

UNIVERSIDADE FEDERAL DE MINAS GERAIS
FACULDADE DE ODONTOLOGIA
DEPARTAMENTO DE ODONTOLOGIA SOCIAL E PREVENTIVA
CURSO DE ESPECIALIZAÇÃO EM SAÚDE COLETIVA COM
ÊNFASE EM SAÚDE DA FAMÍLIA

**ESTRATÉGIAS DE CONTROLE AO TABAGISMO NO CENTRO DE
SAÚDE SANTA AMÉLIA**

Belo Horizonte

2010

Edvard Braga

ESTRATÉGIAS DE CONTROLE AO TABAGISMO NO CENTRO DE SAÚDE SANTA AMÉLIA

Monografia apresentada ao Curso de Especialização
em Saúde Coletiva, ênfase em Saúde da Família
como requisito parcial para obtenção do título de especialista
Orientador: Mauro Henrique Nogueira Guimarães de Abreu

Belo Horizonte
Universidade Federal de Minas Gerais
2010

Sumário

Resumo

1 Introdução-----04

2 Objetivo-----06

2 Referencial teórico-----07

3 Metodologia da intervenção-----16

5 Considerações finais-----19

6 Anexos-----20

RESUMO

O tabagismo apresenta-se como um sério problema de saúde na atualidade e requer uma abordagem terapêutica interdisciplinar. Além de manifestações sistêmicas, o tabaco apresenta diversas alterações na cavidade bucal, sendo a doença periodontal a mais comum. O Brasil é um dos Principais produtores e exportadores de tabaco no mundo. A dependência econômica do setor fumageiro torna mais complexa qualquer estratégia de intervenção. Por outro lado, o controle do tabagismo exige um eficiente e sistemático mecanismo de vigilância para monitorar as tendências de consumo de tabaco. A OMS estima que em 2025, 85% dos fumantes estarão nos países menos desenvolvidos. No Brasil cerca de 32 milhões de brasileiros são fumantes. O cigarro é hoje o campeão de mortes no mundo. Morrem a cada ano mais pessoas que são vítimas do consumo de cigarros que a soma das mortes devido a AIDS, violência e acidentes de transito, incêndios e suicídios. O desconforto causado pelas doenças e os prejuízos econômicos delas decorrentes como gastos com hospitais, médicos e remédios faltas no trabalho diminuição da expectativa de vida, além do sofrimento para os familiares e amigos tornam o cigarro o grande responsável pela queda de a qualidade de vida dos fumantes e de quem vive com eles. Não obstante tudo isso existe no Brasil 30 milhões de fumantes que mesmo querendo não conseguem abandonar o cigarro. Parar de fumar é a medida mais eficaz e inteligente que podem tomar para melhoria da sua saúde e da de todos que convivem com elas, principalmente familiares, vítimas inocentes do fumo passivo, tão nocivo quanto o vício direto. Diante disto se propõe uma intervenção junto aos usuários de tabaco do Centro de Saúde Santa Amélia usando-se técnicas de cessação de fumar.

PALAVRAS CHAVE – tabagismo, saúde bucal, tratamento, síndrome de abstinência, grupos operativos.

1 INTRODUÇÃO

Tabagismo é um dos mais importantes problemas de saúde da atualidade, considerando pela Organização Mundial de Saúde como uma epidemia global, apresentando diversas conseqüências na qualidade de vida dos usuários do tabaco (Brasil 2001).

Antes visto como estilo de vida, o tabagismo é atualmente reconhecido como uma dependência química que expõe os indivíduos a inúmeras substâncias tóxicas.

Ele representa um problema de saúde pública, não somente nos países desenvolvidos como também em países em desenvolvimento como o Brasil. O tabaco, em todas as suas formas, aumenta o risco de mortes prematuras de limitações físicas por doença coronariana, hipertensão arterial, acidente vascular encefálico, bronquite, enfisema e câncer. Entre os tipos de câncer relacionados ao uso do tabaco incluem-se os de pulmão, boca, laringe, faringe, esôfago, estomago fígado, pâncreas, bexiga, rim, e colo de útero (MORAES, 2006).

O Ministério da Saúde, através do Instituto Nacional do Câncer (INCA) desenvolve papel importante como Centro Colaborador da Organização Mundial de Saúde (OMS) para o Programa “Tabaco ou Saúde” na América Latina, cujo Objetivo é estimular e implementar políticas e atividades antitabagismo nessa região, e no apoio à elaboração da Convenção de Controle do Tabaco, idealizada pela OMS para estabelecer padrões de controle do tabagismo em todo o mundo.

Apesar de ser um país em desenvolvimento, de ter dimensões continentais e quase 200 milhões de habitantes, e de ser o segundo maior produtor e o maior exportador de tabaco em folhas do mundo, o Brasil tem conseguido desenvolver um Programa de Controle do Tabagismo forte e abrangente.

E alguns resultados positivos já vêm sendo observados, como a redução do consumo anual per capita de cigarros em cerca de 30% entre 1989 e 2002, mesmo computando-se as estimativas de consumo de produtos provenientes do mercado ilegal (contrabando e falsificações) (Brasil - Ministério da Saúde, 2003); e a redução da prevalência de fumantes de 32% em 1989 para cerca de 20% em 2002 (Brasil – Pesquisa Nacional sobre Saúde e Nutrição (PNSN), 1989; Brasil - Ministério da Saúde/Secretaria de Vigilância em Saúde, 2004).

Por outro lado, muitos ainda são os desafios a serem enfrentados. Ainda morrem No País cerca de 200.000 pessoas por ano devido ao tabagismo, provavelmente como consequência dos efeitos tardios da expansão do consumo de tabaco que teve início na década de 50 e 60, e atingiu o seu apogeu na década de 70 (PAHO, 2002). O câncer de pulmão continua a ser o tipo de câncer que mais mata homens no Brasil, e a segunda causa de morte por câncer entre as mulheres.

Dentro da perspectiva da integralidade da atenção à saúde, é necessário abordar o tabagismo de forma multidisciplinar, envolvendo do os agentes comunitários, assistentes sociais, médicos, enfermeiros e grupos operativos.

2 OBJETIVO

Criar o grupo de controle do tabagismo no centro de saúde Santa Amélia e utilizar métodos eficazes para a cessação de fumar.

3 REFERENCIAL TEÓRICO

Tabagismo

O tabagismo é uma doença crônica que surge devido à dependência da nicotina, estando, portanto inserido, desde 1997, na Classificação Internacional de Doenças (CID10) da Organização Mundial de Saúde (OMS) classificada no grupo de transtornos mentais e de comportamentos decorrentes do uso de substâncias psicoativas. Diversas pesquisas científicas constataram que 56 doenças diferentes estão relacionadas ao consumo de cigarro, reforçando o fato de o tabagismo ser considerado pela OMS, um dos mais graves problemas de saúde pública no mundo (ROSEMBERG, 2004).

Conceito; *“Tabagismo é o hábito de fumar adquirido por uma pessoa. Por muitos motivos diversos a pessoa começa a fumar, mas com o tempo aparece a dependência física à nicotina. Estímulos sociais, e comportamentais, culturais também reforçam seu hábito e determinam a dependência psicológica ao tabaco.”*

O tabaco contém aproximadamente 4.720 substâncias químicas destas, 43 substâncias provocam câncer, chamadas cancerígenas, e altera o núcleo das células. A nicotina é uma droga que apresenta alto poder de modificar a biologia e a fisiologia do cérebro, sendo fortemente indutora de dependência. Outra substância altamente cancerígena é o alcatrão. Com todos esses dados, é fácil concluir o hábito de fumar pode trazer consequências devastadoras para o organismo humano (BRASIL, 2003).

Muitos estudos desenvolvidos até o momento evidenciam sempre o mesmo: consumo de derivados do tabaco causa quase 50 doenças diferentes, principalmente as doenças cardiovasculares (infarto, angina, derrame) o câncer e as doenças respiratórias obstrutivas crônicas (enfisema e bronquite).

Alem disso estes estudos mostram que o tabagismo é responsável por 200 mil mortes por ano no Brasil (23 pessoas por hora); 25% das mortes causadas por doenças coronariana-angina e infarto do miocárdio; 45% das mortes por doença coronariana na faixa etária abaixo do 60 anos; 45% das mortes causadas por

infarto agudo do miocárdio na faixa abaixo de 65 anos; 90% dos casos de câncer de pulmão (entre o 10% restantes, 1/3 é de fumantes passivos); 30% das mortes decorrentes de outros tipos de câncer (de boca, faringe, laringe, esôfago, pâncreas rim bexiga e colo do útero); 25% das doenças vasculares (entre elas derrame cerebral).

O tabagismo pode causar ainda impotência sexual no homem, complicação na gravidez, aneurismas arteriais, ulcera infecções respiratórias e trombose vascular.

O uso do tabaco surgiu aproximadamente no ano 100 A.C, mas sociedades indígenas da América Central, em rituais mágico-religiosos. A planta cientificamente chamada de "*Nicotina tabacum*" chegou ao Brasil provavelmente pela migração de tribos tupis-guaranis. Quando os portugueses aqui desembarcaram **tomaram conhecimento** do tabaco pelo contato com os índios. A partir do século XVI, o seu uso disseminou-se pela Europa, introduzida por **Jean Nicot**, diplomata francês vindo de Portugal após ter-lhe cicatrizado uma úlcera de perna, até então incurável.

Suas folhas foram comercializadas sob forma de fumo para cachimbo, rapé tabaco para mascar e charuto, até que, no final do século XIX, iniciou-se a sua industrialização sob a forma de cigarro. Seu uso espalhou-se de forma epidêmica por todo o mundo a partir de meados do século XX, ajudando pelo desenvolvimento de **técnicas** do tabaco, pela importância econômica do produto no Brasil, foi incorporada ao brasão da República.

A partir da década de 1960, surgiram os primeiros relatórios médicos que relacionaram o cigarro ao adoecimento do fumante e, a seguir, ao do não-fumante (fumante passivo). Fumar, a partir de então, passou a ser encarado como uma dependência à Nicotina, que precisa ser esclarecida, tratada e acompanhada.

A indústria tabaqueira

Desde idos de 1950, a indústria tabaqueira vem desenvolvendo pesquisas que lhe fornece a certeza de que a nicotina é geradora de dependência físico-química, assim como estudos para sua maior liberação e absorção pelo organismo e, inclusive, estudos genéticos objetivando desenvolver planta de tabaco

hipernicotinado. A indústria tabaqueira ciente das propriedades psicoativas da nicotina geradora da dependência sempre negou a existência dessas qualidades farmacológicas. É edificante o episódio ocorrido de 1980, quando a Phillip Morris obrigou seu cientista Vitor de Noblea retirar que havia entregado para publicação no *Journal of Psychopharmacology*, no qual relata suas investigações comprovadoras de que ratos recebendo nicotina desenvolviam dependência físico-química. Isso tudo veio a lume com os documentos secretos que se tornaram públicos. Entretanto a indústria tabaqueira, continuamente pronunciou-se com ênfase, negando essas propriedades da nicotina (ROSEMBERG, 2003).

Existe uma grande quantidade de documento de que a nicotina é droga geradora de dependência químico-física e da existência de fatores genéticos que ditam a reação orgânica com vasto poliformismo, é de interesse ressaltar o fato histórico de que a ciência oficial demorou muito para se convencer dessa certeza, enquanto a indústria tabaqueira já tinha esse conhecimento de longa data. É também fato histórico edificante, como as multinacionais do tabaco esconderam por tanto tempo a certeza que tinham da nicotina ser droga psicoativa, promovendo vasta propaganda enganosa, afirmando que ela não causa dependência, enquanto secretamente, trabalhou para obtenção de cigarros com teores mais altos de nicotina, para tornar os fumantes mais escravizados ao seu consumo.

Fumante Passivo

O cigarro não afeta apenas as pessoas que optam por este hábito sabidamente prejudicial. Os não fumantes expostos à sua fumaça absorvem nicotina, monóxido de carbono e outras substâncias contidas no cigarro, charuto ou cachimbo, da mesma forma que os fumantes. A quantidade de tóxicos absorvidos passivamente depende da extensão e da intensidade da exposição, além da qualidade da ventilação do ambiente.

Nos ambientes de trabalho fechados a organização internacional do trabalho (OIT) considera 50 p.p.m. como a concentração máxima a ser atingida, uma vez que representa o limite suportável pelo homem, por algum tempo.

A permanência em um ambiente poluído permite a absorção de quantidade de substâncias nocivas em concentrações semelhantes às de quem fuma.

Recentemente houve um aumento da conscientização dos indivíduos, sobre o ar que eles respiram em casa, ambientes de trabalhos e locais públicos.

A constatação dos malefícios causados pelas substâncias tóxicas do cigarro levou a população não fumante a exigir seus direitos. Autoridades governamentais têm, então, tentado regulamentar o uso do cigarro para minimizar seus efeitos sobre os não fumantes.

Tabagismo e Odontologia

Uma pesquisa realizada por professores e estudantes do departamento de Odontologia da Universidade de Brasília (UnB) apontou que 46,68% dos fumantes que procuraram uma clínica de Odontologia do Hospital Universitário de Brasília (HUB) se setembro de 2000 à junho de 2007 apresentaram alguma alteração bucal causada pelo cigarro.

A enfermidade mais encontrada nos 317 pacientes que participaram da pesquisa foi à doença periodontal que danificam a gengiva e pode levar a perda dos dentes, e a lesão cancerizável, que não é exatamente um câncer, mas pode vir a se tornar, afirma a professora Eliete Neves, coordenadora do projeto.

Além disso, os pesquisadores encontraram uma relação entre a dependência com a doença bucal. Apesar de a maioria dos pacientes avaliados acusar a faixa de dependência leve (45,25% deles tinha alterações na boca), 58,42% dos que apresentaram deficiência moderada tinham algum tipo de alteração bucal. Isto significa que quem fuma com muita frequência corre o risco de desenvolver doenças que podem levar ao câncer.

“Cerca de 90% dos nossos pacientes com câncer de boca são tabagistas”, revela a professora Eliete.

Como já foi comprovado que fumar reduz o tempo de vida e que cerca de 90% de todos os cânceres de pulmão são atribuídos ao hábito de fumar, também prejudica a saúde bucal.

Fumar queima as papilas de degustação e os receptores do olfato (que se recompõem cerca de três dias após o indivíduo largar o cigarro), assim, durante a ingestão dos alimentos o corpo volta a liberar substâncias por trás da sensação de prazer e saciedade.

Cerca de 200 anos atrás já havia a suposta relação entre o câncer de boca e o tabagismo; o hábito de fumar charutos, cigarros cachimbos e cigarro de palha é o maior causador de câncer na laringe e cavidade bucal

Ficou comprovado que entre os usuários do tabaco o risco do câncer bucal acontece quando o uso é ao longo da vida, e a incidência é maior entre os homens.

Sendo o alcatrão (benzopireno) um dos principais componentes do cigarro, faz com que ocorram alterações na mucosa. Os portadores de úlceras bucais são mais vulneráveis, pois mantêm o contato direto com esta substância.

Quando o álcool é associado ao cigarro o risco de câncer no assoalho da boca e língua aumenta drasticamente.

Também o uso constante e prolongado de próteses mal adaptadas e de bordas cortantes de dente sobre a mucosa bucal produz ao longo dos anos lesões hiperplásicas.

Desenvolvendo então um câncer de boca particularmente em indivíduos com hábitos tabagistas e etilistas. (Prof. Dr. Ricieri Aparecido Batista Alguati), mestre Ricieri patologia bucal (enzimologia) pela FOB/USP. Professor adjunto de Bioquímica e Patologia dos cursos de odontologia da USC.

ABORDAGEM EDUCATIVA PARA O CONTROLE DO TABAGISMO

Abordagem cognitiva

É uma abordagem que combina intervenções cognitivas com treinamento de habilidades comportamentais, e que é muito utilizada para o tratamento das dependências. Esse tipo de tratamento geralmente é feito por psicólogos ou médicos treinados. Os componentes principais dessa abordagem envolvem: 1) a detecção de situações de risco de recaída; 2) o desenvolvimento de estratégias de enfrentamento. Dentre as várias estratégias empregadas nesse tipo de abordagem, temos, por exemplo, a auto-monitoração, o controle de estímulos e o emprego de técnicas de relaxamento. Em essência, esse tipo de abordagem envolve o estímulo ao autocontrole ou auto-manejo para que o indivíduo possa aprender como escapar do ciclo vicioso da dependência e a tornar-se assim um agente de mudança de seu próprio comportamento. Os estudos mostram que, qualquer que seja a duração dessa abordagem, há um aumento da taxa de abstinência, ou seja, do tempo que o indivíduo fica sem fumar. Diante disto, quanto maior o tempo total da abordagem cognitivo- comportamental maior será o tempo em que o indivíduo ficará sem fumar teoricamente.

2 – Tratamento Farmacológico (ou medicamentoso):

O tratamento medicamentoso pode ser utilizado como um apoio, em situações bem definidas, para alguns pacientes que desejam parar de fumar. Esse tratamento tem a função de facilitar a abordagem cognitivo-comportamental, que é a base para parar de fumar.

Existem, no momento, algumas medicações de eficácia comprovada na cessação de fumar. Esses medicamentos eficazes são divididos em duas categorias: medicamentos nicotínicos e medicamentos não-nicotínicos. Os medicamentos nicotínicos, também chamados de Terapia de Reposição de Nicotina (TRN), se apresentam nas formas de adesivo, goma de mascar, inalador e aerossol. As duas primeiras correspondem a formas de liberação lenta de nicotina, e são, no momento, as únicas formas disponíveis no mercado brasileiro. O inalador e o aerossol são formas de liberação rápida de nicotina e ainda não estão disponíveis em nosso mercado.

Os medicamentos não-nicotínicos são os antidepressivos, bupropiona e nortriptilina, e o

anti-hipertensivo clonidina. A bupropiona é o medicamento de eleição nesse grupo, pois segundo estudos científicos, é um medicamento que não apresenta na grande maioria dos casos efeitos colaterais importantes.

A TRN (adesivo ou goma de mascar) e a bupropiona são considerados medicamentos de 1ª linha, e devem ser utilizados preferencialmente. A nortriptilina e a clonidina são medicamentos de 2ª linha, e só devem ser utilizados após insucesso das medicações de 1ª linha.

Critério para utilização do tratamento medicamento.

Para prescrição de apoio medicamentoso, sugerimos critérios de acordo com o grau de dependência física da nicotina. Fumantes pesados, ou seja, que fumam 20 ou mais cigarros por dia. Fumantes que fumam o 1º cigarro até 30 minutos após acordar e fumam no mínimo 10 cigarros por dia. Fumantes com escore do teste de Fargestom (ver anexos), igual ou maior que cinco, ou avaliação individual, a critério do profissional. Fumantes que já tentaram parar de fumar anteriormente apenas com abordagem cognitivo-comportamental, mas não obtiveram êxito devido a sintomas da síndrome de abstinência. Fumantes que não houver contra-indicações clínicas.

Síndrome da abstinência

A síndrome da abstinência um conjunto de sintomas que surgem quando o fumante dependente da nicotina fica temporariamente (algumas horas) sem usar o cigarro esses sintomas são dores de cabeça tontura, irritação, insônia, depressão, mau-humor, desânimo, dificuldade de concentração, aumento do apetite, vontade incontrolável de fumar. Esses sintomas geralmente não são atribuídos, pelo fumante à ausência do cigarro. Eles atingem intensidade máxima após dois a três dias sem fumar, reduzem com uma semana e geralmente desaparece após um mês.

Ao fumar os sintomas desaparecem e o indivíduo tem a falsa sensação de que o cigarro é uma forma de relaxamento. Na verdade, o tabagista fuma para aliviar ou evitar os sintomas da abstinência. Isso explica porque, ao acordar o indivíduo tem tamanha necessidade de fumar o primeiro cigarro, pois durante o sono ocorre queda nos níveis de nicotina no sangue e caso não haja reposição os sintomas de abstinência surgirão. A

síndrome de abstinência é um dos principais motivos que dificultam o abandono do tabagismo.

Quando comparadas com as pessoas que continuam a fumar, as que deixam de fumar antes dos 50 anos de idade apresentam uma redução de 50% no risco de morte por doenças relacionadas ao tabagismo após 16 anos sem fumar. O risco de morte por câncer de pulmão sofre uma redução de 30 a 50% em ambos os sexos após 10 anos sem fumar; e o risco de doenças cardiovasculares (Derrame Cerebral e Infarto do Coração) cai pela metade após um ano sem fumar.

4 METODOLOGIA DE INTERVENÇÃO

O Centro de Saúde Santa Amélia localiza-se na região da Pampulha. Em sua área de abrangência estão os bairros Santa Amélia, Jardim Atlântico e partes do Céu Azul, Copacabana, Itapoã e parte da vila do Índio e São Tomaz.

Esta área de abrangência torna o centro de saúde Santa Amélia responsável por uma população de 32.199 habitantes.

Para dar esta cobertura o Centro de Saúde conta com três equipes de saúde do PSF.

Cada Equipe de saúde conta com um médico, um enfermeiro, duas auxiliares de enfermagem, um ACS, um dentista e uma ASB.

As duas equipes de saúde bucal são formadas por dois dentistas, uma TSB, duas auxiliares de saúde bucal trabalhando 8 horas por dia e uma auxiliar de saúde bucal trabalhando 6 horas por dia.

O trabalho de organização da demanda por atendimento odontológico é feito em conjunto com a equipe do P.S.F. através das ACS que aproximam a comunidade do centro de saúde.

Num trabalho em grupo é realizada a codificação inicial usando o (I.N.T. O) Índice de necessidades de tratamento odontológico I para priorizar as necessidades mais urgentes.

Dentro deste contexto e que dois profissionais do centro de saúde deram início ao grupo operativo de tabagismo.

GRUPO OPERATIVO:

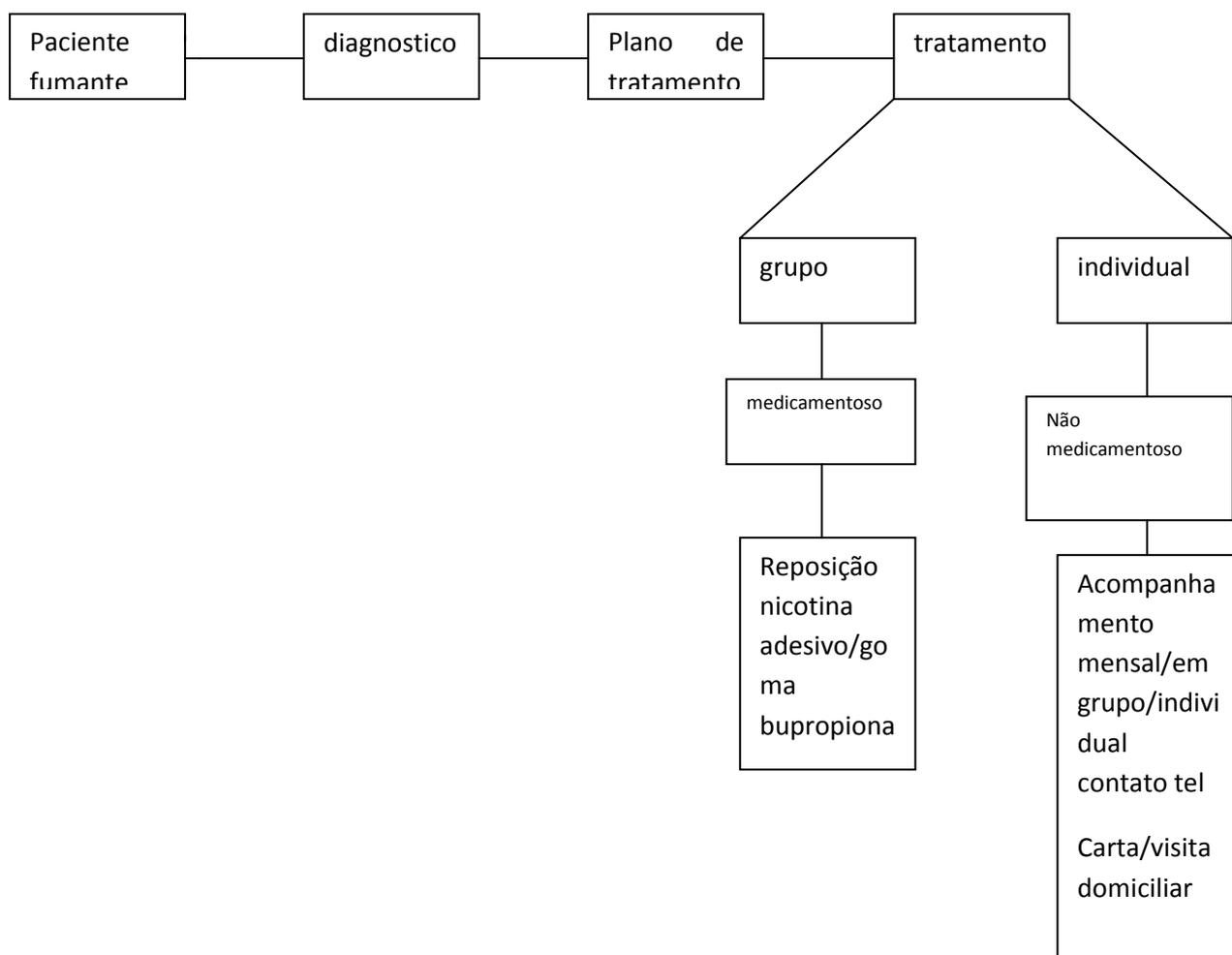
Conceito. "Conjunto de pessoas com um objetivo comum". (RIVIERE, 1977). Os grupos operativos trabalham na dialética do ensinar-aprender. O trabalho em grupo proporciona uma interação, onde elas tanto aprendem como também são sujeitos do saber, mesmo que seja apenas pelo fato de sua experiência de vida dessa forma ao mesmo tempo em que ensinam aprendem também.

Na dependência do tabaco o indivíduo não se submete ao tratamento participa do processo. Portanto deixar de fumar é o primeiro passo, o segundo é manter, o que possibilita o alcance dessas metas é a mudança de comportamento. A proposta é tornar o indivíduo agente de mudança de seu próprio comportamento.

O medico da equipe laranja e a enfermeira da equipe sol do Centro de Saúde Santa Amélia, foi capacitada no segundo semestre de 2009, para trabalhar com grupos operativos de tabagismo. Após o termino do curso, conversando com outros profissionais do centro de saúde e a gerencia perceberam a necessidade de iniciar este trabalho, sendo que alguns funcionários são tabagistas surge à necessidade de tornar o ambiente 100% livre de tabaco antes de iniciar este trabalho com demais usuários. A partir deste grupo Dará início a outros grupos operativos de tabagismo.

A abordagem será feita nos outros grupos operativos, assim como cartazes divulgando a formação do grupo aos interessados no processo de cessação de fumar. Este grupo será trabalhado de acordo com o fluxograma abaixo para melhor desenvolvimento deste processo.

Fluxograma:



Segundo planejamento dos capacitadores será encaminhado para os especialistas os fumantes esquizofrênicos, deprimidos graves alcoólicos, usuários de drogas, e outras psicoses.

O trabalho em grupo requer uma participação ativa do paciente e do profissional de saúde. Este profissional procura estimular o paciente em suas habilidades para resistir às tentações prepará-lo para prevenir a recaída e lidar com stress. Nesse processo o profissional trabalha com uma série de características de tratamento em grupo que são estruturadas em sessões.

Atenção individual estimula a participação. Estratégias e informações, exposição dos assuntos referentes à sessão. Revisão e discussão, discussão aberta ao material apresentado ,encorajar a compartilhar as idéias ,experiências.Tarefas recomendar a leitura da sessão referente ao manual e o participante.

Programação das sessões:

Primeiro mês, quatro sessões estruturadas, uma vez por semana duração uma hora e meia.

Segundo mês, sessões quinzenais duração uma hora.

Terceiro mês sessões mensais uma hora grupo aberto.

Nas sessões serão trabalhadas:

Definição do fumante com teste Fargestom para medir o grau de dependência.

Avaliação da história clinica atual.

Preparar o fumante para abstinência fazer alguma atividade.

Incentivo ao pensamento construtivo.

Exposição dos benefícios físicos

Apoio medicamentoso.

Indicação de outros grupos de apoio.

5 CONSIDERAÇÕES FINAIS

O fumo e seus derivados fazem parte do grupo de drogas consideradas de alta periculosidade a saúde humana. Vidas são tragadas pelos malefícios do fumo a cada minuto. Entretanto o lucro gerado pelo fumo movimenta bilhões de dólares todos os anos. Milhares de horas de propaganda a favor do fumo são veiculadas nos meios de comunicação de massa toda semana buscando novos mercados consumidores. Se o fumo é um mal para uns, faz muito bem a outros tantos que usufruem do lucro gerado pelo fumo e seus derivados. A grande maioria, entretanto, morre e adocece todos os dias. O fumo traz inúmeras despesas à nossa sociedade.

Diante da epidemia tabagista propõe-se fazer trabalho educativo e de controle do uso do tabaco, classificando os níveis de dependência dos usuários e incluindo os níveis de dependência dos usuários e incluindo-os em programa de controle e avaliação no processo da cessação de fumar. Para isso será necessário fazer abordagens do usuário do tabaco de forma variada (cognitivo comportamental), abordagem em grupos e situações especiais.

6 REFERÊNCIAS

SILVA, Costa: Tabagismo: Um problema de saúde pública; Jornal Brasileiro Medicina. Brasil. Rio de Janeiro, v.59; m.2, p.14-16, Ago –1990.

CARVALHO, ET AL; A inclusão da Equipe de Saúde Bucal (ESB) como parte do Programa de Saúde da Família 2004.

SANTOS, Edivania :Implantação do Programa de Saúde da Família/Centro de Saúde Santa Amélia, 2003.

TROMBIM, Shirley L; O Desafio do Programa de Saúde da Família. como alternativa ao modelo hegemônico 2006: Realidade ou Mito.

HIJJAR, & COSTA E SILVA, V.L. Epidemiologia do Tabagismo no Brasil. Jornal Brasileiro de Medicina V.60 1/2, p.50-69 Janeiro e Fevereiro de 1991.

ROSEMBERG, J. Nicotina: Droga Universal São Paulo: SESC/CVE, 2004.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE: Indústria do Tabaco e Responsabilidade Corporativa: Uma Contradição. Fevereiro de 2003.

BRASIL. Ministério da Saúde .Instituto Nacional do Câncer-INCA. Programa de Controle do Tabagismo: Modelo lógico e Avaliação. 2ª Edição , Rio de Janeiro: INCA, 2003.

ANEXOS

PROGRAMA NACIONAL DE CONTROLE DO TABAGISMO
Abordagem e Tratamento do Tabagismo

I - Identificação do Paciente

Nome: _____ Nº Prontuário: _____

Sexo: Feminino Masculino

II - Exame Físico: Peso _____ - Altura _____ - PA _____

- ACV _____ - AR _____ - Abd _____ - CO _____ HbCO _____ Há quanto tempo fumou o último cigarro _____
Hora do exame: _____ **III - História Patológica Progressiva:**

	SIM	NÃO	TRATAMENTO
1. Você tem ou teve freqüentemente aftas, lesões (<i>feridas</i>), e/ou sangramento na boca?	()	()	
2. Você tem diabetes mellitus? Está em tratamento?	()	()	
3. Você tem hipertensão arterial? Está em tratamento?	()	()	
4. Você tem ou teve algum problema cardíaco? Está em tratamento?	()	()	
5. Você tem ou teve freqüentemente queimação, azia, dor no estômago ou úlcera ou gastrite?	()	()	
6. Você tem ou teve algum problema pulmonar? Qual? Está em tratamento?	()	()	
7. Você tem alergia respiratória? Está em tratamento?	()	()	
8. Você tem alergias cutâneas? Está em tratamento?	()	()	
9. Você tem ou teve alguma lesão ou tumor maligno? Onde? Está em tratamento?	()	()	
10. Você tem ou teve crise convulsiva, convulsão febril na infância ou epilepsia? Está em tratamento?	()	()	
11. Você tem anorexia nervosa ou bulimia? Está em tratamento?	()	()	
12. Você costuma ter crises de depressão e/ou ansiedade? Está em tratamento?	()	()	
13. Você faz ou já fez algum tratamento psicológico ou psiquiátrico?	()	()	

Caso tenha respondido sim para as duas questões anteriores (12 e 13), fazer as perguntas sobre depressão

1) Você costuma ingerir bebidas alcóolicas com que freqüência durante a semana?
 Nunca Todos os dias Finais de semana Raramente

Caso responda "todos os dias" ou "finais de semana", aplicar o teste CAGE

2) Você tem ou teve algum outro problema de saúde sério, que não foi citado?
Qual? _____

3) Algum medicamento em uso atual?
 Sim. Qual (is)? _____
 Não

4) Tem prótese dentária móvel?
 Sim
 Não

Se for do sexo feminino:

5) Está grávida?

Sim. Quantos meses? _____

Não

6) Está amamentando?

Sim

Não

PERGUNTAS SOBRE DEPRESSÃO:

a) Já fez uso de alguma medicação, mesmo que não prescrita por médico, para dormir ou se acalmar?

Não

Sim. Qual? _____

b) No último mês você sentiu:

b.1) tristeza perda de interesse e prazer energia reduzida ou grande cansaço

b.2) concentração e atenção reduzidas auto-estima e auto-confiança reduzida
 sentimento de culpa e inutilidade pessimista ou deslocado
 idéias ou atitudes auto-lesivos ou de suicídio sono alterado
 apetite diminuído inquietação

c) Há história de transtorno psiquiátrico na família?

Não

Sim. Quem e que tipo? _____

d) O paciente apresentou durante a consulta:

agitação pensamento e fala lentificados ou acelerados

falta de concentração nenhuma alteração

Para avaliação do grau de depressão, queira considerar as respostas assinaladas nas letras b.1) e b.2) das perguntas acima.

Depressão leve => Dois sintomas b.1) e dois sintomas b.2). Além disso, o paciente apresenta dificuldade com o trabalho do dia-a-dia e atividades sociais, mas não interrompe as funções.

Depressão moderada => Dois sintomas b.1) e três sintomas b.2). Além disso, o paciente apresenta dificuldade considerável em continuar com as atividades sociais, laborativas ou domésticas.

Depressão grave => Critério de dependência moderada, mais angústia ou agitação considerável. Perda de auto-estima. Sentimento de inutilidade ou culpa e suicídio é um perigo marcante.

CAGE :

a) Alguma vez você sentiu que deveria diminuir a quantidade de bebida ou parar de beber?

Não

Sim

b) As pessoas o aborrecem porque criticam o seu modo de beber?

Não

Sim

c) Você se sente culpado ou chateado consigo mesmo pela maneira como costuma beber?

Não

Sim

d) Você costuma beber pela manhã para diminuir o nervosismo ou a ressaca?

Não

Sim

Três ou quatro respostas positivas no CAGE mostram uma tendência importante para o alcoolismo.

IV - História tabagística:

1) Com que idade você começou a fumar? _____

2) Em quais das situações o cigarro está associado no seu dia-a-dia? **(pode escolher vários)**

ao falar no telefone após refeições com bebidas alcoólicas

com café no trabalho ansiedade

tristeza alegria nenhum

outros _____

3) Quais das afirmativas abaixo você considera que sejam razões para fumar: **(pode escolher vários)**

- Fumar é um grande prazer sim não às vezes

- Fumar é muito saboroso sim não às vezes

- O cigarro te acalma sim não às vezes
- Acha charmoso fumar sim não às vezes
- Você fuma porque acha que fumar emagrece sim não às vezes
- Gosta de fumar para ter alguma coisa nas mãos sim não às vezes

Outras _____

- 4)** Quantas vezes você tentou deixar de fumar?
 de 1 a 3 vezes
 + de 3 vezes
 tentou mas não conseguiu parar **(seguir para pergunta 7)**
 nunca tentou **(seguir para pergunta 9)**
- 5)** Quantas vezes você ficou sem fumar por pelo menos 1 dia?
 1 vez 2 vezes 3 vezes mais de 3 vezes
- 6)** Quais foram os motivos que levaram você a voltar a fumar?

- 7)** Alguma vez na vida você utilizou algum recurso para deixar de fumar?
 Nenhum Medicamento. Qual? _____
 Apoio de Prof. Saúde Leitura de orientações em folhetos, revistas, jornais, entre outros
 Outros _____
- 8)** Você já participou de algum grupo de apoio para abordagem e tratamento do tabagismo nessa unidade?
 Sim
 Não
- 9)** Por que você quer deixar de fumar agora? **(pode escolher vários)**
 Porque está afetando minha saúde Eu estou preocupado com minha saúde no futuro
 Outras pessoas estão me pressionando Porque meus filhos pedem
 Pelo bem-estar da minha família Porque não gosto de ser dependente
 Fumar é anti-social Fumar é um mal exemplo para as crianças
 Porque gasto muito dinheiro com cigarro Por conta das restrições de fumar em ambientes fechados
- 10)** Você convive com fumantes em sua casa?
 Sim, qual o grau de parentesco? _____
 Não
- 11)** Você se preocupa em ganhar peso ao deixar de fumar?
 Sim
 Não

V - Teste de Fagerström

- 1-** Quanto tempo após acordar você fuma seu primeiro cigarro?
 Dentro de 5 minutos (3)
 Entre 6 e 30 minutos (2)
 Entre 31 e 60 minutos (1)
 Após 60 minutos (0)

- 2- Você acha difícil não fumar em lugares proibidos como igrejas, bibliotecas, etc?
 Sim (1)
 Não (0)

- 3- Qual o cigarro do dia que traz mais satisfação?
 O primeiro da manhã (1)
 Outros (0)

- 4- Quantos cigarros você fuma por dia?
 Menos de 10 (0) _____
 De 11 a 20 (1) _____
 De 21 a 30 (2) _____
 Mais de 31 (3) _____

- 5- Você fuma mais freqüentemente pela manhã?
 Sim (1)
 Não (0)

- 6- Você fuma mesmo doente quando precisa ficar de cama a maior parte do tempo?
 Sim (1)
 Não (0)

Pontuação = _____

VI - Avaliação do Grau de Motivação:

Contemplativo: motivado a parar, porém sem data estipulada nos próximos dias | _ |

Ação: já tem uma data marcada ou está motivado a parar dentro de um mês | _ |

Recaído: retornou ao consumo habitual de cigarros | _ |

VII - Observações:

Grau de dependência

0-2 => muito baixo

3-4 => baixo

5 => médio

TESTE DE FARGETROM

1. Quanto tempo após acordar você fuma seu primeiro cigarro?
- | | |
|-----------------------|-----|
| Dentro de 5 minutos | (3) |
| Entre 6 e 30 minutos | (2) |
| Entre 31 e 60 minutos | (1) |
| Após 60 minutos | (0) |
2. Você acha difícil não fumar em lugares proibidos como igrejas, bibliotecas, etc?
- | | |
|-----|-----|
| Sim | (1) |
| Não | (0) |
3. Qual o cigarro do dia que traz mais satisfação?
- | | |
|---------------------|-----|
| O primeiro da manhã | (1) |
| Outros | (0) |
4. Quantos cigarros você fuma por dia?
- | | | |
|-------------|-----|-------|
| Menos de 10 | (0) | _____ |
| De 11 a 20 | (1) | _____ |
| De 21 a 30 | (2) | _____ |
| Mais de 31 | (3) | _____ |
5. Você fuma mais freqüentemente pela manhã?
- | | |
|-----|-----|
| Sim | (1) |
| Não | (0) |
6. Você fuma, mesmo doente, quando precisa ficar de cama a maior parte do tempo?
- | | |
|-----|-----|
| Sim | (1) |
| Não | (0) |

Grau de Dependência:

0 - 2 pontos	=	muito baixo
3 - 4 pontos	=	baixo
5 pontos	=	médio
6 - 7 pontos	=	elevado
8 - 10 pontos	=	muito elevado

Con
Aco

