

ELINA BRAZ DE PINHO MATOS

**IMPLANTAÇÃO E AVALIAÇÃO DE UM PROGRAMA PARA CONTROLE DO
TABAGISMO NA UNIDADE BÁSICA DE SAÚDE GENTIL GOMES**

BELO HORIZONTE

2009

ELINA BRAZ DE PINHO MATOS

**IMPLANTAÇÃO E AVALIAÇÃO DE UM PROGRAMA PARA CONTROLE DO
TABAGISMO NA UNIDADE BÁSICA DE SAÚDE GENTIL GOMES**

Monografia apresentada ao Curso de Especialização em Saúde Coletiva, com Ênfase em Saúde da Família - Faculdade de Odontologia - Universidade Federal de Minas Gerais, como requisito parcial à obtenção do título de Especialista em Saúde Coletiva

Orientadora: Profa. Dra. Andréa Maria Duarte Vargas

BELO HORIZONTE

2009

Para minha família,
com amor.

AGRADECIMENTOS

A Deus,
meu fundamento.

Aos meus pais,
pelo modo como conduziram os meus passos.

Ao meu esposo e aos meus filhos,
por compartilharem com amor meus bons e maus momentos.

À minha irmã Márcia,
pelo carinho e inestimável apoio.

À colega de trabalho Edna Mara Cupertino,
pela honrosa iniciativa de formar e de dirigir o grupo de apoio aos fumantes que
desejam parar de fumar, da UBS Gentil Gomes.

Aos professores do Departamento de Odontologia Social e Preventiva da FO -UFMG,
especialmente à minha tutora Profa. Dra. Andréa Maria Duarte Vargas.

À PBH e a todas as pessoas que se empenharam para a realização desse curso.

O que atenta para o ensino acha o bem,
e o que confia no Senhor, esse é feliz.

Provérbios 16:20

RESUMO

Reconhecido como doença epidêmica resultante da dependência da nicotina e classificado pela Organização Mundial de Saúde – OMS no grupo dos transtornos mentais e de comportamento, decorrentes do uso de substâncias psico-ativas, o tabagismo é um problema de saúde pública. Portanto, requer, para o seu controle, o envolvimento de todos os setores sociais. O custo do tabagismo vai muito além das consequências nefastas para a saúde, representando também, um peso econômico no orçamento familiar e uma ameaça ao desenvolvimento sustentável e equitativo. Apesar disso, os profissionais da saúde, com frequência, desconhecem como avaliar e tratar o problema de maneira consistente e eficaz. O objetivo deste trabalho é apresentar uma revisão da literatura científica, além das principais abordagens clínicas e cognitivo-comportamentais para o tratamento desse transtorno. Este estudo trouxe embasamento teórico para um trabalho desenvolvido na Unidade Básica de Saúde Gentil Gomes, visando reduzir o número de fumantes em sua área de abrangência. Com apenas seis meses de intervenção e apesar dos números parecerem insignificantes, os resultados apresentados até o momento, evidenciam a importância de iniciativas para controlar e tratar o tabagismo, que considerem as angústias e as dificuldades daqueles que desejam ser tratados.

Unitermos: Tabagismo, nicotina, abordagens para a cessação.

ABSTRACT

Known as an epidemic disease resulting from nicotine addiction, smoking is classified by the World Health Organization - WHO in the group of Mental and Behaviour Diseases Occurring From Psicoactive Substances Abuse, being a public health problem requiring, for its control, the involvement of all social segments. The costs of smoking go beyond its health consequences, representing an economic burden for the family and threats for its development and balance. However, health care professionals frequently don't know the best way to assess and treat this problem in a consistent and efficient manner. This paper reviews the scientific literature about the smoking problem, as well as the main approaches known to treat it. From this point of action, a new intervention began in the Health Center Gentil Gomes, with the objective of reducing the number of smokers in its geographical work area. Nowadays, after six months, despite the still small number of patients participating, one can state its importance for the treatment of smoking, as it considers in a very particular way the despair of those patients waiting to be treated.

Key-words: smoking, nicotine, interventions for smoking cessation.

SUMÁRIO

Lista de figuras	9
1 – Introdução	10
2 – Revisão de Literatura	11
2.1 Tabagismo – Um Problema de Saúde Pública.....	11
2.2 O custo social do Tabagismo	14
2.3 Efeitos do tabagismo na qualidade do ar em bares, restaurantes e similares	15
2.4 A nicotina	15
2.5 Parar de Fumar	15
2.5.1 Aconselhamento médico.....	17
2.5.2 Terapia comportamental	18
2.5.3 Outras abordagens	18
2.6. Proposta de Tratamento do Tabagismo do Ministério da Saúde (MS)/Instituto Nacional do Câncer (INCA) – BRASIL	19
2.7. O Controle do Tabagismo no Brasil	22
2.8. A Convenção-Quadro para o Controle do Tabaco	23
2.9. O Impacto das Leis na Saúde da População	23
3 – Objetivos	25
4 – Metodologia - Proposta de Intervenção	26
5 – Resultados parciais	28
6 – Considerações finais	29
7 – Referências bibliográficas	30
8 – Anexo A	34

LISTA DE FIGURAS

1. Teste de Fagerstrom	20
2. Teste de Dependência Física e Psicológica ao Tabaco	21

1 – INTRODUÇÃO

Reconhecida como doença a partir do final do século XX (GONÇALVES e MEIRELLES, 2004), a dependência à nicotina - tabagismo – é hoje considerada uma doença crônica (CAMPELLO,2005; ATIÊ et al., 2007), epidêmica, tida como transtorno do uso de substâncias psicoativas pela Organização Mundial de Saúde (OMS, 1997; MINISTÉRIO DA SAÚDE/INSTITUTO NACIONAL DO CÂNCER, CONSENSO 2001) e pediátrica (WORLD BANK, 1999; WHO, 2001).

O tabagismo é um problema de saúde pública, sendo uma das mais importantes causas evitáveis de morte. Nas próximas décadas o tabagismo poderá ser a maior causa de morte entre as nações em desenvolvimento, já que nas nações desenvolvidas o número de fumantes vem diminuindo consideravelmente, o que não acontece ainda nos países da América Latina (HAGGSTRÅM et al. 2001 apud ATIÊ et al. 2007).

Além dos danos causados à saúde de fumantes e não-fumantes, o tabaco tem um peso econômico no orçamento familiar e social (LOPEZ, 2006 _ apud ELIAS, 2009), ampliando as desigualdades sociais, uma vez que a dependência da nicotina tem se concentrado cada vez mais nos grupos de baixa renda e de baixa escolaridade.

O Ministério da Saúde, através do Instituto Nacional do Câncer, tem se empenhado para articular um Programa de Controle do Tabagismo, intersetorial e abrangente. Apesar das dificuldades, existem muitos indicadores de que estamos avançando (BRASIL, MS/INCA, 2003).

Os desafios a serem enfrentados dependem do envolvimento de todos os setores sociais, governamentais e não-governamentais (OPAS/OMS/MS _ Brasília, 2004).

Este trabalho pretende, a partir de uma revisão da literatura, reafirmar a importância do tabagismo como um problema de saúde pública e a necessidade de ações para controle do mesmo, apresentando abordagens para a cessação do uso do tabaco e a implantação de um programa para controle do tabagismo na UBS Gentil Gomes.

2 – REVISÃO DA LITERATURA

2.1 -Tabagismo – Um Problema de Saúde Pública

O uso do tabaco teve sua origem nas Américas, e devido à crença no seu poder de cura, foi difundido para todo o mundo através dos séculos. Hoje, o tabagismo é amplamente reconhecido como uma doença epidêmica resultante da dependência da nicotina e está classificado pela Organização Mundial de Saúde (OMS) no grupo dos transtornos mentais e de comportamento decorrentes do uso de substâncias psicoativas na Décima Revisão da Classificação Internacional de Doenças (CID-10) (OMS, 1997).

Como a idade média de iniciação é quinze anos, a OMS atualmente considera o tabagismo como uma doença pediátrica (WORLD BANK, 1999, WHO, 2001a- apud Cavalcanti, 2005). Existem cerca de 1.300 milhões de fumantes no mundo, sendo que destes, mais de 900 milhões vivem em países em desenvolvimento. O tabaco é a segunda maior causa de morte no mundo, e em 2030 poderá ser a maior causa, com nove milhões de vítimas por ano (ELIAS, 2009).

A dependência de nicotina faz com que os fumantes se exponham continuamente a cerca de 4720 substâncias tóxicas, o que leva o tabagismo a ser o fator causal de aproximadamente 50 doenças, destacando-se as doenças cardiovasculares o câncer e as doenças respiratórias obstrutivas crônicas (WHO, 1993; US SURGEON GENERAL, 1989; ROSEMBERG, 2002; IARC, 1987; DUBE & GREEN, 1982; US NATIONAL HEALTH INSTITUTE, MONOGRAPH 9 – apud MINISTÉRIO DA SAÚDE, BRASIL).

Estudos mostram que o fumo é um dos principais fatores modificadores da saúde geral, devido ao grande número de componentes tóxicos (BEZERRA et al., 2003-apud NEBEN et al., 2006). De acordo com Elias (2009), os não fumantes também sofrem as conseqüências da poluição do ambiente causada pelo fumo (tabagismo passivo). Existem provas científicas conclusivas de que a exposição involuntária ao fumo do tabaco aumenta a incidência de câncer do pulmão, doenças cardiovasculares, doenças respiratórias, bem como o risco de infecções dos ouvidos e síndrome de morte súbita nas crianças (LOPEZ, 2006).

Segundo o Jornal da Associação Médica de Minas Gerais (2009), uma pesquisa realizada entre 1998 e 2001 na Universidade de Cambridge, com mais de 5000 adultos acima dos 50 anos de idade e não fumantes, publicada pelo British Medical Journal em 2009, aponta que o sistema cognitivo pode ser afetado pela exposição à fumaça do cigarro. Os pesquisadores acreditam que o fumante passivo tem aumentado o risco de ter doenças cardíacas e essas patologias estão associadas a um maior risco de demência.

A gestante que fuma tem risco aumentado de complicações da gravidez, como abortos, sangramentos, partos prematuros, etc. Pode haver danos para o bebê, como baixo peso de nascimento, aumento do risco de morte súbita infantil, de morte por doenças respiratórias nos primeiros anos de vida e comprometimento da inteligência (SMSA/GEAS/COORDENAÇÃO DE ATENÇÃO AO ADULTO E IDOSO-PBH).

Os efeitos do consumo do tabaco na saúde bucal também são importantes, destacando-se o câncer bucal e lesões pré-malignas, o aumento da gravidade e extensão das doenças periodontais e a cicatrização deficiente dos tecidos. A evidente relação entre as doenças da cavidade oral e o consumo de tabaco constitui uma oportunidade ideal para os profissionais de saúde bucal se envolverem em iniciativas do controle do tabagismo e programas para deixar de fumar (BEAGLEHOLE, 2006-apud ELIAS, 2009).

Os danos causados ao periodonto pelo fumo estão relacionados, especialmente, às alterações imunológicas e ao contato com substâncias nocivas capazes de alterar o DNA celular (CAMPOS, DEMONTE, 2003 -apud NEBEN *et al.* 2006). Hoje, sabe-se que a relação fumo-doença periodontal em pacientes fumantes independe de higiene bucal, pois nesses pacientes, geralmente, a doença periodontal apresenta-se “mascarada”, isto é, a identificação visual da doença, como vermelhidão e sangramento, não está presente. Essa característica está relacionada ao efeito vascular da nicotina, além da indução no aumento da espessura do epitélio gengival (ELIAS, 1995-apud ELIAS, 2009).

A nicotina interfere na saúde do periodonto de várias maneiras, como vasoconstrição periférica gengival, diminuição da resposta inflamatória pelo comprometimento de macrófagos e células leucocitárias e a diminuição da produção de

anticorpos específicos para bactérias envolvidas com a doença periodontal (CORDEIRO, 2000-apud ELIAS 2009).

Além da resposta inflamatória suprimida, ilustrada pela deficiente produção de anticorpos, fumantes pesados, isto é, os que fumam 20 ou mais cigarros por dia têm um prognóstico menos favorável ao tratamento periodontal, apresentando maior risco na prevalência, extensão e severidade das doenças periodontais destrutivas. O fumo está associado ao aumento na profundidade de sondagem, perda clínica de inserção, perda óssea alveolar e perda dental (PANNUTI et al., 2006-apud NEBEN et al., 2006).

Um estudo caso-controle realizado por Lewellyn et al. (2004) identificou o tabaco, juntamente com o álcool e a *Cannabis sativa* como fatores fortemente associados a pessoas mais jovens, combinados com fatores genéticos, que levaram ao aparecimento de carcinoma de células escamosas na cavidade bucal (ELIAS, 2009).

Pavanello et al. (2006) pesquisaram a mucosa bucal de fumantes e não fumantes, por meio de citologia esfoliativa, para determinar alterações celulares induzidas pelo consumo de tabaco e álcool. Foi aplicada a técnica de Papanicolau, e concluíram que mesmo após um período curto de uso do cigarro e álcool, as alterações inflamatórias eram detectadas na citologia esfoliativa. Isso comprova que fumar é o principal fator de risco no desenvolvimento do câncer bucal, devido ao efeito carcinogênico direto do tabaco nas células epiteliais. O tipo mais comum de lesão maligna na cavidade bucal é o carcinoma espinho-celular, que representa 90% dos casos. Nos homens, o câncer bucal é o oitavo na lista dos mais freqüentes. A taxa de incidência de câncer bucal é mais elevada nos países em desenvolvimento. Das lesões potencialmente malignas da cavidade bucal, a leucoplasia é a mais comum, e sua ocorrência é seis vezes mais elevada nos fumantes do que nos não fumantes (ELIAS, 2009).

Segundo Lins e Rettore Jr (1998), a leucoplasia é a lesão mais freqüente no assoalho da boca, sendo que os produtos do tabaco estão implicados no seu aparecimento. Eles contém substâncias irritantes, como os hidrocarbonetos aromáticos policíclicos, com maior ação carcinogênica e ainda outras substâncias com potencial carcinogênico, como o formaldeído, acetaldeído e nitrosaminas, produtos que quando suspensos ou em solução na saliva, acumulam-se no assoalho bucal. Não se pode

prognosticar quando ocorrerá a transformação da leucoplasia em uma lesão maligna. Em um estudo, o exame histopatológico mostrou que em 26% das leucoplasias, 14% eram displasia epitelial e 12% eram invasão de células escamosas, ou seja, um carcinoma precoce (CATANZARO, 1982).

Ainda de acordo com os mesmo autores, após a cessação do uso do tabaco, independentemente da forma de utilização, seja aspirado, mascado ou tragado (através de cigarros, charutos, cachimbos ou rapé), um considerável número de lesões leucoplásicas regridem ou dissipam dentro de um ano. A regressão dessas lesões é uma comprovação da relação causa e efeito. O profissional de saúde deve incorporar o tabagismo como um fator de risco, e não como um simples dado de anamnese.

2.2 - Custo Social do Tabagismo

Conforme Elias (2009), “O custo do tabagismo vai muito além das suas conseqüências nefastas para a saúde. O tabaco tem também um peso econômico no orçamento familiar e social e constitui uma grande ameaça ao desenvolvimento sustentável e eqüitativo” (LOPEZ, 2006).

A dependência da nicotina tem se concentrado cada vez mais nos grupos de baixa renda e de baixa escolaridade, comprometendo significativamente a renda familiar, e assim, reduzindo o acesso do trabalhador e de sua família a alimentos e a outros itens de necessidade básica, impondo mais sofrimento e ampliando as desigualdades sociais. As ações para controlar o consumo de tabaco devem ser centrais aos programas de desenvolvimento e requerem o envolvimento de todos os setores sociais, governamentais e não-governamentais.

Além do tabagismo ativo e passivo, o fumo afeta as crianças de outras maneiras. Por exemplo, no Brasil, 520 mil jovens com menos de 18 anos de idade, 32% dos quais com menos de 14 anos de idade, trabalham no cultivo do fumo. Essas crianças ficam expostas diretamente a um coquetel de agrotóxicos altamente venenosos, e os que trabalham na colheita das folhas de fumo podem sofrer envenenamento por nicotina pela reabsorção dessa substância pela pele (BRASIL-2004).

2.3- Efeitos do tabagismo na qualidade do ar em bares restaurantes e similares

“Os produtos do tabaco são responsáveis por cerca de 90% dos níveis de poluição do ar e por 95% dos elementos cancerígenos transportados pelo ar em bares, restaurantes e similares”.

Segundo a Organização Internacional do Trabalho, pelo menos 200 mil trabalhadores morrem a cada ano devido à exposição à fumaça ambiental do tabaco no trabalho. E a ciência tem comprovado que até o momento não existe um sistema de ventilação eficiente para evitar a exposição de não fumantes à fumaça do tabaco em ambientes fechados (OLIVEIRA, 2009).

2.4- A nicotina

A nicotina é uma droga pesada, e sua capacidade de produzir dependência só é superada pela heroína, cocaína e crack (SMSA/GEAS/COORDENAÇÃO DE ATENÇÃO AO ADULTO E IDOSO-PBH). Após a tragada, a nicotina chega ao cérebro humano em cerca de 10 segundos e se liga aos receptores nicotínicos localizados no cérebro, sendo que através da fumaça do cigarro, duas ou três vezes mais receptores de nicotina são alcançados. Essa proliferação de receptores nem sempre é reversível no ser humano, o que aumenta o poder da nicotina de criar dependência. Percepção de prazer e felicidade, maior energia, motivação e vigilância incrementada são provocadas pela nicotina, de maneira similar a outras drogas que criam dependência, como, por exemplo, a heroína e a cocaína. O fumo é considerado a “droga de entrada” (*gateway drug*), pois a maioria dos usuários de drogas como a maconha, cocaína e heroína tiveram experiência prévia de tabagismo. Se os adolescentes forem mantidos longe do fumo nesse período da vida, dificilmente se tornarão fumantes (BRASIL, 2004).

2.5- Parar de Fumar

Além da prevenção de iniciação do tabagismo, é indispensável que o tratamento para cessação de fumar seja um componente essencial nos cuidados da saúde pública (OTERO et al., 2006) “Apesar das conseqüências trágicas do tabagismo, os profissionais da atenção à saúde com freqüência desconhecem como avaliar e tratar o tabagismo de maneira consistente e eficaz” (BRASIL, 2004).

As principais barreiras à cessação de fumar são a dependência da nicotina, os sintomas da síndrome de abstinência, a depressão e o ganho de peso (OTERO et al., 2006). Há evidências de que mesmo tratamentos breves para deixar de fumar podem ser eficazes, e esse tratamento refere-se a um amplo leque de técnicas, que incluem motivação, aconselhamento e orientação, consultoria, apoio pelo telefone e pela Internet e auxílio farmacêutico apropriado, que incentivem e ajudem os fumantes a evitar uma recidiva. Não havendo contra-indicações, os medicamentos devem ser utilizados.

As terapias de primeira linha incluem a Bupropiona SR, chiclete de nicotina, inaladores de nicotina, spray nasal de nicotina e adesivo de nicotina. A segunda linha de tratamento inclui clonidina e nortriptilina. Esses tratamentos são eficazes tanto clinicamente como em relação ao custo, quando comparados com outras intervenções médicas e preventivas (BRASIL, 2004). Fiore et al., (2008) incluem a Vareniclina no tratamento de primeira linha para controle do tabagismo.

Um estudo realizado com grupos de fumantes utilizando adesivos transdérmicos para reposição de nicotina e abordagem cognitivo-comportamental demonstrou que nos participantes que receberam adesivos, as proporções de abstinência foram consideradas superiores às dos grupos de participantes sem adesivos. No entanto, essas proporções declinaram com a maior duração do tratamento. Com relação à abordagem cognitivo-comportamental, o estudo sugere que o aconselhamento pode ser efetivo mesmo quando usado isoladamente. Contatos mensais por telefone ou carta podem melhorar a proporção de abstinência (OTERO et al., 2006).

Gigliotti et al. (2003) apontam que entre os tratamentos não farmacológicos para o tabagismo destacam-se o aconselhamento médico e a terapia comportamental. Medidas psicossociais não medicamentosas são essenciais no tratamento do fumante e têm impacto e importância comparados ao tratamento farmacológico (SUTHERLAND et al., 2003).

Shiffman et al. (1993) relatam que a maioria das recaídas após um período de abstinência de cigarros está relacionada a situações de estresse emocional. Lidar com o dependente de tabaco requer a adoção de medidas que incluam o biológico, o psicológico e o social (GIGLIOTTI et al., 2003).

2.5.1 - Aconselhamento médico

Ashenden et al. (1997) realizaram uma metanálise que incluiu 23 estudos que abordavam a questão do tabagismo, em uma revisão sistemática da efetividade do aconselhamento durante consultas de rotina. Evidências a partir de 16.385 sujeitos comprovaram que o aconselhamento aumenta significativamente as taxas de abstinência quando comparado a nenhuma intervenção. “Essa conclusão se manteve mesmo quando considerados os estudos que tratavam de aconselhamento breve – que pode durar tão pouco quanto três minutos!” (GIGLIOTTI et al., 2003)

Silaggy e Stead (2003) identificaram 37 estudos, com mais de 27 mil pacientes, a maior parte de populações não selecionadas tratadas em ambulatórios de atenção primária à saúde, para avaliação da efetividade do aconselhamento médico na promoção da abstinência do tabaco. A metanálise de 16 estudos controlados constatou que o aconselhamento breve produziu um significativo aumento nas taxas de cessação, quando comparado com nenhum aconselhamento ou com o “tratamento habitual” (GIGLIOTTI et al., 2003).

Ainda conforme os mesmo autores, o aconselhamento breve na forma dos quatro A's – argüir, aconselhar, assistir e acompanhar – resulta em que um a três fumantes de cada 100 aconselhados deixem o cigarro por pelo menos seis meses, já excluídos aqueles que provavelmente deixariam de fumar sem nenhuma intervenção (SILAGY E STEAD, 2003). Apesar de parecer pequeno esse resultado, esse tipo de intervenção poderia causar um impacto significativo em termos populacionais, se ela for consistentemente implementada. Com relação à frequência do aconselhamento, pesquisas mais recentes sugerem que repetição do conselho para pacientes assintomáticos é contraproducente e enfraquece a credibilidade do conselho médico (SENORE et al., 1998).

Alguns estudos sugerem que os pacientes são mais receptivos ao aconselhamento quando o médico faz alguma ligação com o motivo da consulta, mesmo que esta não tenha sido relacionada ao uso do tabaco (STOTT & PILL, 1987; BUTTER et al., 1998). Muitos fumantes só conseguem deixar de fumar após cinco a sete tentativas (USD H HS, 1990). É importante que se estabeleça uma aliança terapêutica com o paciente para que ele se sinta motivado a considerar uma nova

tentativa. O paciente deve se sentir confortável para falar sobre seu desejo de fumar, seus medos, lapsos e recaídas (PROCHASCA & GOLDSTEIN, 1991). Apesar de não existir, no sistema de saúde, uma rotina efetiva de investigação do consumo de tabaco, sabe-se que adotar um sistema onde exista no prontuário do paciente um registro de que ele seja fumante, triplica a possibilidade do médico abordar a questão do tabaco (BAUMAN et al., 2000, FIORE et al., 2000).

Todos os profissionais de saúde parecem ser igualmente eficientes na administração de tratamento para o tabagismo. Fiore et al. (2000) concluíram, a partir de estudo analisados para comparar a efetividade de intervenções administradas por diferentes tipos de profissionais clínicos, as quais não incluíam tratamento farmacológico, que os resultados foram homogêneos entre os diferentes tipos de profissionais, como médicos, psicólogos, enfermeiros, dentistas.

2.5.2 - Terapia comportamental

Segundo Gigliotti et al. (2003), estudos recentes de metanálise concluíram que treinamento de habilidades, solução de problemas, apoio social como parte do tratamento, ajuda aos fumantes para que obtenham apoio social fora do tratamento e prevenção de recaídas aumentaram as taxas de abstinência e são recomendados como importantes componentes do tratamento para cessação de fumar (USDHHS, 1996; FIORE et al., 2000). Mais recentemente, Fiore et al. (2008) destacam dois componentes essenciais no tratamento do fumante:

- 1- Aconselhamento, com solução de problemas e treinamento de habilidades;
- 2- Apoio social como parte do tratamento.

“A eficácia dessa abordagem é diretamente proporcional ao tempo de permanência com o paciente” (Fiore et al., 2000).

2.5.3 - Outras abordagens

a) Materiais de auto-ajuda: Fiore et al. (2000) concluem após uma revisão, que materiais escritos de auto-ajuda constituem uma abordagem promissora, especialmente se forem individualizados, ou seja, direcionados a públicos específicos, como por exemplo, gestantes, adolescentes, etc. (PROCHASKA et al., 1993; STRECHER et al., 1994; LANCASTER E STEAD, 2003 – apud GIGLIOTTI et al., 2003).

Segundo Gigliotti et al. (2003), esta abordagem, como único método de aconselhamento é pouco eficaz para aumentar as taxas de abstinência, quando comparadas à não intervenção.

b) Acupuntura e hipnose, de acordo com Gigliotti et al. (2003), não demonstraram, nas pesquisas, taxas de abstinência melhores que as taxas encontradas com o uso de placebo (FIORE et al., 2000; ABBOT et al., 1999).

c) Outros métodos, como feedback fisiológico, cigarros artificiais sem drogas, aromaterapia (França), fórmula de ervas, adesivos de lobélia, vêm sendo preconizados para cessação de fumar, mas ainda não existem evidências científicas suficientes que comprovem a eficácia desses métodos (BRASIL, 2001).

2.6 - Proposta de Tratamento do Tabagismo do Ministério da Saúde (MS) / Instituto Nacional do Câncer (INCA) – BRASIL

Atualmente, o Ministério da Saúde, através do Instituto Nacional do Câncer, preconiza a abordagem cognitivo-comportamental e o uso de alguns medicamentos para reduzir a prevalência de fumantes e a morbi-mortalidade por doenças relacionadas ao tabaco. A abordagem cognitivo-comportamental combina intervenções cognitivas com treinamento de habilidades comportamentais, e é muito utilizada para o tratamento das dependências (BRASIL, 2001).

Nesta estratégia, a abordagem mínima (< 3 minutos) aumenta a taxa de cessação de fumar em 30%, a abordagem de intensidade baixa (3 a 10 minutos) aumenta em 60% e a abordagem de maior intensidade (>10 minutos) aumenta em mais de 100%, quando comparadas com as situações em que nenhum aconselhamento é dado aos fumantes (BRASIL, 2001).

A abordagem mínima (PAAP) consiste em perguntar, avaliar, aconselhar e preparar o fumante para que deixe de fumar, sem acompanhá-lo neste processo. Pode ser feita por qualquer profissional de saúde durante uma consulta de rotina. Já a abordagem básica (PAAPA) consiste em perguntar, avaliar, aconselhar, preparar e acompanhar o fumante para que deixe de fumar. Também pode ser feita por qualquer profissional de saúde durante a consulta de rotina, e deve durar, em média, de 3 a 5 minutos em cada contato. É indicada para todos os fumantes e mais recomendada que

a abordagem mínima (PAAP), porque prevê o retorno do paciente para acompanhamento na fase de abstinência. É uma importante estratégia em termos de saúde pública. A farmacoterapia pode ser utilizada como um apoio, para facilitar a abordagem cognitivo comportamental que é a base para a cessação de fumar e deve ser sempre utilizada (BRASIL, 2001).

Para gestantes, adolescentes e pacientes hospitalizados, é recomendada a abordagem cognitivo-comportamental e a farmacoterapia, se necessário, salvo quando houver contra-indicações clínicas (BRASIL, 2001).

Pacientes fumantes e usuários de álcool e/ou outras drogas, bem como os fumantes portadores de depressão e outras co-morbidades psiquiátricas devem receber uma intervenção mais intensiva e especializada (BRASIL, 2001).

Para avaliar o grau de dependência de nicotina do indivíduo, é recomendado o Teste de Dependência de Nicotina de Fagerstrom (Figura 01). Aspectos da dependência comportamental e psicológica são avaliados empregando-se o Teste de Dependência Física e Psicológica ao Tabaco (Figura 02).

FIGURA 01 Teste de Fagerstrom	
1.	Quanto tempo depois de acordar, você fuma o seu primeiro cigarro? Após 60 minutos: 0 ponto Entre 6 e 30 minutos: 2 pontos Entre 31 e 60 minutos: 1 ponto Nos primeiros 5 minutos: 3 pontos
2.	Você encontra dificuldades em evitar fumar em lugares onde é proibido, como por exemplo: igrejas, local de trabalho, cinemas, shoppings, etc? Não: 0 ponto Sim: 1 ponto
3.	Qual o cigarro mais difícil de largar ou de não fumar? Qualquer um: 0 ponto O primeiro da manhã: 1 ponto
4.	Quantos cigarros você fuma por dia? Menos que 10: 0 ponto Entre 11 e 20: 1 ponto Entre 21 e 30: 2 pontos Mais que 31: 3 pontos
5.	Você fuma mais frequentemente nas primeiras horas do dia do que durante o resto do dia? Não: 0 ponto Sim: 1 ponto
6.	Você fuma mesmo estando doente ao ponto de ficar acamado a maior parte do dia? Não: 0 ponto Sim: 1 ponto
Pontuação: 0 a 4: Dependência leve 5 a 7: Dependência moderada 8 a 10: Dependência grave	

Fonte: Kirchenchtejn & Chatkin (2004)

Figura 1. Teste de Fagerstrom

FIGURA 02 – Teste de Dependência Física e Psicológica ao Tabaco

1. É muito difícil para você ficar 12 horas sem fumar?
(___) Sim (___) Não
2. É tem um desejo intenso e compulsivo (“fissura”) por cigarros?
(___) Sim (___) Não
3. Você sente necessidade de fumar pelo menos um certo número de cigarros por dia?
(___) Sim (___) Não
4. Você frequentemente se encontra fumando sem ter percebido que havia acendido um cigarro?
(___) Sim (___) Não
5. Você associa o ato de fumar com outros comportamentos tais como tomar café ou falar ao telefone?
(___) Sim (___) Não
6. Você já passou, por acaso, um dia inteiro sem fumar?
(___) Sim (___) Não
7. Você fuma mais depois de ter uma discussão com alguém?
(___) Sim (___) Não
8. Fumar é um dos prazeres mais importantes da sua vida?
(___) Sim (___) Não
9. O pensamento de nunca mais fumar o torna infeliz?
(___) Sim (___) Não

Se nas perguntas 1 2 3 o paciente responder Sim a duas ou três delas, está **fisicamente dependente** de cigarros.

Se nas perguntas 4 5 6 o paciente responder Sim a duas ou três delas, está **fazendo associações de comportamento** envolvendo o ato de fumar.

Se nas perguntas 7 8 9 o paciente responder Sim a duas ou três delas, está **psicologicamente dependente** de cigarros.

Fonte: BRASIL 2004

Figura 2- Teste de Dependência Física e Psicológica ao Tabaco

“Parar de fumar é possível e desejável. É a única maneira de reduzir a mortalidade relacionada com o tabagismo nos próximos anos” (BRASIL, 2004).

Os profissionais de saúde são agentes formadores de opinião da sociedade, sendo vistos pela mesma como um exemplo de comportamento saudável, e por isso têm um papel decisivo no controle do tabagismo, na prevenção da iniciação dos jovens no hábito de fumar e no desenvolvimento de ações junto aos que fumam, para que abandonem o hábito (SMS/GEAS/COORDENAÇÃO DE ATENÇÃO AO ADULTO E IDOSO-PBH).

Todos os serviços de saúde devem se tornar “Ambientes Livres de Tabaco (ALT)”. Essa medida, por si só, pode levar a taxas de cessação do tabagismo de 20% a 30% entre seus funcionários e usuários. Além disso, ALT reduzem a iniciação de adolescentes no tabagismo (90% dos fumantes ficam dependentes da nicotina entre 10 e 19 anos de idade).

É muito importante que os fumantes sejam aconselhados a mudar seu estilo de vida, praticando atividades físicas e adotando uma alimentação saudável (SMS/GEAS/COORDENAÇÃO DE ATENÇÃO AO ADULTO E IDOSO-PBH).

2.7 - O Controle do Tabagismo no Brasil

O Brasil tem se empenhado para articular nacionalmente um Programa de Controle do Tabagismo, intersetorial e abrangente. Muitas são as dificuldades enfrentadas pelo fato de ser um país produtor de tabaco, ser um país em desenvolvimento e por ter que lidar com as constantes e sofisticadas estratégias das grandes transnacionais do tabaco para minar as ações de controle do tabagismo. Apesar dessas dificuldades, existem muitos indicadores de que estamos avançando, como por exemplo, a queda de 32% no consumo anual *per capita* de cigarros entre 1989 e 2002, a queda na prevalência de fumantes de 30% em 1989 para 21% em 2001 no município do Rio de Janeiro (BRASIL, 2003), a evidência de que o fumante brasileiro é um dos mais motivados do mundo a deixar de fumar (Gigliotti, 2002) e um grau elevado de consciência na população sobre os riscos do tabagismo e do tabagismo passivo (BRASIL, 2003). Os desafios a serem enfrentados dependem do envolvimento de todos os setores sociais, governamentais e não-governamentais (BRASIL, 2004).

A pesquisa de Vigilância de Fatores de Risco e Proteção para Doenças Crônicas por Inquérito Telefônico – VIGITEL 2008/MS demonstrou que 14,8% dos jovens

brasileiros são fumantes e na população adulta a porcentagem é de 15,2%. O consumo de cigarros entre os jovens brasileiros caiu mais de 50% nos últimos 20 anos e 10% dos jovens entre 18 e 24 anos de idade já são ex-fumantes.

2.8 - A Convenção-Quadro para o Controle do Tabaco

Assinada pelo Brasil em 16 de junho de 2003 e ratificada pelo Congresso Nacional em 27 de outubro de 2005, a Convenção-Quadro para o Controle do Tabagismo constitui-se no primeiro tratado internacional de saúde pública da história da humanidade e foi assinada pelos 192 países membros da OMS. Essa convenção tem como objetivo “preservar as gerações, presentes e futuras, das devastadoras conseqüências sanitárias, sociais, ambientais e econômicas do consumo e da exposição à fumaça do tabaco e estabelece, como algumas de suas obrigações, a elaboração e atualização de políticas de controle do tabaco, o estabelecimento de um mecanismo de coordenação nacional e de cooperação com outros Estados Partes e a proteção das políticas nacionais contra os interesses da indústria do tabaco” (OLIVEIRA, 2009).

2.9 - O Impacto das Leis na Saúde da População

Após a entrada em vigor das leis que proíbem o fumo em bares, restaurantes e similares em vários países do mundo, uma grande redução dos níveis de partículas suspensas respiráveis (um indicador de tabagismo passivo) foi demonstrada nesses ambientes. É o caso do estudo realizado no oeste do estado de Nova York, em 2003, com uma redução de 84% nos níveis dessas partículas. “Outros estudos evidenciaram uma redução na ocorrência de sintomas respiratórios entre os empregados nos estabelecimentos acima referidos”.

Estudos demonstrando o impacto na saúde da população após a promulgação das leis banindo o uso do tabaco nos locais públicos fechados têm sido publicados pelas melhores revistas médicas do mundo. Uma metanálise de oito estudos mostrou uma redução de 19% nas internações por infarto agudo do miocárdio entre fumantes, ex-fumantes e não-fumantes. Na Escócia houve uma redução de 17% no número de internações por síndrome coronariana aguda, sendo que 67% destas ocorreram em

não-fumantes. Na cidade de Pueblo (Colorado-EUA), a redução de internações foi de 41% (OLIVEIRA, 2009).

3 – OBJETIVOS

3.1 - Geral: Reduzir a população de fumantes na área de abrangência da UBS Gentil Gomes, através da implantação de um programa para controle do tabagismo.

3.2 - Específicos:

3.2.1- Implantar o programa.

3.2.2- Avaliar o programa a ser implantado.

4 – METODOLOGIA: PROPOSTA DE INTERVENÇÃO

Este trabalho apresenta uma proposta de intervenção, intitulada “**Projeto respirAR**”, descrita a seguir.

A Unidade Básica de Saúde Gentil Gomes está situada à Rua Manoel Passos, número 580, Bairro Santa Cruz, Belo Horizonte, MG. Possui uma população de aproximadamente 15.000 usuários cadastrados, quatro Equipes de Saúde da Família - ESF e duas Equipes de Saúde Bucal - ESB.

A população estimada de fumantes maiores de 15 anos é de aproximadamente 3.000 pessoas, sendo observado um grande número de crianças acometidas por doenças respiratórias.

O objetivo principal do “**Projeto respirAR**” é reduzir a população de fumantes na área de abrangência da referida Unidade de Saúde.

O público-alvo deste programa consiste nos usuários tabagistas interessados em participar ou encaminhados pelas ESF e ESB. Estes pacientes, em sua maioria, têm filhos menores como fumantes passivos que serão beneficiados por essa ação.

Além disso, esses pacientes servirão de referência familiar, prevenindo a iniciação ao tabagismo ou estimulando a adesão ao tratamento caso existam outros fumantes na família. As estratégias para se atingir as metas propostas envolverão:

- Captação de tabagistas através de cartazes afixados na recepção da Unidade Básica de Saúde, de contatos feitos pelas Agentes Comunitárias de Saúde (ACS) e pelo porteiro da Unidade e ainda através de encaminhamentos feitos pelas ESF e ESB;
- Realização de dois encontros semanais com a presença da Técnica em Saúde Bucal (TSB) da Unidade Básica de Saúde Gentil Gomes e da acadêmica de psicologia (esta sob orientação da psicóloga do Núcleo de Apoio à Saúde da Família/NASF), com o objetivo de se criar um espaço para compartilhamento de vivências e auxílio mútuo;
- Nestes encontros, será aplicado um questionário para avaliação da percepção do tabagista e para obtenção de sugestões de temas a serem abordados nos encontros seguintes;
- O comparecimento dos participantes é voluntário, assim como o relato de suas experiências como tabagistas;

- Incorporação de atividades dirigidas por acadêmicos de fisioterapia da PUC Minas e por outros profissionais.

5 – RESULTADOS PARCIAIS

- Início dos encontros – Fevereiro- 2009.
- Número de participantes frequentes ainda é pequeno. A média de participantes por encontro: quatro
- Os que não comparecem com assiduidade dão notícias através de telefone e encontros casuais.
- Percebe-se um tímido interesse da população da área de abrangência, isto é, os usuários buscam informações sobre os encontros, mas o comparecimento não é expressivo.
- Têm comparecido tabagistas de outros bairros que ouviram falar do grupo e se interessaram em participar.
- Será feito contato por telefone com as pessoas que não retornarem.
- Alguns participantes relatam suas angústias e dificuldades com os familiares, que não reconhecem como progresso o fato de diminuírem lentamente o número de cigarros fumados por dia.
- Em Agosto-2009, dos 13 participantes do programa, 4 relataram ter abandonado o hábito (30,7%).
- Observa-se que, apesar do lento crescimento do grupo, essa iniciativa tem sido um importante apoio para pessoas que decidiram parar de fumar, mas não conseguem fazê-lo sem ajuda.
- Têm sido envolvidos no projeto os acadêmicos de medicina da Unifenas e os estagiários do Programa “Posso Ajudar”, os quais enriquecem os encontros com atividades que levam à conscientização e à responsabilização dos participantes.
- Alguns Agentes Comunitários de Saúde – ACSs tabagistas participam dos encontros.

6 – CONSIDERAÇÕES FINAIS

Após a explanação, torna-se evidente a necessidade de intervenções com o objetivo de controlar e tratar o tabagismo.

Todos os profissionais de saúde têm um papel fundamental nestas iniciativas, incorporando o tabagismo como fator de risco na anamnese e, assim, conscientizando e encorajando seus pacientes a deixarem o uso do tabaco.

Uma rotina efetiva de investigação do consumo de tabaco deve ser adotada pelo sistema de saúde, garantindo, no prontuário do paciente, o registro de que ele seja fumante. Essa medida facilita a abordagem da questão do tabaco pelos profissionais.

As terapias farmacológicas são importantes porque incentivam os fumantes e previnem a recidiva, e não havendo contra- indicações, devem ser utilizadas.

É necessário que os equipamentos sociais estejam envolvidos naquilo que poderíamos chamar de uma “rede”, com o objetivo comum de promover a cessação do tabagismo.

7- REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ASHENDEN, R.; SILAGY, C.; WELLER, D. - A systematic review of the effectiveness of promoting lifestyle change in general practice. *Fam Pract* 14:160-17, 1997.

BAUMAN, K.E.; ENNETT, S.T.; FOSHEE V.A.; PEMBERTON, M.; KING, T.S.; KOCH, G.G. - Influence of family-directed program on adolescent cigarette and alcohol cessation. *Preventive Science* 1(4):227-37, 2000.

BEAGLEHOLE, 2006- apud ELIAS, 2009

BUTLER, C.C.; PILL, R.; STOTT, N.C. - Qualitative study of patients' perceptions of doctors' advice to quit smoking: implications for opportunistic health promotion. *BMJ* 316:1878-81, 1998.

CAMPOS, DEMONTE, 2003-apud Débora E. Neben et al

CATANZARO GUIMARÃES, AS. *Patologia Básica de Cavidade Bucal*. Rio de Janeiro, Guanabara Koogan, 1982, 4191.

CAVALCANTE, T. M.. O controle do tabagismo no Brasil: avanços e desafios. *Rev. psiquiatr. clín.* vol.32 no.5 São Paulo Sept./Oct. 2005

(World Bank, 1999; WHO, 2001a)

CORDEIRO, 2000-apud ELIAS 2009

DUBE M, GREEN CR. Methods of collection of smoke for analytical purposes. *Recent Adv Tobacco Sci* 1982; 8: 42—102.

ELIAS, R. *Atendimento a Pacientes de Risco em Odontologia*. Editora Revinter Ltda, 2009.; pgs 115-117.

ELIAS, 1995-apud ELIAS, 2009

FIORE, M.C.; BAILEY, W.C.; COHEN, S.J. et al.. - *Treating Tobacco Use and Dependence. Clinical Practice Guideline*. Rockville, MD: U.S. Department of Health and Human Services. Public Health Service. June 2000.

FIORE, 2008.

GIGLIOTTI, A; CARNEIRO, E.; PRESMAN, S. – *Tratamentos Não-farmacológicos para o Tabagismo, 2003.*

GONÇALVES, C. A. ; MEIRELLES, A. M. . *Projetos e Relatórios de Pesquisa em Administração.* 1. ed. São Paulo: Atlas, 2004. v. 1. 199 p.

IARC 1987 - IARC Monographs, Suppl. 6, 519-520, 1987

INCA (Instituto Nacional de Câncer), 1997. *Manual de Orientação Dia Mundial sem Tabaco, 31 de Maio de 1997.* Rio de Janeiro: INCA

Jornal da Associação Médica de Minas Gerais; FEV/Mar 2009, 115, 36

KIRCHENCHTEJN, C ; CHATKIN, J. M. . Dependência da nicotina. *Jornal de Pneumologia, São Paulo, v. 30, n. supl 2, p. 11-18, 2004.*

LEWELLYN CD, LINKLATER K, BELL J, JOHNSON NW, WARNAKULASURIYA S. An analysis of risk factors for oral cancer in young people: a case-control study. *Oral Oncol* **2004**; 40: 304-13

LINS, A R; RETTORE JÚNIOR, R. Influência do tabaco na leucoplasia bucal / Influence of tobacco on oral leukoplakia *Rev. do CROMG*;4(2):86-9, jul.-dez. 1998

LOPEZ AD, SHIBUYA K, RAO C, MATHERS CD, HANSELL AL, HELD LS, SCHMID V; BUIST S. Chronic obstructive pulmonary disease: current burden and future projections. *Eur Respir J* 2006; 27: 397–412.

LOTUFO RFM, PANNUTI CM - *Efeitos Diretos dos Patógenos Bucais nas...* 2006

MINISTÉRIO DA SAÚDE (MS), 1998. *Falando sobre Tabagismo.* Rio de Janeiro: Instituto Nacional de Câncer

MINISTÉRIO DA SAÚDE, Secretaria Nacional de Assistência à Saúde, Instituto Nacional do Câncer, Coordenação Nacional do Controle do Tabagismo e Prevenção Primária do Câncer – INCA, 2001.

NEBEN DE, NOVAES EO. Relação da doença periodontal com alterações sistêmicas, revisão da literatura. 2006. Trabalho de Conclusão de Curso (Graduação em Odontologia) - Universidade do Vale do Paraíba, p 898 –899.

OLIVEIRA, MGR, Ambientes Fechados 100% Livres Do Tabaco. Entrevista Publicada em 12/04/2009.

ORGANIZAÇÃO PANAMERICANA DA SAÚDE; .Brasil. Ministério da Saúde Tabaco e pobreza, um círculo vicioso: a convenção quadro de controle do tabaco: uma resposta / Tobacco and poverty, a vicious circle - the control chart convention of the tobacco: an answer. Brasília; Brasil. Ministério da Saúde; 2004. 171 p. illus, tab, graf.

OTERO UB, PEREZ, SZKLO M, ESTEVES GA. Ensaio clínico randomizado: efetividade da abordagem cognitivo-comportamental e uso de adesivos transdérmicos de reposição de nicotina, na cessação de fumar, em adultos residentes no Município do Rio de Janeiro, Brasil Cad. Saúde Pública, vol.22,no.2,Rio de Janeiro,Feb. 2006

PAVANELLO LB, PRADO FA, BALDUCCI I, BRANDAO AA, ALMEIDA JD. Cytologic analysis of alterations induced by smoking and by alcohol consumption. Acta Cytol. 2006; 50(4):435-40

PROCHASKA, J.O.; GOLDSTEIN, M.G. - Process of smoking cessation: implications for clinicians. Clin Chest Med 12:727-35, 1991.

ROSEMBERG J. Nicotina. Farmacodinâmica. Ação sobre os centros nervosos. Nicotino-dependência. In: Rosemberg J, Pandemia do tabagismo: enfoques históricos e atuais. Secretaria Estadual de Saúde de São Paulo, Centro de Vigilância Epidemiológica, 2002, p. 43-9.

SENORE, C.; BATTISTA, R.N.; SHAPIRO, S.H. et al.. - Predictors of al smoking cessation following physicians' counseling. Prev Med 27:412-21, 1998.

SHIFFMAN S, HUGHES JR, PILLITTERI JL, BURTON SL. Persistent use of nicotine replacement therapy: an analysis of actual purchase patterns in a population based sample *Tobacco Control* 2003;12:310-316; doi:10.1136/tc.12.3.310

SILAGY, C.; STEAD, L.F - Physician advice for smoking cessation (Cochrane Methodology Review). In: The Cochrane Library, Issue 4, 2003. Chichester, UK: John Wiley & Sons, Ltd.

SMSA/GEAS/COORDENAÇÃO DE ATENÇÃO AO ADULTO E IDOSO-PBH

SUTHERLAND, G. - Smoking: can we really make a difference? Heart 89(Suppl II):1125-7, 2003

STOTT, N.C.; PILL, R.M. - Health promotion and the human response to loss: clinical implications of a decade of primary health care research. Fam Pract 4:278-86, 1987.

STRECHER, V.J.; KREUTER, M.; DEN BOER, D.J.; KOBRIN, S.; HOSPERS, H.J.; SKINNER, C.S. - The effects of computer-tailored smoking cessation messages in family practice settings. J Fam Pract 39: 262-70, 1994.

US SURGEON GENERAL, 1988. The Health Consequences of Smoking. Nicotine Addiction. Rockville, Maryland: U.S. Department of Health and Human Services. Public Health Service, Centers for Disease Control, Centers for Chronic Disease Prevention and Health Promotion. Office on Smoking and Health.

US NATIONAL HEALTH INSTITUTE, MONOGRAPH 9 – APUD MINISTÉRIO DA SAÚDE (MS)-BRASIL

WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO), 1993. Making a Difference. World Health Report. Geneva, Switzerland.

ANEXO A

AVALIAÇÃO

1. O que você achou do encontro de hoje?

() ótimo

() bom

() regular

() ruim

2. O que você achou do tema?

() ótimo

() bom

() regular

() ruim

3. Você já conseguiu algum progresso com as reuniões? Como você avalia?

() ótimo

() bom

() regular

() ruim

4. Qual o tema você gostaria de sugerir para a próxima reunião?
