

Guia Rápido de Abordagem ao Tabagismo na APS

Carlos Antônio Pegorari Júnior

Guia Rápido de Abordagem ao Tabagismo na APS

Monografia apresentada como requisito para a obtenção do título de Médico de Família e Comunidade ao Programa de Residência em Medicina de Família e Comunidade da Secretaria Municipal de Saúde de Campo Grande/ Fiocruz.

Orientador (a) (es): Maicol Ferreira Barbosa (Médico de Família e Comunidade)

Campo Grande

2022

RESUMO

O tabagismo é um problema de saúde pública, visto que afeta de maneira significativa uma grande parcela da população mundial. Em razão desse fato, é necessário envidar esforços para que o consumo de tabaco seja extinto, deixando, com isso, de ceifar vidas e provocar sofrimento a inúmeras famílias. Este trabalho objetivou identificar e coletar referências teóricas para a construção de um guia rápido de abordagem ao tabagismo na Atenção Primária a Saúde (APS), guia este que possa ser utilizado por qualquer profissional de saúde da atenção básica. Para tanto, foi pesquisado na literatura científica, artigos científicos em língua portuguesa que abrangessem a terapia cognitivo-comportamental e o tratamento farmacológico e suas implicações. A pesquisa bibliográfica foi realizada nas seguintes bases de dados: BVS, PEPSIC, Scielo, MEDLINE e LILACS. Foram utilizadas três palavras-chave: Tabagismo, Profissionais da saúde e Atenção Primária à Saúde. Considerou-se artigos em sua versão completa, na língua portuguesa, relevantes ao tema, publicados entre 2000 e 2020. Foram encontrados 145 artigos, mas apenas 10 eram relevantes para a montagem do guia. A pesquisa realizada demonstra que, apesar dos avanços, muito ainda tem de ser feito em termos de elaboração de políticas públicas para debelar o hábito de fumar em todo o mundo, inclusive no Brasil.

Palavras-chave: Tabagismo; profissionais da saúde; atenção primaria a saúde

SUMÁRIO

1 – INTRODUÇÃO.....	5
2 – QUESTÃO NORTEADORA E PROBLEMA DA PESQUISA.....	7
3 – HIPÓTESE.....	7
4 – OBJETIVO PRIMÁRIO.....	8
5 – OBJETIVOS SECUNDÁRIOS.....	8
6 – MÉTODOS.....	8
7 – RESULTADOS.....	9
8 – DISCUSSÃO.....	11
9 – CONCLUSÃO.....	15
10 – REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	16
11 – APÊNDICE.....	19

INTRODUÇÃO

O tabagismo constitui um importante e prevalente problema de saúde pública, sendo a principal causa de morte evitável no mundo. É um dos principais responsáveis por uma série de doenças crônicas, principalmente cardíacas e respiratórias. No mundo, de acordo com Organização Mundial da Saúde (WHO, 2020), milhares de pessoas – mais de 8 milhões de pessoas por ano – morrem por agravos causados direta ou indiretamente por este hábito.

Desse quantitativo de óbitos, mais de 7 milhões decorrem do uso direto do tabaco; sendo que o restante, aproximadamente 1,2 milhão, se deve à exposição involuntária de não fumantes às muitas substâncias químicas e tóxicas, o que ocorre por meio do consumo passivo, aquele que o indivíduo, mesmo não fumante, convive com fumantes ou em espaços onde este produto é consumido. Segundo a OMS, do total de fumantes em todo o mundo, mais de um bilhão, conforme estimativas da própria OMS, cerca de 80% desse cômputo são compostos por indivíduos que residem em países nos quais o nível de renda é considerado baixo, ou mesmo médio; países em que – em razão da precariedade do sistema de saúde e dos problemas socioeconômicos – as enfermidades e os óbitos devido ao consumo do tabaco são mais expressivos (WHO, 2020).

O ato de fumar abrange todos os sexos e idades causando danos não só a saúde do usuário como a sua vida social e profissional. Todos os anos o SUS (Sistema Único de Saúde), gasta uma enorme quantia em recursos no tratamento das complicações e agravos que o hábito de fumar traz à população. Recursos estes, que poderiam ser destinados a outras enfermidades não preveníveis (BRASIL, 2020).

A nicotina é responsável por causar dependência física devido a sua ação farmacológica de se ligar a receptores colinérgicos nicotínicos promovendo sua estimulação e liberação de neurotransmissores, o que explica a síndrome de abstinência quando se tenta largar o hábito de fumar e psicológica quando se liga o ato de fumar ao alívio de situações estressoras e sentimento de frustração (BRASIL, 2020).

A indústria do tabaco evoluiu ao longo dos anos com a diversidade de opções no mercado e principalmente com a publicidade, atraindo pessoas de ambos os sexos e idades. A indústria do tabaco teve sua consolidação no século XIX com a invenção da máquina de confeccionar cigarros em 1881, setor dominado por multinacionais

britânicas e estadunidenses. No Brasil, o chamado sistema integrado de produção de fumo foi criado pela British American Tobacco (BAT), em 1918 na região sul. Apesar do grande investimento em imagens chocantes nas embalagens de cigarro, dos alertas sobre quais doenças podem ser ocasionadas pelo seu consumo e da proibição de propagandas nas mídias, as vendas permanecem altas (BOEIRA, 2006).

Nos anos 1970 iniciou-se de maneira gradual o combate ao tabagismo no território nacional. Ficou a cargo do Instituto Nacional do Câncer (INCA), órgão ligado ao Ministério da Saúde, gerir o PCNT (Programa Nacional de Controle do Tabagismo), uma estratégia de parcerias com secretarias estaduais e municipais de saúde e setores da sociedade civil com o intuito de reduzir a morbimortalidade relacionada ao consumo de derivados do tabaco no Brasil (INCA, 2012).

A Atenção Primária a Saúde (APS) é a principal porta de entrada do usuário ao SUS e, portanto, deve ser o ponto de partida das ações de controle e cessação do tabagismo devido a sua característica de cuidado longitudinal e centrado na pessoa. A abordagem ao tabagismo tem por base a terapia cognitivo comportamental, cuja premissa baseia-se no entendimento de que o tabagismo está intrinsecamente ligado a situações e emoções, tornando-se um hábito que leva à dependência devido às propriedades psicoativas da nicotina. Portanto, deve-se estimular um novo comportamento no usuário através da desconstrução gradativa das crenças e situações que levam o indivíduo a sentir desejo de fumar. O método também conta com apoio medicamentoso visando diminuir os sintomas causados pela abstinência ao tabaco (INCA, 2021; WHO, 2020).

Cessar o tabagismo traz benefícios, mesmo que o usuário já possua instalada uma doença provocada por este hábito, em qualquer fase da vida. Portanto, nunca é tarde para se parar de fumar. O modelo cognitivo comportamental utilizado pelo SUS no Brasil ancora-se em grupos de 10 a 15 pessoas em reuniões semanais de duração aproximada de 90 minutos, conduzidas por um profissional de saúde de nível superior, seguidas de duas sessões quinzenais e uma sessão mensal até se completar 12 meses de tratamento (BRASIL, 2020).

Na Unidade de Saúde da Família Tiradentes não há registro de grupos de controle ao tabagismo devido a sua configuração anterior em Unidade Básica de Saúde. Hoje, com a estruturação da Unidade de Saúde da Família (mudança de estratégia com a chegada do Programa de Residência em Saúde da Família SESAUFIOCRUZ), esperamos poder construir um maior vínculo com os usuários que

desejam parar de fumar. Contudo as sucessivas divisões do território e a pandemia do Covid19 impõem obstáculos importantes à consolidação dos grupos na unidade.

Após os primeiros 6 meses de atuação na USF Tiradentes, pelo Programa de Residência Médica em Saúde da Família, foi possível notar a grande quantidade de usuários de tabaco e seus derivados no território e, admitindo o tabaco como fator de risco para uma grande quantidade de doenças, na sua grande maioria cardiopatas, hipertensos e diabéticos. Dessa forma, urge que ações sejam tomadas e colocadas em prática no território no tocante ao combate ao tabagismo e na conscientização de crianças, jovens e adultos dos malefícios que este vício pode trazer.

O presente trabalho, elaboração de um guia rápido de abordagem ao paciente tabagista na APS, é um material dinâmico e de fácil entendimento, abordando de forma pontual os passos do tratamento ao tabagismo baseado em artigos com temática pertinente ao assunto selecionados após pesquisa, leitura e avaliação. Foram utilizados também, as portarias lançadas pelo Ministério da Saúde em relação ao tema abordado. O guia conta com ilustrações, fluxogramas e tabelas que guiam o usuário durante a abordagem do seu paciente. Para sustentação teórica e montagem do guia, foi realizada uma revisão bibliográfica apresentada nesta monografia.

QUESTÃO NORTEADORA E PROBLEMA DE PESQUISA

Como ampliar e melhorar a abordagem ao paciente tabagista no âmbito da APS em Campo Grande (MS)? Quais dificuldades a pandemia do COVID19 trouxe a esta abordagem?

HIPÓTESE

O tabagismo é um problema de saúde pública, sendo a principal causa de morte evitável do mundo e grande fator de risco para o desenvolvimento de doenças crônicas, principalmente respiratórias e cardíacas. Dessa forma, trata-se de uma problemática sensível à APS e todo profissional de saúde deve estar preparado para abordar esta importante questão (BRASIL, 2020).

No Brasil o usuário do SUS encontra grande dificuldade na obtenção de resultados positivos no abandono do vício devido a uma série de questões, dentre elas podemos destacar a escassez de profissionais devidamente qualificados para

atuar em grupos de tabagismo, o acesso dificultado ao programa e a falta de estruturação de grupos de apoio (LONGANEZI, 2016).

No Brasil, o tabagismo é responsável por 200.000 mortes anualmente, superando a somatória de mortes causadas por alcoolismo, síndrome da imunodeficiência adquirida (SIDA), homicídios, suicídios e acidentes de trânsito. O sexo masculino está associado a maior consumo de tabaco no mundo, mas a prevalência de fumantes no sexo feminino vem subindo vertiginosamente nas últimas décadas (BRASIL, 2020).

Dessa forma, é evidente que a abordagem ao paciente tabagista deve ser fomentada, principalmente na porta de entrada do usuário ao SUS, ou seja, na APS, com desenvolvimento de materiais de apoio e treinamento dos profissionais de saúde objetivando uma abordagem eficiente e resolutiva.

OBJETIVO PRIMÁRIO

Elaborar uma cartilha que possa ser usada e aprimorada pelos próximos residentes do Programa de residência em Saúde da Família SESAUFIOCRUZ com informações básicas sobre o modelo cognitivo comportamental e sobre a abordagem farmacológica no combate ao tabagismo no âmbito da Atenção Primária à Saúde.

OBJETIVOS SECUNDÁRIOS

Elencar as dificuldades apresentadas no combate ao tabagismo durante a pandemia do COVID19, ressaltando a tentativa de realização da terapia cognitivo comportamental individualmente com o paciente. Ressaltar a importância dos grupos nas abordagens cognitivo comportamentais.

MÉTODOS

O guia rápido proposto foi desenvolvido com base na busca de publicações científicas em língua portuguesa, localizadas nas seguintes bases de dado: BVS, Scielo, LILACS, PEPSIC e MEDLINE. Foram utilizadas as seguintes palavras-chave: Tabagismo, Profissionais da Saúde e Atenção Primária à Saúde. Foram incluídos no trabalho as publicações em língua portuguesa que apresentaram texto completo nas

versões online entre anos de 2000 a 2020. Após a escolha das publicações, foi realizado a leitura dos artigos observando a relevância e adequação ao tema e categorizados em protocolos clínicos de tratamento e suas variâncias, Abordagem Cognitivo-Comportamental e Abordagens em Saúde.

RESULTADOS

Foram encontradas 145 publicações científicas utilizando as palavras-chave Tabagismo, Profissionais da Saúde e Atenção Primária à Saúde no motor de buscas BVS. Deste montante, foram filtradas as publicações em texto completo e no idioma português, restando, então, 12 artigos para leitura e avaliação. Foram excluídos 2 artigos que não tinham relevância para a montagem do guia de abordagem ao tabagismo na APS. Os 10 artigos utilizados como revisão bibliográfica para a montagem do Guia Rápido de Abordagem ao Tabagismo na APS foram listados na tabela a seguir considerando o título do artigo, o ano de publicação, a base de dados, o local de publicação e a abordagem central.

Título	Ano	Base de dados	Local de publicação	Abordagem
Avaliação de um Programa de Tratamento do Tabagismo	2013	PEPSICO	Revista Brasileira de Terapia Comportamental e Cognitiva	Terapia Cognitivo-Comportamental
Intervenção cognitivo-comportamental com grupos para o abandono do cigarro	2005	PEPSICO	Revista Brasileira de Terapias Cognitivas	Terapia Cognitivo-Comportamental
Tabagismo, um grave problema de saúde pública	2007	BVS	www.inca.gov.br	Ações em saúde
Plano de Implantação da Abordagem e Tratamento do Tabagismo na Rede SUS	2004	BVS	Diario Oficial Uniao. 17 ago 2004; Seção 1:62	Ações em saúde

Programa de Controle do Tabagismo: Modelo Lógico e Avaliação (2ª edição)	2003	BVS	www.inca.gov.br	Ações em saúde
Prevalência de estratégias para cessação do uso do tabaco na Atenção Primária à Saúde: uma revisão integrativa	2019	SCIELO	Ciência & Saúde Coletiva	Ações em saúde
Abordagem e tratamento do fumante: consenso	2003	BVS	www.inca.gov.br	Protocolo clínico de Tratamento
Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas do tabagismo	2020	BVS	www.conitec.gov.br	Protocolo clínico de Tratamento
Tratamento do Fumante na Rede SUS-BH	2020	BVS	www.prefeitura.pbhh.gov.br	Protocolo clínico de Tratamento
O cuidado da pessoa tabagista	2015	BVS	www.aps.saude.gov.br	Protocolo clínico de Tratamento

A tabela acima evidencia o tema de abordagem central de cada artigo encontrado na revisão bibliográfica e foram agrupados em 3 categorias: estudos relativos à terapia cognitivo-comportamental (2 artigos), estudos referentes a tabagismo e ações em saúde (4 artigos) e artigos relacionados a protocolos clínicos de tratamento (4 artigos).

O intuito desta pesquisa foi adquirir conhecimento teórico e prático para ser usado na construção de um guia rápido de abordagem ao paciente tabagista na APS, que possa ser utilizado por qualquer profissional de saúde. Todos os artigos utilizados são de produção nacional.

DISCUSSÃO

Os gases resultantes da queima do tabaco são muito nocivos à saúde tanto de quem fuma como de quem está próximo. No mundo, o tabagismo está associado a 70% dos casos de câncer de pulmão, 42% dos casos de doenças respiratórias crônicas e 10% das doenças cerebrovasculares (OMS, 2009), sendo também responsável por impactos sociais, sanitários, econômicos e ambientais (Vigitel Brasil, 2011). O estudo de Wunsch Filho *et al*, publicado em 2010, aponta avanços no controle do tabagismo no Brasil, mostrando a queda da prevalência de tabagismo em todas as faixas etárias. Esta evolução do controle do tabagismo no Brasil pode ser atribuída à implementação do programa nacional de Controle ao Tabagismo (PNCT), de 1989, que desenvolve ações voltadas à redução da prevalência de fumantes na população.

A Atenção Primária à Saúde (APS) configura-se como posição estratégica para a implementação e execução de ações voltadas ao controle do tabagismo, pois no âmbito individual e coletivo abrange a promoção e proteção da saúde, prevenção de agravos, diagnóstico, tratamento, reabilitação, redução de danos e manutenção da saúde (BRASIL, 2011).

A portaria nº 1035 datada de 31 de maio de 2004, do Ministério da Saúde (MS), garante o esforço em ampliar o acesso ao tratamento do tabagismo para a APS. No mesmo ano, a Portaria nº 442 trouxe os anexos protocolo Clínico e Diretrizes terapêuticas e Plano para Implantação da Abordagem e Tratamento do Tabagismo na rede SUS, visando a capacitação de profissionais da área da saúde, credenciando unidades e sintetizando a abordagem do fumante para a cessação do tabagismo (BRASIL, 2007).

Todo paciente tabagista deve ser abordado por qualquer profissional de saúde e indagado se o mesmo deseja parar de fumar. Para tanto, o profissional deve estar apto a apresentar as vantagens da cessação do ato, sem forçá-lo, criando um vínculo de confiança com o usuário. É importante ter em mente que cada caso é único e, portanto, a abordagem e tratamento deve ser individualizado para cada indivíduo. As unidades de saúde credenciadas para a realização do tratamento contra o tabagismo possuem o material de apoio cedido pelo Ministério da Saúde (MS) para a abordagem cognitivo-comportamental e as medicações nicotínicas e não nicotínicas para o tratamento farmacológico.

Outra importante ferramenta utilizada para o controle do tabagismo é a busca ativa realizada pelos ACS (Agentes Comunitários de Saúde), em suas visitas domiciliares, que vêm sendo muito pouco utilizado. O ACS é de extrema importância não apenas para as ações de combate ao tabagismo, mas também, para a promoção de saúde, devido a sua proximidade com a comunidade.

Segundo o Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas – Dependência à Nicotina (2020), a abordagem ao usuário tabagista tem como pilar central, as intervenções cognitivo-comportamentais, objetivando a cessação do hábito de fumar e a prevenção de recaídas. Em casos específicos e no controle e tratamento dos sintomas de abstinência, pode-se lançar mão da terapia farmacológica nicotínica (adesivo transdérmico, goma de mascar de nicotina e pastilha de nicotina) e não nicotínica (cloridrato de bupropiona e nortriptilina). A utilização de medicamentos deve ser sempre realizada em conjunto com a abordagem cognitivo-comportamental, e nunca isoladamente (FIORE; 2001).

Conforme preconizado pelo Ministério da Saúde (2020), a abordagem cognitivo comportamental deve ser realizada individualmente ou, preferencialmente, em grupos formados por 10 a 12 integrantes. Devem ser realizadas quatro sessões semanais com duração aproximada de 90 minutos, conduzidas por dois profissionais de saúde devidamente capacitados. Estudos mostram que qualquer tempo dedicado à duração da abordagem comportamental colabora para o aumento da taxa de abstinência. Segundo Fiori (2000), quanto maior o tempo total da abordagem ao tabagista, maior a taxa de abstinência alcançada, porém um tempo superior a 90 minutos destinados à técnica, não promove qualquer efeito adicional na abstinência do tabagismo. A primeira sessão versa sobre o entendimento da questão central, o por que se fuma, e como este hábito afeta a saúde, a segunda sessão trata dos primeiros dias sem fumar e os primeiros sintomas da abstinência da nicotina, a terceira sessão promove um reforço em como vencer os obstáculos que surgem ao se decidir parar de fumar e a quarta e última sessão semanal aborda os benefícios já obtidos após cessar o tabagismo, mesmo que por poucas semanas. No próximo mês devem ser realizadas duas sessões quinzenais, sem estrutura rígida, orientando e pactuando com os pacientes, estratégias para permanecer sem fumar e escutando atentamente suas dificuldades e conquistas durante o processo. Para completar o ciclo, recomenda-se uma sessão mensal aberta até completar 12 meses de tratamento (BRASIL, 2020).

Para Miller e Rollnick (1991), a motivação do paciente para parar de fumar deve ser pensada como um estado de prontidão para a mudança, que pode sofrer oscilações e ser influenciada por fatores internos e externos ao paciente. Até o paciente tomar a decisão de parar de fumar, ele percorre um caminho cíclico composto por diversas fases em direção a essa mudança. Estes são os chamados “estágios de mudança”, descritos por Prochaska e Di Clemente (1982):

1. Estágio pré-contemplativo: o indivíduo não pretende parar de fumar, neste estágio ele vê mais prós em fumar do que contras;
2. Estágio contemplativo: o paciente pretende parar de fumar mas esta situação é ambivalente, encontrando mais contras do que prós para parar de fumar;
3. Preparação para ação: o indivíduo pretende seriamente parar de fumar, já começa a usar técnicas comportamentais para afastar a vontade de fumar;
4. Ação: o indivíduo parou de fumar;
5. Manutenção: o indivíduo utiliza mecanismos de adaptação comportamental ao meio sem cigarro, podendo até alterar hábitos uma vez rotineiros como passar a não tomar mais café.

As sessões de Terapia Cognitivo-Comportamental são de suma importância no controle da síndrome de abstinência, pois o fumante utiliza o cigarro para evitar os sintomas como taquicardia, cefaleia, ansiedade e tontura. Além disso, o fumante sente prazer e ganha disposição para realizar suas atividades. Dessa forma, ele consegue evitar o mal estar da síndrome de abstinência e se sente mais disposto, perpetuando o ciclo vicioso (MESQUITA, 2013).

Para a utilização de fármacos, lança-se mão dos critérios de inclusão no tratamento medicamentoso que são - participar obrigatoriamente da abordagem cognitivo comportamental e apresentar grau elevado de dependência a nicotina, segundo os seguintes critérios (BRASIL, 2001):

1. Fumantes pesados (fumam mais de 20 cigarros ao dia);
2. Fumantes que fumam o 1ª cigarro até 30 minutos após acordar e fumam no mínimo 10 cigarros por dia;

3. Fumantes com escore de Fagerstrom igual ou maior que 5;
4. Fumantes em tentativas frustradas de cessão de tabagismo anteriores mas que não obtiveram êxito devido aos sintomas da crise de abstinência;
5. Não haver contra-indicações clínicas.

A intervenção farmacológica deve ser realizada de forma individualizada e dependerá de uma análise clínica do paciente onde serão observadas as preferências do paciente, suas condições clínicas e seu histórico de saúde.

Estudos mostram que melhores resultados são obtidos para a cessação do hábito de fumar quando a farmacoterapia é associada ao aconselhamento comportamental. Entretanto algumas evidências têm mostrado que a Terapia de Reposição Nicotínica pode aumentar as taxas de cessação com ou sem aconselhamento (STEAD et al, 2012). Segundo o guia de diretrizes australianas (ZWAR et al, 2011), geralmente não é recomendado o uso regular de TRN por mais de doze meses de tratamento. Contudo, o relato de uso prolongado dessa terapia não tem indicado efeitos prejudiciais, colaborando para a manutenção da abstinência e sendo uma conduta segura quando comparada ao ato de fumar (ANTHONISEN et al, 2005).

Pacientes tabagistas podem expressar sentimentos e temores que invariavelmente funcionam como obstáculos ao processo de cessação do tabagismo, sendo os mais comuns o medo de ganhar peso, o medo da crise de abstinência e o medo de fracasso na tentativa de parar de fumar. Os profissionais de saúde devem estar devidamente preparados para enfrentar essas situações, utilizando métodos para ajudar o paciente a identificar os gatilhos e criar estratégias de enfrentamento ao processo de recaída.

A prevenção de recaída apresenta alguns sintomas, assim elencados:

- mecanismo de negação do estresse, comum no processo mutacional;
- dever irreversível com o estado de abstinência;
- irritabilidade e conflitos com os envolvidos no tratamento;
- falta de sentido com relação à vida;
- esquiva, ódio, raiva, medo e ilusão;
- não admissão de apoio (introspectivo e/ou violento);
- autopiaidade neurótica consistente;

- enfraquecimento da autoconfiança;
- conflito sem razão: do mundo, de si e descrença com relação ao futuro;
- não adesão e desistência do tratamento;
- atos de competição e;
- imponência.

Esses sintomas necessitam ser revisados e praticados constantemente, em suas estratégias e técnicas, até porque, para o nosso paciente, não interessa qual a abordagem utilizada, e sim a eficácia/sucesso do tratamento e, de preferência, que haja o menor sofrimento ou amargura, dentro de um aspecto empático extremamente respeitoso, em que os compromissos são divididos entre paciente e terapeuta, com a responsabilidade também dividida na busca da eficácia.

CONCLUSÕES

O biênio 2021-2022 foi marcado pela terrível pandemia do vírus SARS-Cov-2 (COVID 19), ceifando milhares de vidas e diminuindo a procura da população pelos serviços de saúde a não ser por sintomas gripais. Dessa forma, as atividades em grupo sofreram um grande prejuízo devido a sua restrição visando diminuir a taxa de transmissão do novo coronavírus.

Outro ponto a ser observado foi o vertiginoso aumento do número de fumantes durante este período. O isolamento social trouxe uma série de desafios às pessoas, como novas formas de trabalhar direto de casa (home office), novas formas de se relacionar, e conseqüentemente, uma série de transtornos físicos e emocionais. Dentre esses agravos, o tabagismo está entre os mais prevalentes.

A concretização da abordagem ao paciente tabagista a partir da capacitação adequada dos profissionais de saúde, esbarra em uma série de limitações como falta de estrutura adequada das unidades – muitas unidades de saúde da cidade de Campo Grande (MS) são antigas, não se enquadrando nos modelos arquitetônicos mais recentes das Unidades de Saúde da Família (USF) -, alta rotatividade dos profissionais da unidade (devido à desvalorização do profissional da saúde) e ao grau variado de comprometimento dos profissionais responsáveis pelos grupos de tabagismo.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

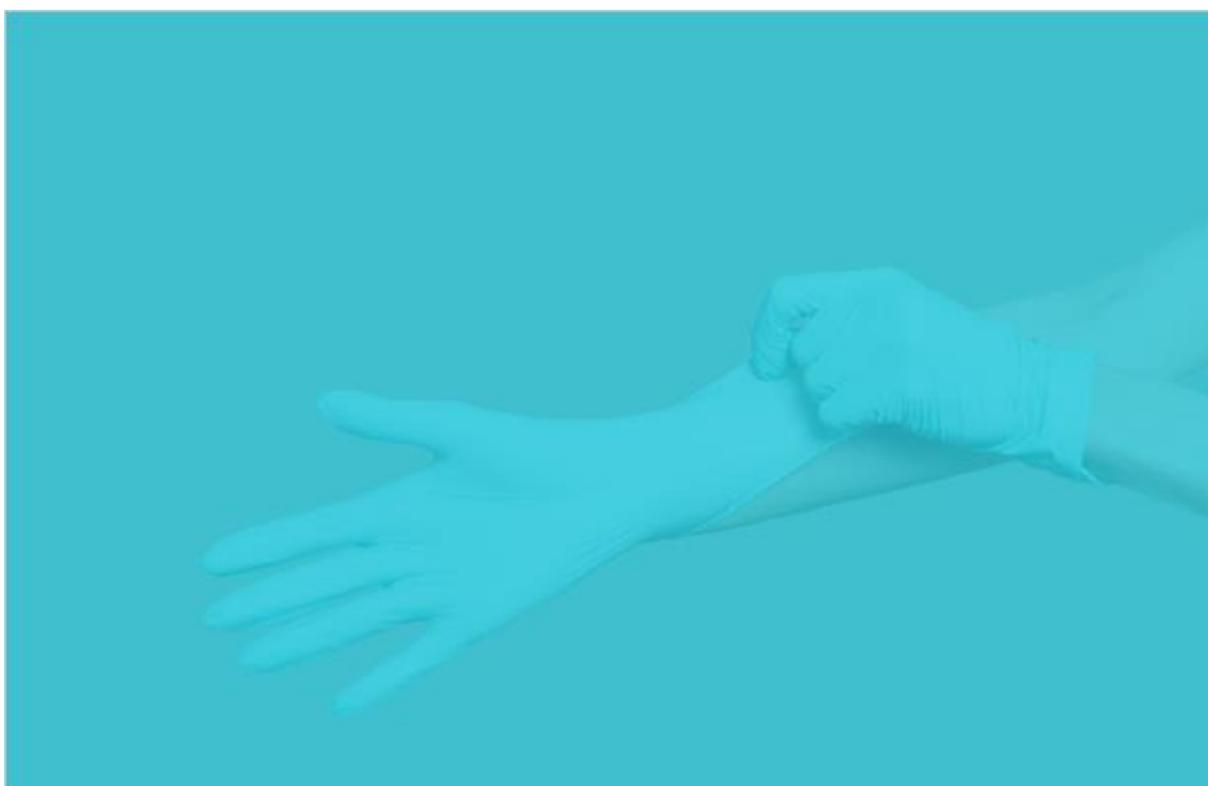
- 1- ALBERONI, F. **Gênese: como se criam os mitos, os valores e as instituições da civilização ocidental**. Rio de Janeiro: Rocco, 1991.
- 2- Brasil. Ministério da Saúde. (2001). **Abordagem e tratamento do fumante: consenso**. Rio de Janeiro, RJ: INCA. Disponível em: <https://www.inca.gov.br/sites/ufu.sti.inca.local/files/media/document/tratamento-consenso.pdf>. Acesso em 08 nov. 2021.
- 3- Brasil. Ministério da Saúde. (2003). **Programa de Controle do Tabagismo: Modelo Lógico e Avaliação (2ª edição)**. Rio de Janeiro, RJ: Inca. Disponível em: <https://www.inca.gov.br/sites/ufu.sti.inca.local/files//media/document//programa-nacional-de-controle-do-tabagismo-e-outros-fatores-de-risco-de-cancer.pdf>. Acesso em 08 nov. 2021.
- 4- Brasil. Ministério da Saúde. (2004). **Plano de Implantação da Abordagem e Tratamento do Tabagismo na Rede SUS**. *Diário Oficial União*. 17 ago 2004; Seção 1:62. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2013/prt0571_05_04_2013.html. Acesso em 06 nov. 2021.
- 5- Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Estratégias para o cuidado da pessoa com doença crônica: o cuidado da pessoa tabagista** / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica. Brasília: Ministério da Saúde, 2015. Disponível em http://189.28.128.100/dab/docs/portaldab/publicacoes/caderno_40.pdf. Acesso em 10 nov. 2021.
- 6- Instituto Nacional do Câncer - INCA. (2007). **Tabagismo, um grave problema de saúde pública (1ª edição)**. Disponível em: <https://www.inca.gov.br/sites/ufu.sti.inca.local/files/media/document/tabagismo-grave-problema-de-saude-publica-2007.pdf>. Acesso em 06 nov. 2021.
- 7- LONGANEZI, V. **Efetividade do programa de tratamento do tabagismo oferecido pelo SUS no estado de São Paulo** [Dissertação de Mestrado]. Programa de Mestrado Profissional em Saúde Coletiva da CRH/SES-SP. São Paulo: Secretaria de Estado da Saúde; 2016. Disponível em

- <https://docs.bvsalud.org/biblioref/2019/07/1006097/valerialonganezi-dissertacaocompleta.pdf>. Acesso em 10 nov. 2021.
- 8- Mesquita, A. A. (2013). **Avaliação de um programa de tratamento do tabagismo**. *Revista Brasileira De Terapia Comportamental E Cognitiva*, 15(2), 35-44. Disponível em: <http://rbtcc.webhostusp.sti.usp.br/index.php/RBTCC/article/view/601/385>. Acesso em 06 nov. 2021.
- 9- Miller, W. R., & Rollnick, S. (1991). **Motivational interviewing: Preparing people to change addictive behavior**. The Guilford Press.
- 10-Nicholas R. Anthonisen, Melissa A. Skeans, Robert A. Wise, et al. **The Effects of a Smoking Cessation Intervention on 14.5-Year Mortality: A Randomized Clinical Trial**. *Ann Intern Med*.2005;142:233-239. [Epub ahead of print 15 February 2005].
- 11-ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE (OMS), 1997. **Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados à Saúde – Décima Revisão- (CID 10)**. Traduzido pela Faculdade de Saúde Pública de São Paulo - Centro Colaborador da OMS para Classificação de Doenças em Português - 4a ed – São Paulo: Editora da Universidade de São Paulo.
- 12-**PROTOCOLO Clínico e Diretrizes Terapêuticas do Tabagismo**. Ministério da Saúde, p. Protocolo-Tabagismo, 16 abr. 2020. Disponível em Http://conitec.gov.br/images/Protocolos/PCDT_Tabagismo.pdf. Acesso em 06 nov. 2021.
- 13-PROCHASKA, J. O.; DICLEMENTE, C. **Transtheoretical therapy: Toward a more integrative model of change**. *Psychotherapy: Theory, Research and Practice*, v. 20, p. 161-173, 1982.
- 14-SARDINHA, Aline et al. **Intervenção cognitivo-comportamental com grupos para o abandono do cigarro**. *Rev. bras. ter. cogn.* Rio de Janeiro, v. 1, n. 1, p. 83-90, jun. 2005. Disponível em: http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1808-56872005000100010&lng=pt&nrm=iso. Acesso em 06 nov. 2021.
- 15-Secretaria de Vigilância em Saúde. **VIGITEL 2011: Vigilância de Fatores de Risco e Proteção para Doenças Crônicas em Inquérito Telefônico**. Brasília: Ministério da Saúde; 2007. Disponível em:

https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/vigitel_brasil_2011_fatores_risco_do_encas_cronicas.pdf. Acesso em 10 nov. 2021.

- 16-Santos, Meire de Deus Vieira, Santos, Stella Vieira e Caccia-Bava, Maria do Carmo Gullaci Guimarães. **Prevalência de estratégias para cessação do uso do tabaco na Atenção Primária à Saúde: uma revisão integrativa.** Ciência & Saúde Coletiva [online]. 2019, v. 24, n. 2, pp. 563-572. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/csc/a/69DhmLXnFqT47w64fdFjqTF/?lang=pt>. Acesso em 10 nov. 2021.
- 17-Stead LF, Perera R, Bullen C, Mant D, Hartmann-Boce J, Cahill K, Lancaster T. **Nicotine replacement therapy for smoking cessation.** Cochrane Database of Systematic Reviews 2012. Disponível em: <https://www.cochranelibrary.com/cdsr/doi/10.1002/14651858.CD000146.pub4/full>. Acesso em 10 nov. 2021.
- 18-**TRATAMENTO DO FUMANTE NA REDE SUS-BH. PROTOCOLO,** <https://prefeitura.pbh.gov.br/>, p. 3-7; TRATAMENTO-BH, 19 fev. 2020. Disponível em: [https://prefeitura.pbh.gov.br/sites/default/files/estrutura-de-governo/saude/Protocolo_tratamento_fumante-19-02-2020%20\(4\).pdf](https://prefeitura.pbh.gov.br/sites/default/files/estrutura-de-governo/saude/Protocolo_tratamento_fumante-19-02-2020%20(4).pdf). Acesso em: 16 nov. 2021.
- 19-WÜNSCH FILHO, Victor et al. **Tabagismo e câncer no Brasil: evidências e perspectivas.** Revista Brasileira de Epidemiologia, v. 13, p. 175-187, 2010. Disponível em: https://www.scielo.org/article/ssm/content/raw/?resource_ssm_path=/media/sets/rbepid/v13n2/01.pdf. Acesso em 10 nov. 2021.

APÊNDICE



PREFEITURA MUNICIPAL DE CAMPO GRADE - MS RESIDÊNCIA MÉDICA EM MEDICINA DE FAMÍLIA E COMUNIDADE

AUTORIA
CARLOS ANTONIO PEGORARI JUNIOR



CAMPO GRANDE, MS - 2021



APRESENTAÇÃO

O tabagismo tem por definição ser o ato de consumir cigarros ou produtos que tenham em sua composição o tabaco, cujo princípio ativo é a nicotina. A Atenção Primária a Saúde ocupa posição estratégica para o controle do tabagismo, assim como para diversos outros agravos crônicos à saúde devido aos seus atributos essenciais: primeiro acesso, integralidade, longitudinalidade e coordenação do cuidado (BRASIL, 2010).

O Primeiro Acesso é descrito como o primeiro contato e a acessibilidade com o serviço de saúde e a sua utilização como fonte de cuidado a cada novo problema ou novo episódio de um mesmo problema de saúde (BRASIL, 2010; STARFIELD, 2002).

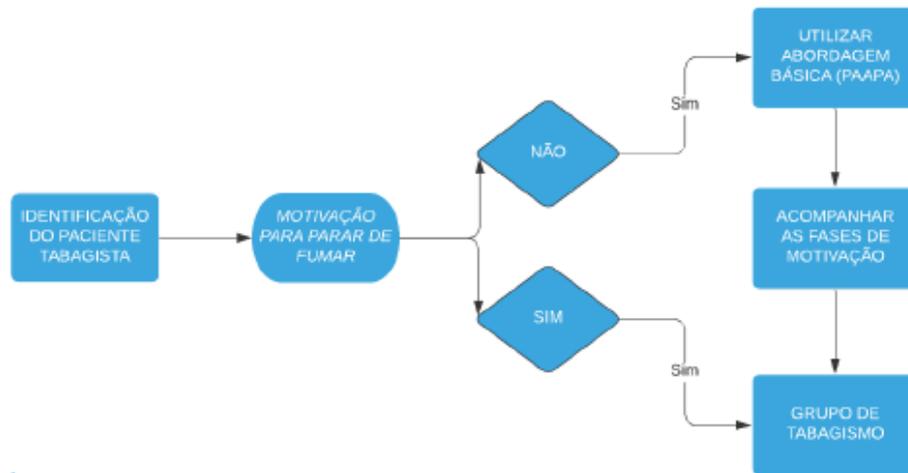
A Integralidade diz respeito ao leque de serviços ofertados pela APS, considerando o caráter biopsicossocial do processo saúde-doença e a promoção, prevenção, cura e reabilitação (BRASIL, 2010; STARFIELD, 2002).

A Longitudinalidade diz respeito a uma fonte continuada de atenção assim como sua utilização ao longo do tempo (BRASIL, 2010; STARFIELD 2002).

Por fim, a Coordenação do Cuidado se refere ao acompanhamento multidisciplinar, matriciamento pelo Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF), ou seja, integrar todos os cuidados que o paciente recebe em diferentes pontos, por meio do gerenciamento e da coordenação entre os serviços (BRASIL, 2010)



FLUXOGRAMA DE IDENTIFICAÇÃO E ABORDAGEM DO PACIENTE TABAGISTA



Fonte: Brasil, 2020

ABORDAGEM BÁSICA

A abordagem básica deve ser realizada de 3 a 5 minutos durante consultas de rotina e algumas perguntas são sugeridas para a avaliação. Esta abordagem inicial pode ser realizada por qualquer profissional de saúde.

Você fuma? E, se fuma, a quanto tempo?

Quantos cigarros você fuma por dia?

Após acordar de manhã, que horas você fuma seu primeiro cigarro do dia?

O que você acha de marcar uma data para parar de fumar?

Você já tentou parar de fumar alguma vez? Se sim, como foi a experiência?

Fonte: Brasil, 2020



TERAPIA COGNITIVO COMPORTAMENTAL

O tratamento preconizado pelo Ministério da Saúde está alicerçado no tratamento terapêutico (abordagem cognitivo-comportamental) apoiado ou não pelo tratamento farmacológico. A terapia cognitivo-comportamental deve ser estruturada em sessões em grupo (preferencialmente), de 10 a 12 integrantes, com duração de 90 minutos e deve ser dirigida por dois profissionais de saúde sendo um coordenador e um observador. O coordenador do grupo tem a função de manter todos os participantes envolvidos no processo.

As 4 primeiras sessões devem ser realizadas semanalmente. Na primeira sessão deve ser abordado a problemática do tabagismo em si, ou seja, por que as pessoas fumam e os malefícios da nicotina nos âmbitos físico, psicológico e social. A segunda sessão deve versar sobre os primeiros dias sem fumar, tema difícil, pois os pacientes estarão suscetíveis a sintomas de abstinência. Nesta sessão orienta-se a explicar os sintomas de uma crise de abstinência e como controlá-los com técnicas de relaxamento, respiração e concentração. A terceira sessão deve envolver os obstáculos enfrentados por quem opta por parar de fumar, orientando sobre ansiedade, irritabilidade, ganho de peso e outras formas de compensação. Por fim, a quarta sessão nos traz as benesses alcançadas após livrar o organismo da nicotina, melhora da qualidade de vida, aceitação social e alertas sobre armadilhas que podem induzir a uma recaída.

No próximo mês devem ser realizadas 2 sessões quinzenais, sem a necessidade de uma estrutura rígida como as quatro primeiras sessões, orientando e pactuando com os pacientes, estratégias para permanecer sem fumar e ouvir atentamente suas dificuldades neste processo. Para completarmos o ciclo, é recomendado uma sessão mensal aberta até que se conclua 12 meses de tratamento.

O coordenador do grupo de tabagismo deve estar familiarizado com o tema e pronto a responder questionamentos que poderão surgir por parte dos participantes. Para tanto, estão disponíveis nos sites do Ministério da Saúde, do INCA e no Caderno de Atenção Básica Nº 40, materiais para estudo e preparação para a condução das sessões. Apresentaremos a seguir um roteiro para a realização das sessões.

Fonte: Brasil, 2020



FASES DE CONTEMPLAÇÃO

A cessação do tabagismo é uma mudança comportamental, ou seja, um processo, e cada pessoa apresenta diversos e variados níveis de motivação. A mudança comportamental divide-se essencialmente em 5 fases. São elas: pré-contemplação, contemplação, preparação, ação e manutenção. De acordo com Prochaska, Diclemente e Norcross, o indivíduo não perfaz o percurso de forma linear, ou seja, atingida a mudança, não necessariamente o paciente permanecerá neste estágio, podendo progredir ou regredir sem uma ordenação lógica.

A importância de enquadrar o paciente em um dos estágios de contemplação, reside no fato de podermos avaliar o grau de comprometimento do paciente no processo e tomar decisões mais precisas em relação a abordagem e metodologias a serem utilizadas.

FASE DE MUDANÇA	ABORDAGEM TERAPÊUTICA
PRÉ-CONTEMPLAÇÃO - não considera a possibilidade de mudar, nem se preocupa com a questão.	Aumentar a percepção do paciente quanto aos malefícios do tabaco e dos benefícios do abandono deste hábito.
CONTEMPLAÇÃO - admite que há um problema, considera adotar mudanças eventualmente.	Fortalecimento da autossuficiência do paciente, provocar o paciente elucidando os riscos de não parar de fumar.
PREPARAÇÃO - inicia mudanças, cria planos, analisa tentativas frustradas.	Compartilhar com o paciente a melhor linha de cuidado a ser seguida.
AÇÃO - faz mudanças comportamentais e sociais, despende energia na execução.	Incentivar o paciente a galgar passos mais largos.
MANUTENÇÃO - continuidade do cuidado objetivando prevenção de recaídas.	Discutir junto com o paciente estratégias para prevenção de recaídas.
RECAÍDA - falha na fase de manutenção com retomada de comportamentos antigos.	Renovação dos laços de confiança rumo a uma nova caminhada.

Fonte: Brasil, 2020



TERAPIA COGNITIVO COMPORTAMENTAL

1ª SESSÃO

ENTENDENDO POR QUE SE FUMA

ACOLHIMENTO
APRESENTAÇÃO
MOTIVAÇÕES E DESEJOS
APRESENTAR PROBLEMAS CAUSADOS PELO TABACO
DICOTOMIA: PARA VS NÃO PARAR
BENEFÍCIOS DE CESSAR O TABAGISMO
DEPENDÊNCIA QUÍMICA
DATA ESTIPULADA PARA PARAR DE FUMAR

3ª SESSÃO

PRIMEIROS PASSOS SEM CIGARRO

REFORÇAR AUTOCONTROLE
EXPLICAÇÃO SOBRE GATILHOS
ENFRENTANDO SITUAÇÕES DE RISCO

2ª SESSÃO

PARANDO DE FUMAR

SENTIMENTOS E EXPERIÊNCIAS VIVENCIADAS
TÉCNICAS DE AUTOCONTROLE
MEDITAÇÃO
RESPIRAÇÃO
SÍNDROME DE ABSTINÊNCIA

4ª SESSÃO

VENCENDO OBSTÁCULOS

ENCORAJAMENTO
BALANÇO GERAL
ORIENTAÇÕES GERAIS
ACOMPANHAMENTO

Nos próximos meses deverão ocorrer encontros sem uma estrutura rígida como a dos primeiros 4 encontros. Nestes novos encontros deverão acontecer orientações de estratégias para continuar sem fumar e reforço positivo.

Fonte: Brasil, 2020



TERAPIA MEDICAMENTOSA

Como já amplamente exposto, a abordagem ao paciente tabagista apresenta dois componentes, a terapia cognitivo-comportamental (alicerce do processo) e a terapia medicamentosa (auxiliar durante o processo). O tratamento farmacológico é uma ferramenta para combater os sintomas da crise de abstinência, causados pela retirada da nicotina do organismo. Para se beneficiar das medicações, o paciente deve se enquadrar nos critérios para utilização de fármacos na cessação do tabagismo.

Fonte: Brasil, 2020



CRITÉRIOS PARA A UTILIZAÇÃO DE FÁRMACOS

Necessário um dos critérios a seguir:



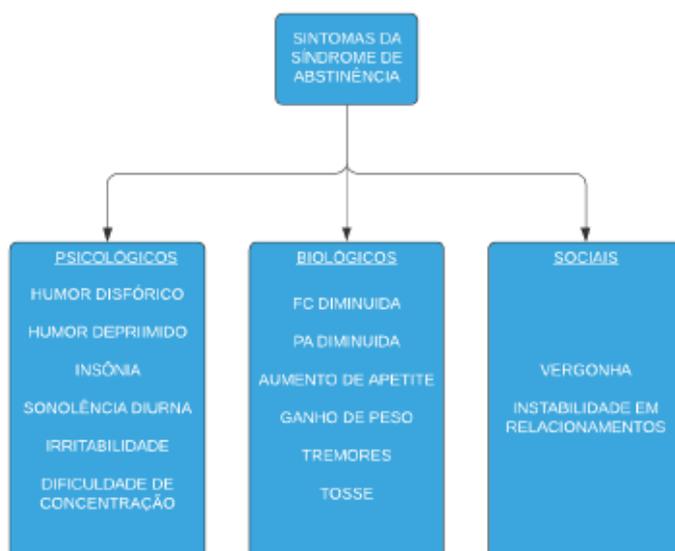
Critério obrigatório:



Fonte: Brasil, 2020



SÍNDROME DE ABSTINÊNCIA



Fonte: Brasil, 2020

ESCORE DE FAGERSTROM

QUESTÕES	RESPOSTAS	PONTUAÇÃO
1.Quanto tempo após levantar você fuma seu primeiro cigarro?	Dentro de 5 minutos // 6 a 30 minutos // 31 a 60 minutos // Após 60 minutos	3 // 2 // 1 // 0
2.Você acha difícil abster-se do cigarro em locais que ele seja proibido?	Sim // Não	0 // 1
3.Qual cigarro você mais odiaria ter de largar?	O primeiro da manhã // Qualquer outro	1 // 0
4.Quantos cigarros você fuma por dia?	10 ou menos // 11 – 20 // 21 – 30 // 31 ou mais	0 // 1 // 2 // 3
5.Você uma com mais frequência nas primeiras horas ao acordar do que no resto do dia?	Sim // Não	1 // 0
6.Você fuma mesmo se estiver muito doente a ponto de ficar de cama?	Sim // Não	1 // 0

Grau de dependência: 0 a 2 - muito baixa // 3 a 4 - baixa // 5 - moderada // 6 a 7 - elevada // 8 a 10 - muito elevada

Fonte: Fagerstrom KO, Schneider, 1989

TERAPIA DE REPOSIÇÃO DE NICOTINA (TRN)

O grande objetivo da TRN consiste em oferecer nicotina ao organismo de forma rápida (goma de mascar ou pastilha) ou de forma lenta (adesivo transdérmico), aliviando os sintomas da abstinência, sem que o paciente tenha que fumar para se aliviar.

A dose/posologia baseia-se no grau de dependência a nicotina do paciente (consumo diário de cigarros e escore de fagerstrom) e, portanto, deve ser individualizado.

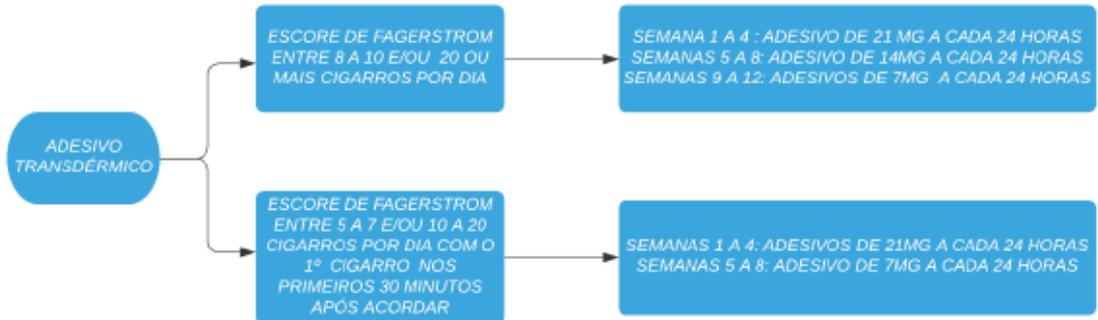


Fonte: Brasil, 2020



ADESIVO TRANSDÉRMICO

O adesivo transdérmico pode ser encontrado nas concentrações de 7mg, 14mg e 21mg. Deve ser fixado na pele a cada 24 horas, rotacionando os locais de fixação. Deve-se evitar colocá-lo nos seios (no caso de mulheres) e regiões onde há grande quantidade de pelos e que vão ficar expostas ao sol.



Fonte: Brasil, 2020

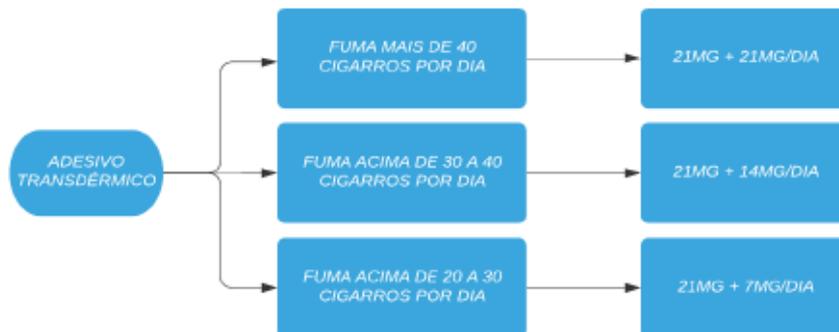


ADESIVO TRANSDÉRMICO

ASSOCIAÇÃO DE ADESIVOS

Os tabagistas que fumam mais de 20 cigarros/dia, e que apresentam dificuldade para reduzir o número de cigarros, mas que estão motivados a parar de fumar, são candidatos ao uso associado de adesivos.

As combinações podem ser feitas de acordo com a quantidade de cigarros fumados e a intensidade dos sintomas de abstinência a nicotina:

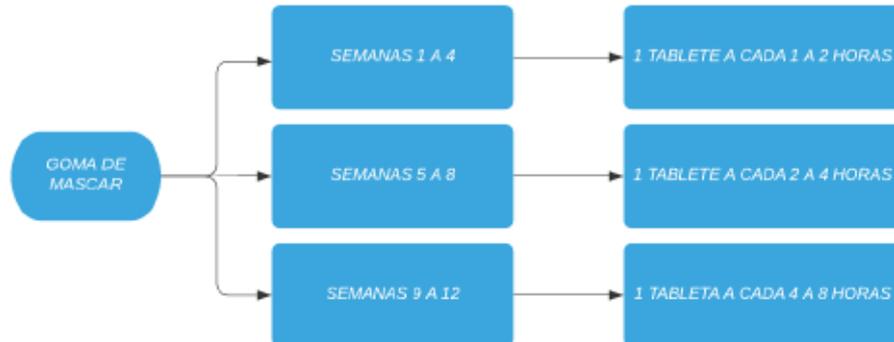


Fonte: Brasil, 2020



GOMA DE MASCAR DE NICOTINA

A goma de mascar de nicotina pode ser encontrada na concentração de 2mg. O paciente deve ser orientado a mastigar a gomas com vigor até sentir um gosto picante na boca ou adormecimento, então ele deve parar de mastigar e repousar a goma na bochecha até que esta sensação passe. Isto deve ser repetido não mais por 30 minutos e a goma deve ser descartada. Não se deve extrapolar a utilização de mais de 15 gomas ao dia.

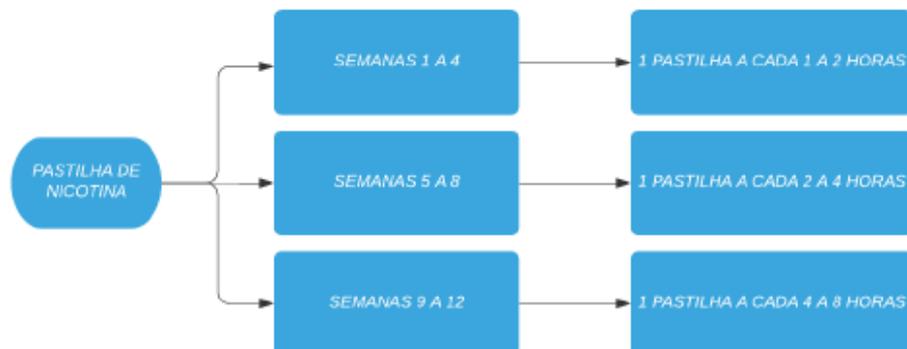


Fonte: Brasil, 2020



PASTILHA DE NICOTINA

A pastilha de nicotina pode ser encontrada na concentração de 2mg por comprimido. Deve ser armazenada na boca e aguardar sua dissolução completa, que varia de 20 a 30 minutos. É importante orientar o paciente que a pastilha não deve ser mastigada. Não se deve extrapolar o uso de mais do que 15 pastilhas ao dia.

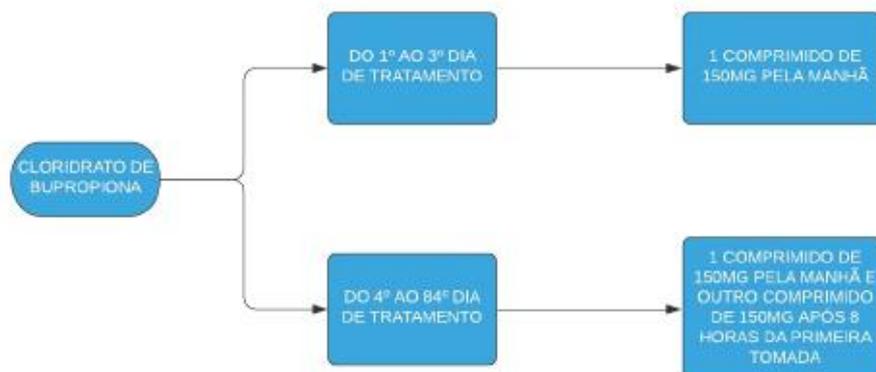


Fonte: Brasil, 2020

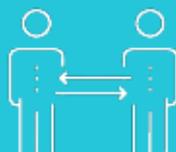


TERAPIA FARMACOLÓGICA NÃO NICOTÍNICA

O Cloridrato de Bupropiona é um antidepressivo inibidor da recaptação de dopamina e noradrenalina, primeira opção para o tratamento farmacológico não nicotínico do tabagismo. Está disponível na concentração de 150mg por comprimido e deve ser iniciado 7 dias antes da data acordada para parar de fumar.



Fonte: Brasil, 2020



Juntos podemos mudar a realidade do tabagismo no Brasil

Procure a Unidade de Saúde da Família mais próxima da sua residência e informe-se sobre o Programa de Cessação do Tabagismo.

Referências Bibliográficas

Ministério da Saúde; Secretaria de Atenção em Saúde; Departamento de Atenção Básica. Manual do Instrumento de avaliação da atenção primária à saúde: primary care assessment tool pcatool. Brasília, 2010. 80 p. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/manual_avaliacao_pcatool_brasil.pdf. Acesso em: 10 nov 2021.

STARFIELD, B. Atenção primária: equilíbrio entre necessidade de saúde, serviços e tecnologia. Brasília: UNESCO; Ministério da Saúde, 2002. 726 p. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/atencao_primaria_p1.pdf. Acesso em 10 nov 2021.

Ministério da Saúde; Instituto Nacional de Câncer; Coordenação de Prevenção e vigilância. Abordagem e tratamento do fumante: Consenso 2001. Rio de Janeiro: INCA, 2001. Disponível em: <https://www.inca.gov.br/sites/ufu.sti.inca.local/files/media/document/tratamento-consenso.pdf>. Acesso em: 02 nov 2021.

BRASIL. Ministério da Saúde. Instituto Nacional de Câncer José de Alencar Gomes da Silva. Programa Nacional de Controle do Tabagismo. Rio de Janeiro: INCA, 2020. Disponível em: <https://www.inca.gov.br/publicacoes/relatorios/protocolo-clinico-e-diretrizes-terapeuticas-do-tabagismo>. Acesso em 10 out 2021.

Fagerstrom KO, Schneider NG. Measuring nicotine dependence: a review of the Fagerstrom Tolerance Questionnaire. *J Behav Med.* 1989 Apr;12(2):159-82. Disponível em : <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/2668531/>. Acesso em 10 nov 2021.

