

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

VIVIANE FERNANDES DE CASTRO RODRIGUES

**COMBATE AO TABAGISMO NA UNIDADE BÁSICA DE SAÚDE
CENTRO, MUNICÍPIO DE SARZEDO**

SARZEDO - MINAS GERAIS

2014

**COMBATE AO TABAGISMO NA UNIDADE BÁSICA DE SAÚDE
CENTRO, MUNICÍPIO DE SARZEDO**

Banca examinadora

Examinador 1: Profa Silvana Spíndola de Miranda

Examinador 2 : Profa Selme Silqueira de Matos

Aprovado em Belo Horizonte, em 04 de Janeiro de 2015

AGRADECIMENTO

À equipe de saúde da família do PSF Centro pela parceria, aos participantes do programa de cessação do tabagismo, à orientadora Silvana Spíndola, à minha família, aos amigos, à todos que contribuíram direta ou indiretamente para o desenvolvimento deste trabalho.

RESUMO

Segundo a Organização Mundial da Saúde (OMS), o tabagismo é considerado a principal causa de morte evitável em todo o mundo, responsável por cerca de cinco milhões de morte por ano no mundo. A OMS estima que um terço da população mundial adulta, isto é, um bilhão e 200 milhões de pessoas sejam fumantes. O tabagismo é responsável por 200 mil mortes por ano no país. O consumo de tabaco está associado a doenças cardiovasculares, doença pulmonar obstrutiva crônica, câncer de pulmão e outras neoplasias. Também é fator de risco para infecções respiratórias, osteoporose, distúrbios reprodutores, diabetes, úlceras gástricas e duodenais .

Os objetivos deste trabalho foram: relatar a experiência de participar da condução do grupo de cessação do tabagismo implantado pela Secretaria de Saúde de Sarzedo por meio da adesão ao PNCT e fornecer ao tabagista meios de cessar o uso do tabaco por meio de um grupo de apoio e intervenção farmacológica quando necessária, com auxílio de equipe multiprofissional.

Palavras-chave: Tabagismo, abandono do tabagismo, nicotina.

ABSTRACT

According to the World Health Organization (WHO), smoking is considered the leading cause of preventable death worldwide , accounting for about five million deaths per year worldwide. The WHO estimates that one-third of the adult population, that is, one billion and 200 million people are smokers. Cigarette smoking is responsible for 200,000 deaths per year in the country. Tobacco use is associated with cardiovascular disease, chronic obstructive pulmonary disease, lung cancer and other cancers. It is also a risk factor for respiratory infections, osteoporosis, reproductive disorders, diabetes, gastric and duodenal ulcers.

The objectives of this study were to report the experience of participating in the conduct of the smoking cessation group deployed by the Health Department of Sarzedo by adhering to the the National Program Against the Ministry of Health Tobacco and provide the means to stop smoking tobacco use through a support group and pharmacological intervention when necessary, with the help of a multidisciplinary team.

Keywords: Smoking, tabaco use cessation, nicotine

LISTA DE SIGLAS

CEMIG: Companhia Energética de Minas Gerais
CISMEP: Consórcio Intermunicipal de Saúde do Médio Paraopeba
COPASA: Companhia de Saneamento de Minas Gerais
CQCT: Convenção-Quadro para o Controle do Tabaco
DM II: Diabetes *mellitus* tipo II
ECG: Eletrocardiograma
ESF: Estratégia de Saúde da família
HAS: Hipertensão arterial sistêmica
IBGE: Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
INCA: Instituto Nacional de Câncer
MS: Ministério da Saúde
OMS: Organização Mundial da Saúde
PNCT: Programa Nacional de Controle do Tabagismo
PSF: Programa de Saúde da Família
SESAMES: Serviço de Saúde Mental
SIAB: Sistema de Informação da Atenção Básica
SUS: Sistema Único de Saúde
TRN: Terapia de reposição de nicotina
UBS: Unidade Básica de Saúde
WHO: World Health Organization

SUMÁRIO

1. INTRODUÇÃO	8
2. JUSTIFICATIVA	12
3. OBJETIVOS.....	12
4. DESENVOLVIMENTO	12
4.1 BASES CONCEITUAIS.....	14
4.2 MANEJO DO TABAGISMO NO PSF CENTRO.....	17
5. CONSIDERAÇÕES FINAIS	23
REFERÊNCIAS.....	24

1. INTRODUÇÃO

O município de Sarzedo, instalado oficialmente em primeiro de janeiro de 1997, está situado em uma das regiões de maior desenvolvimento da Grande Belo Horizonte. Extensão territorial de 62,4 km², possui limites com as cidades de Brumadinho, Mário Campos, Ibitité e Betim. Atualmente a cidade possui 39 bairros, todos localizados na área definida como área urbana. Sua população estima-se em torno de 29.270 habitantes (IBGE, 2014). O prefeito da cidade é Weither Rezende, gestão 2013-2016.

A população do município é predominantemente urbana, sendo que 98,91% dos habitantes ocupam a área urbana e apenas 1,09% encontra-se na área rural, segundo dados do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE, 2014). Há uma distribuição homogênea entre homens (14.465 indivíduos) e mulheres (14.859 indivíduos), com destaque para a faixa entre os 20 a 39 anos, segundo dados de 2012 presentes no Sistema de Informação da Atenção Básica (SIAB). Além disso, podemos inferir que Sarzedo apresenta 33% da população menor de 20 anos de idade, 35% de 20 a 40 anos, 23% têm de 40 a 60 anos e 8% da população é idosa (SIAB, 2012).

As principais causas de óbitos presentes nas declarações de óbitos são violência, indeterminada, problemas respiratórios, neoplasias, problemas cardiovasculares e falência múltipla dos órgãos. A faixa etária predominante é a dos idosos e há um pico na faixa dos 20-39 anos (Figura 1 e 2).

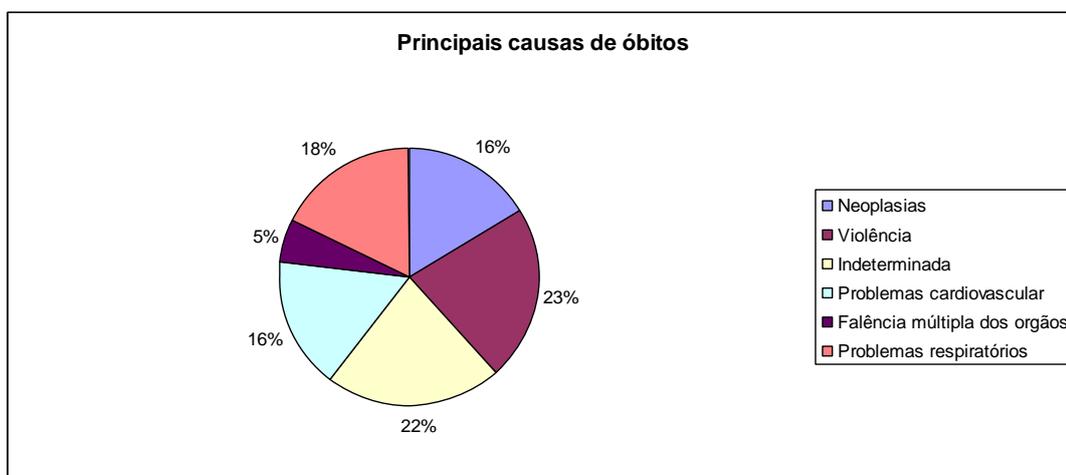


Figura 1: Principais causas de óbitos.
Fonte: Vigilância Epidemiológica, 2012.

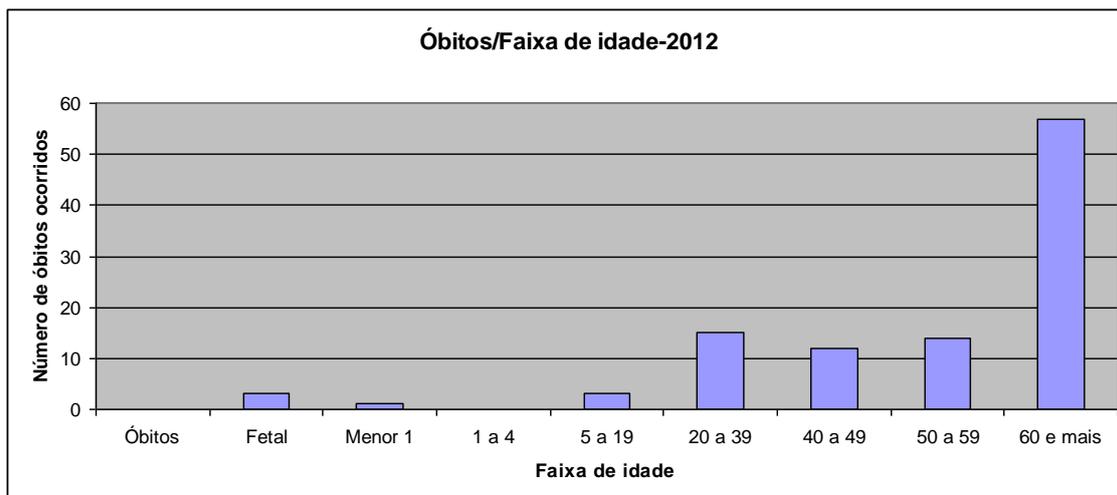


Figura 2: Óbitos por faixa de idade referente ao ano 2012.

Fonte: Vigilância Epidemiológica, 2012

O município apresenta uma densidade demográfica (hab/km²) de 415,46 (IBGE,2014). A população residente alfabetizada é 22077 pessoas (IBGE, 2014) .

A Secretaria Municipal de Saúde cujo secretário de saúde é Bruno Diniz Pinto, é responsável por: programar projetos e atividades de saúde pública municipal; fiscalizar o cumprimento da legislação sanitária do Município; articular com os órgãos e entidades federais, estaduais e municipais relacionados com a saúde pública ao nível municipal; promover campanhas de saúde pública; promover campanha de saúde animal; executar atividades de saúde escolar; elaborar programas e projetos relativos a:

- a) prestação de serviço médico, odontológico, ambulatorial, hospitalar e de bem-estar social à população do município,
- b) prestação de serviço médico e odontológico à população escolar de Sarzedo;
- c) atividades de controle físico, químico e biológico das zoonoses que impliquem risco para a saúde da população;
- d) organização e implantação de campanhas de saúde pública no âmbito do Município;

A Estratégia de Saúde da família (ESF) teve início no ano de 2004 neste município, conta atualmente com sete equipes completas (Unidade Bairro Imaculada Conceição, Unidade Bairro Centro de Sarzedo, Unidade Vera Cruz, Unidade Bairro

Brasília- Primeira Seção, Unidade B. Brasília- Segunda Seção, Unidade Masterville, Unidade Gilda Batista). Atualmente todas as unidades de saúde, da rede municipal, possuem consultórios odontológicos e o tratamento é gratuito para toda a população.

Sarzedo possui também uma Policlínica funcionando 24 horas, mantida pela Prefeitura de Sarzedo.

Sarzedo conta também com o Setor de Atendimento Especializado, constituído por diversas especialidades médicas (cardiologia, urologia, nefrologia, hematologia, ortopedia, reumatologia, oftalmologia, gastroenterologia, endocrinologia e diversas outras especialidades), via Consórcio Intermunicipal de Saúde do Médio Paraopeba (CISMEP), localizado em Betim, que funciona via sistema de referência e contra- referência. O município possui também o Serviço de Saúde Mental (SESAMES) para onde são encaminhados os pacientes com complexidade além da unidade básica de saúde (UBS).

A UBS Antônio Afonso Magalhães - bairro Brasília foi inaugurada em outubro de 2013 e é denominada “Amiga do Trabalhador” por causa do horário de funcionamento. Ela fica aberta até às 20 horas de segunda a sexta-feira.

Sarzedo possui sete igrejas, 21 escolas contabilizando com as creches, sendo uma escola particular. Possui dois laboratórios de análises clínicas.

A UBS Centro localiza-se na área central da cidade, com fácil acesso. O horário de funcionamento é das 7 às 16 horas. A unidade atende exclusivamente o Sistema Único de Saúde (SUS). As atividades desenvolvidas são: consultas médicas; consultas ginecológicas; consultas pediátricas; consultas de enfermagem; visitas domiciliares, curativos, realização de eletrocardiograma (ECG) e vacinas. A população atendida é selecionada por área de abrangência, sendo previamente cadastrada. Os atendimentos são realizados por meio de agendamento prévio de consultas e por livre demanda após classificação de risco.

A população da área de abrangência do PSF Centro possui 722 famílias cadastradas sendo um total de 2451 pessoas, onde 99,86 % das moradias são de alvenaria; 99,31% das residências é favorecida por coleta publica de lixo, 99,72% das residências possui água tratada pela Companhia de Saneamento de Minas Gerais (COPASA), 95,29% das moradias tem tratamento de esgoto, 99,45% das residências possui eletricidade fornecida pela Companhia Energética de Minas Gerais (CEMIG), a população é assistida por transporte rodoviário.

A jornada de trabalho é de 40 horas semanais para os profissionais da instituição. O médico do Programa de Valorização do Profissional da Atenção Básica (PROVAB) exerce 32 horas semanais.

A UBS possui em seu quadro de funcionários dois técnicos de enfermagem, um enfermeiro, um auxiliar administrativo, dois auxiliares de serviços gerais, seis agentes de saúde, um pediatra (oito horas por semana), um ginecologista (oito horas por semana), um nutricionista, um educador físico. O serviço de psicologia e psiquiatria funciona no SESAMES, contando com dois psicólogos e dois psiquiatras.

A unidade está situada em um imóvel próprio e definitivo. O imóvel contém uma recepção, uma sala de reunião e educação, uma sala de medicamentos, uma sala de coleta de materiais, uma sala de vacina, dois consultórios multiprofissionais, um consultório ginecológico com um banheiro em anexo, uma sala de curativo, uma sala de cuidados básicos, uma sala de apoio de agentes, cinco banheiros sendo dois para funcionários e três para clientes, uma lavanderia, uma copa, uma sala de lavagem e desinfecção de materiais, uma sala de esterilização, uma sala de almoxarifado, uma sala destinada às agentes de saúde. Tetos e paredes rebocadas e pintadas, piso de cerâmica, as portas de alumínio, janelas com parte em vidro e parte em alumínio a iluminação é realizada com lâmpadas fluorescentes. As roupas e materiais para esterilização são enviados uma vez por semana para fora da unidade. O lixo comum é recolhido três vezes por semana, pela coleta urbana; o lixo contaminado é recolhido uma vez por semana por empresa terceirizada (PAOLINELLI, 2013).

Ao realizar o diagnóstico situacional da área de abrangência da minha UBS foi constatado pela equipe que os problemas mais frequentes são as doenças crônicas descompensadas, principalmente a hipertensão arterial sistêmica e o diabetes *mellitus* tipo II, o tabagismo, o alcoolismo, o uso abusivo de medicação psicotrópica (principalmente benzodiazepínicos e antidepressivos) e a violência. Apesar de o município como um todo apresentar muitos casos de violência, na área de abrangência da UBS Centro, eles ocorrem esporadicamente. Isso se deve ao fato do perfil populacional da área corresponder à população com melhor poder aquisitivo do município e conseqüentemente menos problemas sociais relacionados.

Após análise dos problemas citados, a equipe optou pela abordagem do tabagismo como problema a ser enfrentado. Isso ocorreu devido à demanda significativa de pessoas desejando cessar o tabagismo, concomitante com o início

do grupo de tabagismo no PSF Centro por meio da adesão do município ao Programa Nacional de Controle ao Tabagismo (PNCT), e principalmente, pelo fato de o tabagismo acarretar sérios danos à saúde, causando comorbidades e óbitos, além de gerar gastos excessivos para o fumante e para o sistema de saúde.

2. JUSTIFICATIVA

Este trabalho se justifica pela alta prevalência de usuários do PSF Centro que desejam cessar o tabagismo e principalmente por este ser um grave problema de saúde, diminuindo a expectativa e a qualidade de vida dos usuários do tabaco, gerando comorbidades, óbitos e gastos financeiros .

Houve adesão do município ao Programa Nacional de Combate ao Tabagismo (PNCT) cursando com a realização dos grupos de cessação ao tabagismo em todos os postos de saúde de Sarzedo. Portanto, é relevante relatar as experiências na condução do grupo no PSF Centro.

A UBS Centro possui suporte técnico e estrutural para a realização do grupo de cessação ao tabagismo e também para o acompanhamento e melhoria das condições de saúde e psicossociais dos tabagistas.

3. OBJETIVOS

Relatar a experiência de participar da condução do grupo de cessação do tabagismo implantado pela Secretaria de Saúde de Sarzedo por meio da adesão ao PNCT, cujo objetivo é fornecer ao tabagista meios de cessar o uso do tabaco por meio de um grupo de apoio e intervenção farmacológica quando necessária, com auxílio de equipe multiprofissional.

Nesse estudo, destaca-se a importância da terapia cognitivo- comportamental associada à terapia farmacológica para evitar as recaídas aumentando as taxas de abandono ao tabaco.

4. DESENVOLVIMENTO

Após discussão com a equipe de saúde realizou-se o diagnóstico situacional da área de abrangência do PSF Centro, cursando com a elaboração de um plano de

ação para cada problema identificado. Foi traçado um projeto de intervenção para cada problema diagnosticado. Infelizmente nem todos os problemas detectados poderiam ser enfrentados, pelo menos neste primeiro momento. Como critérios para a seleção dos problemas foram considerados a importância, a urgência e a capacidade de enfrentamento do problema. Foi construída uma planilha para classificação de prioridades para os problemas identificados. Segue abaixo a planilha:

Tabela 1: PSF Centro – Equipe Azul / Priorização dos problemas.

Principais Problemas	Importância	Urgência	Capacidade de enfrentamento	Seleção
Risco cardiovascular aumentado	Alta	7	Parcial	2
Tabagismo	Alta	6	Dentro	1
Abuso de benzodiazepínicos	Alta	4	Parcial	3
Violência	Baixa	3	Fora	4

Devido a grande demanda de usuários do PSF Centro que desejam cessar o tabagismo e o fato de o município ter aderido ao PNCT, o tabagismo foi escolhido como problema a ser enfrentado. Considerou-se relevante relatar as experiências de manejo do grupo de cessação ao tabagismo no PSF Centro. Desta forma, por meio dos resultados obtidos, será possível embasar com maior eficácia a condução dos próximos grupos.

Como suporte teórico de apoio na realização dos grupos, realizou-se revisão bibliográfica utilizando-se as bases de dados *PUBMED*, da Scientific Electronic Library On-Line (*SciELO*), publicações encontradas nos sites do Ministério da Saúde e do INCA, buscando pelas palavras-chave: tabagismo, combate ao tabagismo e nicotina. Na realização dos grupos foram utilizados os passos dos Cadernos do Ministério da Saúde em parceria com o INCA e Secretaria de Atenção a Saúde, Deixando de Fumar sem Mistérios.

Foram realizadas dez reuniões durante o período de seis meses, tendo o PSF como apoio durante este período. As reuniões utilizaram palestras e discussões sobre os problemas relacionados com o tabaco e de como cessar o seu uso, o que seria possível fornecer suporte para evitar as recaídas por meio de orientações comportamentais e intervenção farmacológica.

4.1 BASES CONCEITUAIS

Segundo a OMS, o tabagismo é a principal causa evitável de morte no mundo e é responsável por 4,9 milhões de óbitos no mundo, a cada ano. A organização estima que um terço da população mundial adulta, isto é, cerca de um bilhão e 200 milhões de pessoas, sejam fumantes. Dentre estes, 2/3 estão em países de baixa e média renda onde a carga das doenças e mortes tabaco relacionadas é mais pesada (INCA, 2014). Embora 80% dos fumantes desejem parar de fumar, apenas 3% conseguem fazê-lo por si mesmos e, somente 7% dos que tentam parar sozinhos se mantêm abstinentes por um período longo de tempo. A taxa de sucesso de abstinência pode aumentar em 15% a 30% com a utilização de intervenções psicossociais e farmacológicas (Cinciripini, Hecht, Henningfield, Manley, & Kramer, 1997)

A maioria dos fumantes começa a fumar na juventude, associando o cigarro a estilo de vida, afirmação de liberdade diante da sociedade e até mesmo elegância. E essas associações foram por muito tempo reforçadas pela indústria do cigarro. Porém hoje os danos à saúde decorrentes do tabagismo, para o fumante ativo e também o passivo, estão sendo amplamente divulgados. O tabagismo é uma doença decorrente da dependência à nicotina, classificada no Código Internacional de Doenças (CID-10) no grupo de transtornos mentais e de comportamentos decorrentes do uso de substâncias psicoativas. (MS, 2008)

O consumo de tabaco está associado a doenças cardiovasculares, doença pulmonar obstrutiva crônica, câncer de pulmão e outras neoplasias. Também é fator de risco para infecções respiratórias, osteoporose, distúrbios reprodutivos, diabetes, úlceras gástricas e duodenais (NEAL; BENOWITZ, 2010).

Trata-se de um grave problema de saúde pública pelos prejuízos que causa à saúde humana, no que diz respeito às limitações na qualidade de vida, incapacitação para o trabalho, adoecimento e morte.

A mobilização mundial para o combate ao tabagismo ocorreu com a criação da Convenção-Quadro para o Controle do Tabaco (CQCT), coordenado pela Organização Mundial da Saúde (OMS) e ratificado por 178 países cujo objetivo é “proteger as gerações presentes e futuras das devastadoras conseqüências sanitárias, sociais, ambientais e econômicas geradas pelo consumo e pela exposição à fumaça do tabaco” (INCA, 2014).

O Instituto Nacional de Câncer (INCA), órgão do Ministério da Saúde, coordena as ações nacionais do Programa Nacional de Controle do Tabagismo (PNCT), desenvolvidas em parceria com as secretarias estaduais e municipais de Saúde e de vários setores da sociedade civil organizada, sobretudo, das sociedades científicas e de conselhos profissionais da área da saúde (CAVALCANTE T.M, 2005).

Os principais objetivos do PNCT são aumentar o número de pessoas que abandonam o tabaco e reduzir a iniciação do tabagismo. Nos últimos anos ocorreu uma redução significativa do índice de fumantes graças às campanhas educativas, às imagens nas carteiras de cigarro, à proibição de publicidade na mídia, à interdição do fumo em locais fechados e todas as ações de controle da rede pública contra o tabagismo (INCA, 2014). A Lei 12.546 aprovada em 2011 e regulamentada em 2014, proíbe o ato de fumar em ambientes de uso coletivo fechados públicos e privados em todos os Estados do país (anteriormente era limitada a oito Estados), protegendo a população dos riscos do tabagismo passivo (INCA, 2014). A lei também extingue os fumódromos e proíbe a propaganda comercial do cigarro. O espaço para o aviso sobre os danos causados pelo tabaco deverá ocupar 100% da face posterior das embalagens e uma de suas laterais. (INCA, 2014)

Porém, estratégias para o controle precisam ser intensificadas, em especial na rede básica de saúde pública. Intervenções farmacológicas e comportamentais têm sido propostas na tentativa de auxiliar indivíduos a pararem de fumar (Fiore, 2000).

O modelo de tratamento baseado na abordagem cognitivo-comportamental possibilita que o tratamento seja realizado em grupo ou individualmente, e tem como objetivo auxiliar o fumante a desenvolver habilidades que o auxiliarão a permanecer sem fumar. O apoio medicamentoso, quando necessário, é outro recurso usado no tratamento do tabagismo e disponibilizado na rede SUS (INCA, 2014).

Interessados que estão tentando parar de fumar podem fazer uso de terapias farmacológicas exceto em situações especiais como o uso de menos de 10 cigarros por dia, gestantes, adolescentes e contra indicações-médicas (Fiore, 2000; Focchi & Braun, 2005).

A Terapia de reposição de nicotina (TRN) e a bupropiona são a primeira linha de tratamento e as demais intervenções, como a nortriptilina e a clonidina, são de segunda linha (Fiore, 2000; Focchi & Braun, 2005; Marques et al., 2001)

A bupropiona é um antidepressivo não-tricíclico que inibe a recaptação pré-sináptica de dopamina e noradrenalina. Acredita-se que sua ação nas vias dopaminérgicas centrais seja o mecanismo responsável pela diminuição da fissura pelo cigarro nos pacientes em abstinência da nicotina.

De acordo com o Consenso de 2001 do Ministério da Saúde, a terapia com bupropiona deve-se ser iniciada com um comprimido de 150 mg pela manhã por três dias e a partir do 4º dia, um comprimido de 150 mg pela manhã e outro comprimido de 150 mg, 8 horas após, até completar 12 semanas. Deve-se parar de fumar no 8º dia, após início da medicação. A dose máxima de bupropiona recomendada é de 300 mg por dia.

Os estudos clínicos com bupropiona apresentam resultados satisfatórios, com período de abstinência até duas vezes maior em comparação com o placebo, além de menor ganho de peso (Balbani APS, Montovani JC, 2005).

Os efeitos adversos da bupropiona ocorrem em 6- 8% dos pacientes. Os sintomas mais comuns são: insônia, agitação e xerostomia.

A bupropiona é contra-indicada para epiléticos devido ao risco de convulsões. Outras contra-indicações são: distúrbios alimentares (anorexia nervosa ou bulimia), hipertensão arterial não-controlada, abstinência recente do álcool e uso de inibidores da monoaminoxidase (Balbani APS, Montovani JC, 2005).

O uso combinado de TRN e bupropiona praticamente dobra a taxa de sucesso no abandono do fumo (Balbani APS, Montovani JC,2005).

No Brasil estão disponíveis os adesivos e gomas de mascar de nicotina. Os adesivos são encontrados no mercado brasileiro nas dosagens de 7, 14 e 21mg/unidade, e cada embalagem contém sete unidades.

De acordo com o Consenso de 2001 do Ministério da Saúde, pacientes com escore do teste de Fagerström entre 8 a 10, e/ou fumante de mais de 20 cigarros por dia, devem utilizar o seguinte esquema:

- semana 1 a 4: adesivo de 21 mg a cada 24 horas
- semana 5 a 8: adesivo de 14 mg a cada 24 horas
- semana 9 a 12: adesivo de 7 mg a cada 24 horas

Pacientes com escore do teste de Fagerström entre 5 a 7, e/ou fumante de 10 a 20 cigarros por dia e fumam seu 1º cigarro nos primeiros 30 minutos após acordar, devem utilizar o seguinte esquema:

- semana 1 a 4: adesivo de 14 mg a cada 24 horas

- semana 5 a 8: adesivo de 7 mg a cada 24 horas

O adesivo deve ser aplicado apenas na região do tronco ou braços, fazendo um rodízio do local da aplicação a cada 24 horas. A região deve estar protegida da exposição direta do sol, porém, não há restrição quanto ao uso na água. Deve-se parar de fumar ao iniciar o medicamento. O período médio de tratamento é de oito a 12 semanas.

As gomas de mascar contêm 2mg de nicotina/unidade e são vendidas em embalagens com 12 unidades. As gomas devem ser mastigadas com força até surgir sensação de formigamento da mucosa bucal ou o sabor do tabaco. Então o paciente deve parar de mastigar e manter a goma entre a bochecha e a gengiva até desaparecer o formigamento, voltando a repetir a operação por 30 minutos, quando se deve jogar fora a goma. O paciente não deve ingerir nenhum tipo de líquido enquanto estiver mascando a goma.

O paciente deve parar de fumar assim que iniciar a TRN. Os efeitos sistêmicos mais comuns da reposição da nicotina são: náuseas, soluços e cefaleia (Balbani APS, Montovani JC, 2005) .

A TRN é contra-indicada aos menores de 18 anos e portadores de doenças cardiovasculares graves (infarto agudo do miocárdio ocorrido há até duas semanas e angina instável). Em gestantes e nutrizes dependentes da nicotina é possível o uso da TRN, após ponderar riscos e benefícios do tratamento.

Marques (2001) aponta que os grupos de auto-ajuda e a psicoterapia - individual ou em grupo - com sessões de aconselhamento são coadjuvantes eficazes no tratamento da dependência de nicotina. Isso é especialmente significativo quando a dependência é acompanhada de outras afecções como a depressão e a ansiedade (Balbani APS, Montovani JC, 2005).

4.2 MANEJO DO TABAGISMO NO PSF CENTRO

Foram utilizados os passos estabelecidos pelo Programa Cessação do Tabagismo do Ministério da Saúde. O objetivo da realização dos grupos é fornecer ao tabagista meios de cessar o uso do tabaco por meio de um grupo de apoio, com auxílio de equipe multiprofissional e também através da associação de medicamentos disponibilizados gratuitos para todos os participantes do grupo.

Foram realizadas dez reuniões durante o período de seis meses, tendo o PSF como apoio durante este período. As reuniões utilizaram palestras e discussões sobre os problemas relacionados com o tabaco e de como cessar o seu uso, além de fornecer opções para melhora de qualidade de vida e prescrição medicamentosa quando necessário. Foi feito um levantamento dos fumantes de todas as ESF. Durante as consultas, foi realizada uma lista de quais pacientes desejavam participar do programa de cessação do tabagismo. Cada ESF montou um grupo de 10 pessoas. Infelizmente muitos fumantes não puderam entrar neste grupo, mas uma lista de espera está sendo providenciada pela equipe de saúde. Todos os médicos e enfermeiros da ESF foram capacitados para a realização das reuniões do grupo.

A estruturação do grupo baseou-se na organização de 10 encontros, sendo os quatro primeiros semanais, o quinto e o sexto quinzenal, o sétimo, o oitavo, o nono e o décimo, mensal.

O grau de motivação para parar de fumar é condição essencial para iniciar o tratamento e este depende do tipo de abordagem que a equipe de saúde realiza com o paciente. Portanto, na realização dos grupos, foi priorizada a estruturação de um vínculo de confiança entre a equipe de saúde e o fumante.

O primeiro encontro ocorreu no auditório da câmara municipal de Sarzedo, com a reunião de todos os postos de saúde do município, onde o cigarro e os seus efeitos foi o tema abordado. Nesse encontro foi realizada a leitura do caderno 1 – Deixando de fumar sem mistérios do Ministério da Saúde. O objetivo desse caderno é mostrar ao usuário do tabaco os motivos pelos quais ele fuma e como isso afeta a sua saúde. Neste encontro também foi solicitado a um ex-fumante que participou deste programa que relatasse a sua experiência.

A equipe de saúde da família ficou responsável por conduzir os demais encontros, que ocorreram nos postos de saúde.

Todos os participantes foram submetidos à avaliação clínica no momento da admissão no programa de cessação do tabagismo. Foi realizada anamnese direcionada para a avaliação da existência de doenças relacionadas ao tabagismo por meio da análise de sintomas como tosse, expectoração, chiado, dispnéia, dor torácica e palpitações. Outras comorbidades foram pesquisadas assim como os transtornos psiquiátricos (depressão, ansiedade, pânico e etc) para controle adequado e aumento da eficácia do tratamento para cessação do tabagismo. Foram investigadas as medicações em uso e contraindicações no caso do tratamento

farmacológico da dependência. A história tabagística de cada participante foi coletada de forma detalhada pelo médico e enfermeiro da equipe, sendo questionados os seguintes itens de acordo com as Diretrizes para Cessação do Tabagismo de 2008: idade de início, número de cigarros fumados por dia, tentativas de cessação, tratamentos anteriores com ou sem sucesso, recaídas e prováveis causas, sintomas de abstinência, exposição passiva ao fumo, formas de convivência com outros fumantes (casa/trabalho) e fatores associados (café após as refeições, telefonar, consumo de bebida alcoólica, ansiedade e outros). O uso de álcool foi questionado, principalmente ao fato dele estar presente concomitante ao uso do tabaco.

O grau de dependência foi avaliado por meio do Teste de Fagerström para a dependência à nicotina (Figura 3).

<p>1. Quanto tempo após acordar você fuma seu primeiro cigarro?</p> <p>(3) nos primeiros 5 minutos (2) de 6 a 30 minutos (1) de 31 a 60 minutos (0) mais de 60 minutos</p> <p>2. Você acha difícil não fumar em lugares proibidos?</p> <p>(1) sim (0) não</p> <p>3. Qual o cigarro do dia que traz mais satisfação?</p> <p>(1) o 1º da manhã (0) os outros</p> <p>4. Quantos cigarros você fuma por dia?</p> <p>(0) menos de 10 (1) 11-20 (2) 21-30 (3) mais de 31</p> <p>5. Você fuma mais frequentemente pela manhã?</p> <p>(1) sim (0) não</p> <p>6. Você fuma mesmo doente, quando precisa ficar acamado a maior parte do tempo?</p> <p>(1) sim (0) não</p>

Total: 0-2 = muito baixa; 3-4 = baixa; 5 = média; 6-7 = elevada;
8-10 = muito elevada

Figura 3: Teste de Fagerström para a dependência à nicotina.

Fonte: Reichert et al. (2008).

Realizou-se exame físico completo e solicitação de revisão laboratorial para acompanhamento de comorbidades existentes e investigação de possíveis alterações. Solicitou-se eletrocardiograma e Raios-X de tórax de todos os participantes.

Segue abaixo tabela com informações relevantes dos participantes:

Tabela 2: Perfis dos tabagistas do PSF Centro.

Participantes	Sexo	Idade	Comorbidades	Etilismo	Número de tentativas anteriores para cessar o tabagismo	Nota do teste de Fagerström
JDS	masc	58	HAS, dislipidemia	social	4	7
IAS	fem	46	Transtorno de ansiedade, em uso de clonazepam.	social	2	8
CDO	fem	49		social	3	7
IN	fem	41	DM II não insulino dependente (DMII NID); dislipidemia		3	8
VRS	masc	67	HAS; DM II NID;	crônico	0	7
JAS	fem	43		crônico	0	9
CRB	masc	32		social	1	7

O segundo encontro foi realizado pela equipe. Nele, seguiu-se os passos do Caderno 2 – Os primeiros dias sem fumar/ Deixando de fumar sem mistérios (MS), abordando os sintomas da abstinência e a forma de lidar com eles. Foi divulgado a nota do teste de Fagerström e foi solicitado que cada participante definisse a data de cessação de fumar para registro.

Entre os dez participantes selecionados, cinco abandonaram o programa no primeiro encontro. Foram chamados mais cinco participantes, dos quais três desistiram. Permaneceram sete participantes até o final. Foi realizada busca ativa

pelos agentes de saúde para averiguar o motivo do não comparecimento dos desistentes. Cinco argumentaram que desejavam muito parar de fumar, mas aquele não seria o momento. Três relataram que os horários da realização dos grupos, nas quartas-feiras das 13 às 16 horas eram inapropriados. Porém, antes do início dos grupos foi avisado que os horários não seriam alterados e que seria fornecida a declaração de comparecimento caso necessário.

De acordo com o teste de Fagerström, dos sete participantes do grupo, três apresentaram dependência muito elevada à nicotina e quatro apresentaram dependência elevada.

Os critérios para inclusão no tratamento medicamentoso foram participação obrigatória da abordagem cognitivo-comportamental e grau elevado de dependência à nicotina, a saber, (Ministério da Saúde, 2001):

- Fumantes que fumam 20 ou mais cigarros por dia;
- Fumantes que fumam o primeiro cigarro até 30 min após acordar e fumam no mínimo dez cigarros por dia;
- Fumantes com escore do Teste de Fagerström, igual ou maior do que cinco, ou avaliação individual, a critério do profissional;
- Fumantes que já tentaram parar de fumar anteriormente apenas com a abordagem cognitivo-comportamental, mas não obtiveram êxito, devido a sintomas da síndrome de abstinência;
- Não haver contra-indicações clínicas.

Durante o terceiro encontro foram seguidos os passos do Caderno 3 - Deixando de fumar sem mistérios do Ministério da saúde, o qual faz a abordagem de como vencer os obstáculos para parar de fumar. Nesse encontro foi aferido o peso e a altura dos participantes. Foi prescrito bupropiona para os que já haviam decidido cessar o tabagismo na próxima semana. Foi orientado para os que conseguissem permanecer 24 horas sem fumar para que comparecessem ao centro de saúde para iniciar o uso do adesivo de nicotina.

Durante o quarto encontro foram seguidos os passos do caderno 4, sobre os benefícios obtidos após parar de fumar. Foi abordado as reações do período pós-abstinência e recaídas. As técnicas de enfermagem aferiram a pressão arterial e a glicemia. Até o quarto encontro, esses foram semanais.

O quinto encontro ocorreu 15 dias após o quarto e nele contamos com a presença da nutricionista. Abordamos a promoção à saúde. Foi aferido o peso e a

altura pelas técnicas de enfermagem.

No sexto encontro ocorreu com a participação da educadora física que forneceu dicas de saúde e esclareceu as dúvidas dos participantes.

O sétimo encontro ocorreu com a participação da psicóloga e o oitavo com a participação da fonoaudióloga.

No nono encontro realizou-se a avaliação das recaídas. Dentre os sete participantes, cinco cessaram o tabagismo com ou sem terapia medicamentosa, sem recaídas. Os dois participantes que não conseguiram cessar o tabagismo ao menos reduziram a quantidade diária de cigarros fumados. Os sintomas prevalentes durante o acompanhamento foram ansiedade e insônia. Todos os participantes consideraram eficazes para manterem afastados do cigarro técnicas como beber água, realizar caminhadas, realizar telefonemas, mascar chiclete ou mastigar pedaços de cenoura. Todos consideraram o apoio fornecido pela equipe de saúde e entre os participantes durante a realização dos grupos como essencial para cessação do tabagismo. Segue abaixo tabela com informações dos resultados do grupo de cessação ao tabagismo.

Tabela 3: Resultados do grupo de cessação ao tabagismo.

Participantes	Duração do tratamento com Bupropiona	Duração da Terapia de reposição de Nicotina com adesivos	Número de faltas nos grupos	Principais sintomas durante o tratamento	Cessou o tabagismo
JDS	12 semanas	12 semanas	0	ansiedade	Sim
IAS	0	0	uma	Ansiedade e insônia	Sim
CDO	Dois semanas	Três dias	uma	Ansiedade, insônia e cefaleia	Sim
IN	12 semanas	12 semanas	0	Ansiedade, insônia e ganho ponderal	Sim
VRS	Uma semana	0	0	Ansiedade	Não
JAS	Uma semana	0	0	Insônia durante o tratamento com bupropiona	Não
CRB	12 semanas	12 semanas	0	Ansiedade e diminuição da concentração nos	Sim

O décimo encontro realizou-se após seis meses do início dos grupos com a participação de todos os componentes dos PSFs do município, com a celebração e encerramento dos grupos.

5. CONSIDERAÇÕES FINAIS

O tabagismo é uma condição crônica responsável por milhares de mortes evitáveis no Brasil e no mundo que necessita de intervenções em todos os aspectos. Muitos tabagistas desejam parar ou reduzir o consumo do tabaco, porém sem estímulo e sem apoio psicológico por meio de terapias de grupo ou mesmo individualizado e sem apoio medicamentoso, torna-se difícil abandonar o tabaco.

A atenção básica por meio do seu modelo Estratégia de Saúde da Família (ESF), por meio do trabalho de equipes multiprofissionais, tem papel fundamental na diminuição do número de fumantes. Uma intervenção eficaz da ESF é a realização de grupos de cessação do tabagismo onde são adotadas a abordagem cognitivo-comportamental e o apoio medicamentoso, aumentando a chance do fumante abandonar o cigarro sem recaídas .

Na minha unidade de saúde de atuação onde houve essa intervenção, PSF Centro, a realização do grupo de cessação do tabagismo por meio das diretrizes estabelecidas pelo Ministério da Saúde, obteve grande sucesso, apesar da amostra reduzida. Dos sete participantes, cinco cessaram o tabagismo, em um período de seis meses de acompanhamento. Esses participantes continuarão sendo acompanhados em consultas individuais até completar o período de um ano, para continuarem sendo estimulados a não retornarem ao tabagismo. Espera-se que os novos grupos tenham sucesso, contribuindo para a redução da taxa do tabagismo no município, assim como das doenças tabaco relacionadas e dos agravos aos fumantes passivos.

REFERÊNCIAS

Balbani APS, Montovani JC. **Métodos para abandono do tabagismo e tratamento da dependência da nicotina**. Rev Bras Otorrinolaringoogia.V.71, n.6, 820-7, nov./dez. 2005.

BRASIL'. Ministério da Saúde. Instituto Nacional de Câncer - INCA. Coordenação de Prevenção e Vigilância (CONPREV). **Abordagem e Tratamento do Fumante - Consenso**. Rio de Janeiro: INCA, 2001, 38 P. Disponível em < http://portal.saude.sp.gov.br/resources/ses/perfil/profissional-da-saude/homepage//tratamento_fumo_consenso.pdf >. Acesso em 10 de outubro de 2014.

BRASIL. Ministério da Saúde. Instituto Nacional de Câncer. Observatório da política nacional de controle do tabaco. Disponível em < http://www2.inca.gov.br/wps/wcm/connect/observatorio_controle_tabaco/site/home/ >. Acesso em: 03 dezembro de 2014.

BRASIL. Ministério da Saúde. Sistema de Informação da Atenção Básica. Disponível em < <http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/deftohtm.exe?siab/cnv/SIABFMG.def> > Acesso em 20 de setembro de 2014.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Instituto Nacional de Câncer. Coordenação de Prevenção e Vigilância. **Deixando de Fumar sem Mistérios: entender por que se fuma e como isso afeta a saúde** – 2ª Edição. Rio de Janeiro: MS/INCA, 2004. Disponível em: < http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/manual_pare_de_fumar_01.pdf > Acesso em: 10 de outubro de 2014.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Instituto Nacional de Câncer. Coordenação de Prevenção e Vigilância. **Deixando de Fumar sem Mistérios: os primeiros dias sem fumar** - 2ª Edição. Rio de Janeiro: MS/INCA, 2004. Disponível em: < http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/manual_pare_de_fumar_02.pdf > Acesso em: 10 de outubro de 2014.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Instituto Nacional de Câncer. Coordenação de Prevenção e Vigilância. **Deixando de Fumar sem Mistérios: como vencer os obstáculos para permanecer sem fumar** – 2ª Edição. Rio de Janeiro: MS/INCA, 2004. Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/manual_pare_de_fumar_03.pdf > Acesso em: 10 de outubro de 2014.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Instituto Nacional de Câncer. Coordenação de Prevenção e Vigilância. **Deixando de Fumar sem Mistérios: benefícios obtidos após parar de fumar** – 2ª Edição. Rio de Janeiro: MS/INCA, 2004. Disponível em: < http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/manual_pare_de_fumar_04.pdf > Acesso em: 10 de outubro de 2014.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Instituto Nacional de Câncer. Coordenação de Prevenção e Vigilância. **Deixando de Fumar sem Mistérios: manual do coordenador**– 2ª Edição. Rio de Janeiro: MS/INCA, 2004.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Instituto Nacional de Câncer. Coordenação de Prevenção e Vigilância. **Por um mundo sem tabaco: mobilização da sociedade civil**- 3ª Edição. Rio de Janeiro: 2004.

BELO HORIZONTE. Prefeitura Municipal de Belo Horizonte. Tabagismo. 2014/ notícia publicada em 29/05/2014- **Tratamento contra tabagismo é oferecido em 98 centros de saúde**. Disponível em: < <http://portalpbh.pbh.gov.br/pbh/ecp/noticia.do?evento=portlet&pAc=not&idConteudo=158773&pldPlc=&app=salanoticias>> Acesso em: 03 de dezembro de 2014.

CAMPOS, F. C. C. de ; FARIA, H. P. de; SANTOS, M. A. dos. **Planejamento e avaliação das ações em saúde**. Curso de Especialização em Atenção Básica à Saúde da Família. 2ed. Belo Horizonte: Nescon/UFMG, 2010. Disponível em: < https://www.nescon.medicina.ufmg.br/biblioteca/registo/Planejamento_e_avaliacao_das_acoes_de_saude_2/3 >. Acesso em 12 de outubro de 2014.

CAVALCANTE T.M. **O controle do tabagismo no Brasil: avanços e desafios**- Rev. Psiq. Clín. São Paulo, v.32, n.5, Oct. 2005. Disponível em < http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0101-60832005000500006> Acesso em 07 de dezembro de 2014.

C.G.Mazoni et al. **A eficácia das intervenções farmacológicas e psicossociais para o tratamento do tabagismo: revisão da literatura**. Estudos de Psicologia 2008, 13(2), 133-140. Disponível em < <http://www.scielo.br/pdf/epsic/v13n2/05.pdf> > Acesso em 03 de dezembro de 2014.

FIORE MC, BAYLEY WC, COHEN SJ et al. **Treating Tobacco Use and Dependence**. Clinical Practice Guidelines. Rockville, MD: U. S. Department of Health and Humans Services, Public Health Service, 2000.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. **Informações Estatísticas de Sarzedo-MG**. Disponível em < <http://cidades.ibge.gov.br/xtras/perfil.php?codmun=316553> > Acesso em: 10 de outubro de 2014.

NEAL, L.; BENOWITZ, M.D. Nicotine Addiction. **The New England Journal of Medicine**, 2010 June 17; 362 (24): 2295-2303.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE. **Relatório da Organização Mundial de Saúde sobre a Epidemia Global de Tabagismo – 2008**. Disponível em: < www.who.int/tabaco/mpower >. Acesso em: 03 dez. 2014.

PAOLINELLI, S. A.R. *Diagnóstico situacional PSF Centro*. Pag 1-16 Sarzedo- MG, 2013
Reichert J, Araújo AJ, Gonçalves CMC, Godoy I, Chatkin JM, Sales PU, et al. **Diretrizes da Sociedade Brasileira de Pneumologia e Tisiologia: Diretrizes para cessação do tabagismo - 2008**. J Bras Pneumol. 2008; 34(10): 845-880.

SARZEDO. Prefeitura Municipal de Sarzedo. **Caracterização do Município**. Disponível em < <http://www.sarzedo.mg.gov.br/index.php/explore/historia> > Acesso em 22 de setembro de 2014.