Avaliação das Ações de Saúde**: Belo Horizonte: Nescon/UFMG – Curso de Especialização em Atenção Básica em Saúde da Família, 2013.

CORRÊA, E. J.; VASCONCELOS, M.; SOUZA, M. S. L. **Iniciação à metodologia**: textos científicos. Belo Horizonte: Nescon/UFMG – Curso de Especialização em Atenção Básica em Saúde da Família, 2013.

Escola Nacional de Saúde Pública/Fiocruz. Impostos sobre o tabaco e políticas para o controle do tabagismo no Brasil, México e Uruguai, 2013.

FARIA, H.P.; *et al.* **Processo de Trabalho e Saúde**: Belo Horizonte: Nescon/UFMG – Curso de Especialização em Atenção Básica em Saúde da Família, 2013.

GIERISCH J. M.; *et al.* Smoking cessation interventions for patients with depression: a systematic review and meta-analysis. **J Gen Intern Med** 2012; 27:351.

HUGHES J. R.; STEAD L. F.; LANCASTER T. Anxiolytics for smoking cessation. **Cochrane Database Syst Rev** 2000; :CD002849.

INSTITUTO BRASILEIRO GEOGRÁFICO E ESTATÍSTICA. Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios, 2008.

LINDSON N.; AVEYARD P.; HUGHES J. R. Reduction versus abrupt cessation in smokers who want to quit. **Cochrane Database Syst Rev** 2010; :CD008033.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE. Relatório Geral sobre a Epidemia de

Tabagismo Global, 2008.

ARAUJO, Alberto José de et al . Diretrizes para Cessação do Tabagismo. **J. bras. pneumol.**, São Paulo, v. 30, supl. 2, Aug. 2004.

Available from:

<[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S180637132004000800002&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S180637132004000800002&lng=en&nrm=iso)>. Access on 10 Jan. 2014.

STEPHEN I. R.; *et al.* Overview of smoking cessation management in adults. **UpToDate** 2013; Disponível em: <<http://www.uptodate.com/contents/overview-of-smoking-cessation-management-in-adult>>. Acesso em 01/10/2013 (a)

STEPHEN I. R.; *et al.* Pharmacotherapy for smoking cessation in adults. **UpToDate** 2013; Disponível em: <<http://www.uptodate.com/contents/pharmacotherapy-for-smoking-cessation-in-adults>>. Acesso em 01/10/2013 (b)

MINISTÉRIO DA SAÚDE. INSTITUTO NACIONAL DE CÂNCER. COORDENAÇÃO DE PREVENÇÃO E VIGILÂNCIA - CONPREV. "Programa Nacional de Controle do Tabagismo e outros Fatores de Risco - Brasil". Rio de Janeiro, 2001.

BRASIL. Ministério da Saúde. Instituto Nacional do Câncer-INCA. Tabagismo: Dados e Números. Brasília. Distrito Federal, 2004.

FALCONE, E. Psicoterapia Cognitiva. In: Range, B. Psicoterapias Cognitivas Comportamentais. Um diálogo com a Psiquiatria. São Paulo: Artmed, 2001

LUPPI, C.H.B. et al. Perfil tabágico Segundo teste de dependência em nicotina. Ver. Ciência em Extensão: São Paulo, b. 4, n 1, 2008. Disponível em: [http://ojs.unesp.br/index.php/revista\\_proex/article/view/18/8](http://ojs.unesp.br/index.php/revista_proex/article/view/18/8). Acesso em 10/11/2009..