

DÉBORA TISO E SOUSA

Tabagismo: a estruturação da equipe multidisciplinar como diferencial no tratamento do tabagista

**CAMPOS GERAIS/MINAS GERAIS
2010**

DÉBORA TISO E SOUSA

Tabagismo: a estruturação da equipe multidisciplinar como diferencial no tratamento do tabagista

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

Orientador: Maria Teresa Marques Amaral

**CAMPOS GERAIS/MINAS GERAIS
2010**

DÉBORA TISO E SOUSA

Tabagismo: a estruturação da equipe multidisciplinar como diferencial no tratamento do tabagista

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

Orientador: Maria Teresa Marques Amaral

Banca Examinadora:

Maria Teresa Marques Amaral

Edison José Corrêa

Aprovada em Belo Horizonte ____/____/____

AGRADECIMENTOS

A todos aqueles que colaboraram, foram prestativos ao longo desse curso fazendo com que eu permanecesse até o seu término.

À minha família, pela atenção e compreensão.

RESUMO

O tabagismo é o ato de inalar e exalar a fumaça do tabaco, ou de algo semelhante ao tabaco, sob a forma de cigarros ou outros produtos que contenham tabaco, cuja droga ou princípio ativo é a nicotina. A Organização Mundial da Saúde (OMS) afirma que o tabagismo deve ser considerado uma pandemia, ou seja, uma epidemia generalizada, e como tal precisa ser combatido. Para se obter um tratamento do fumante, de forma efetiva, são necessários programas que contemplem as questões físicas, emocionais e a terapia cognitivo-comportamental, a qual tem sido bastante eficaz no tratamento de abuso de substâncias químicas. O Ministério da Saúde (MS) assumiu, através do Instituto Nacional de Câncer em 1989, o papel de organizar o Programa Nacional de Controle do Tabagismo (PNCT) com profissionais na área da saúde treinados principalmente na abordagem do paciente para tratamento com terapia cognitivo-comportamental. Essa equipe exerce suma importância sobre os resultados de números reduzidos de cigarros fumados por dia ou mesmo a cessação do ato de fumar por parte dos tabagistas. Porém, a maior dificuldade encontrada no desenvolvimento desse Programa está na permanência da equipe multiprofissional, principalmente em relação à categoria médica, pois houve uma grande rotatividade desde o início de sua implantação. O único profissional que se manteve de forma efetiva e comprometida durante todo o processo foi o enfermeiro; sendo que o psicólogo teve uma atuação marcante por um grande período, porém, por questões diferenciadas de valorização profissional e mesmo salarial, rompeu seu vínculo, recentemente.

Palavras-chave: Programa Saúde da Família, Programa Nacional de Controle do Tabagismo, tabagismo, nicotina, terapia cognitivo-comportamental, equipe interdisciplinar de saúde.

ABSTRACT

Cigarette smoking is the act of inhaling and exhaling the smoking tobacco in the form of cigarettes or other products containing tobacco, whose drug or active ingredient is nicotine. The World Health Organization (WHO) states that smoking should be considered a pandemic, or a generalized epidemic, as such must be addressed. To achieve a smoker treatment, effectively, programs that address not only the physical issues but also the emotional and cognitive-behavioral therapy are needed, which has been quite effective in treating abuse chemical substances. The Ministry of Health took over, thought the National Cancer Institute, in 1989, the role of organizing the National Tobacco Control Program (NTCP) with professionals in healthcare trained mainly on patient approach to treatment with cognitive-behavioral therapy. This team plays utmost importance over the results of reduced number of cigarettes smoked per day, or even the cessation of smoking among smokers. However, the greatest difficulty in developing this program is the permanence of multi-professional team, especially in relation to medical category, because there was a lot of changes since the beginning of implementation of the program. The only professional which remained effectively and committed during the whole process was the nurse; being that the psychologist had an outstanding performance by a great period, however, by differentiated professional valuation and even salaries question, this link was recently broken

Keywords: Family Health Program, National Tobacco Control Program smoking, nicotine, cognitive-behavioral therapy, the, patient care team.

SUMÁRIO

1. Introdução	08
2. Objetivo	11
3. Metodologia	12
4. Relato da experiência do Programa de Referência do Controle do Tabagismo em Três Pontas	13
5. Programa Nacional de Controle do Tabagismo	16
5.1. Tratamento do tabagista de acordo com o Programa Nacional de Controle do Tabagismo	17
5.2. Dependência à nicotina	19
5.2.1 Tratamento da dependência à nicotina	20
5.3 Terapia Cognitivo-Comportamental	20
5.4. Epidemiologia do tabagismo	23
6. Equipe multidisciplinar	24
7. Discussão	28
8. Conclusão	30
9. Referências	31
Anexo A	35
Anexo B	37

1. INTRODUÇÃO

O tabaco é utilizado nas Américas há milhares de anos, sob diversas formas com propósitos culturais e sociais. Nas sociedades indígenas sul-americanas é parte essencial de ritos religiosos e elemento básico para os chefes espirituais, como mecanismo para exercer sua autoridade e conservar a credibilidade. Os exploradores europeus tiveram seu primeiro contato com o tabaco nas Antilhas, quando os nativos ofereceram as folhas da planta a Cristóvão Colombo. Diferentemente dos efeitos tóxicos e organolépticos buscados pelos índios, o consumo do tabaco objetiva, nas sociedades modernas da América Latina, cada vez mais o prazer social decorrente de seus efeitos estimulantes, com a instalação da dependência a longo prazo e as conseqüências crônicas para saúde. (MOREIRA *et al.*, 1995)

A produção de cigarros se inseriu em uma linha de produção industrial com o estímulo do mercado consumidor. Em decorrência, o hábito de fumar associou-se a um padrão de vida mais elevado, sofrendo a influência de modelos estereotipados, atingindo adolescentes por não terem ainda a mentalidade formada. (MOREIRA *et al.*, 1995). O tabagismo passa a ser difundido mundialmente, tornando a principal causa de doenças evitáveis e mortes prematuras. Dos cerca de 1,25 bilhões de fumantes no mundo, mais de 30 milhões são brasileiros. O fumo é responsável por 90% dos casos de câncer de pulmão e está ligado à origem de tumores malignos em oito órgãos (boca, laringe, pâncreas, rins e bexiga, além do pulmão, colo do útero e esôfago). Dos seis tipos de câncer com maior índice de mortalidade no Brasil, metade (pulmão, colo de útero e esôfago) tem o cigarro como um de seus fatores de risco (ROSEMBERG, 2003).

A má alimentação, consumo excessivo de álcool, exposição excessiva ao sol, exposição ocupacional e comportamento sexual e reprodutivo inadequado concorrem também como importantes fatores de risco de câncer e necessitam de ações específicas para o seu controle. "Em virtude disso, o Instituto Nacional do Câncer (INCA) desenvolve o Programa de Controle do Tabagismo e Outros Fatores de Risco de Câncer, que utiliza as três instâncias governamentais – federal, estadual e municipal – para treinar e apoiar os 5.527 municípios brasileiros no gerenciamento e desenvolvimento de ações do programa nas áreas da educação legislação e economia" (MILITÃO, 2007).

A experiência relatada nesse trabalho – com tabagistas – iniciou-se no município de Três Pontas em 1996 com a proposta da Gerência Regional de Saúde (GRS) /Varginha, com a intenção de formar parceria entre o Ministério da Saúde, Instituto Nacional do Câncer, com as Secretarias Municipal de Educação e Saúde.

No ano de 1998, por serem tabagistas, foram contempladas um grupo de gestantes, mães e mulheres em idade fértil que freqüentaram o NAPS (Núcleo de Apoio Psicossocial) e o Centro de Saúde Padre Vitor.

Segundo Reicher *et al.*, (2008) entre os desfechos indesejáveis da gestação em fumantes estão o risco aumentado de placenta prévia, gravidez tubária, aborto espontâneo e síndrome da morte súbita infantil. A Secretaria Municipal de Educação e de Saúde contavam com uma pedagoga e uma enfermeira, respectivamente, treinadas através da GRS de Varginha para desenvolverem este trabalho. Como parceiros e grandes colaboradores estavam psicólogos, a coordenadora dos AL-ANON (Grupos Familiares AL-ANON é um programa de doze passos para familiares e amigos de alcoólicos) e AA (Alcoólicos Anônimos) <http://www.alanon.org.br>.

Através da capacitação para multiplicadores do Programa Saber Saúde na Escola, envolvendo a rede de ensino de nosso município e profissionais das Unidades Básicas de Saúde, as escolas passaram a ser o foco central para abordagem da população jovem do ensino fundamental e médio, inserindo-os como agentes multiplicadores após capacitação especial.

O Instituto Nacional do Câncer (INCA) e o Ministério da Saúde, em 2001 promoveram treinamentos, quando houve a proposta da implantação no município de Três Pontas de um Programa de Controle do Tabagismo e Outros Fatores de Risco para o Câncer, Diabetes e Doenças Cardiovasculares com o objetivo de reduzir a incidência de fumantes. Várias foram às ações desenvolvidas com o tema “Ambiente livre do Tabaco”, na área da saúde, de educação e na comunidade local. Em 2003, o Projeto desenvolvido em nosso município foi apresentado no VII Congresso Brasileiro de Saúde Preventiva com publicação nos Anais do Congresso sob o n°PT 1157 - “Prevenção e Controle do Uso do Tabaco no grupo temático Educação e Saúde”.

No ano de 2005 o município de Três Pontas foi escolhido para fazer parte do Programa de Referência de Controle do Tabagismo do Governo Federal. Foi necessária a formação de uma equipe multidisciplinar que constava de um médico, um enfermeiro, um psicólogo e um farmacêutico-bioquímico, os quais foram treinados e sensibilizados para receberem os tabagistas em uma Policlínica central de fácil acesso a população alvo. O tratamento consistia basicamente na Terapia Cognitivo-Comportamental e as primeiras vagas foram oferecidas para os funcionários da Secretaria Municipal de Saúde, posteriormente às outras Secretarias e finalmente a população em geral.

O tabagismo tornou uma doença complexa e sua abordagem requer a integração de diversos profissionais que interagem e se potencializam para dar conta desta complexidade. Medidas farmacológicas, psicossociais, e não-medicamentosas são essenciais no tratamento do fumante (SUTHERLAND *et al.*, 2003).

Fiore *et al.* (2000) *apud* Presman (2005) afirma que diferentes tipos de profissionais de saúde parecem ser igualmente eficientes na administração de tratamentos para o tabagismo. Ao compararem a efetividade de intervenções administradas por diferentes tipos de profissionais clínicos não incluindo tratamento farmacológico, mas envolvendo intervenções psicossociais de diferentes intensidades, os resultados foram homogêneos entre os profissionais.

As estratégias para apoiar a cessação do tabagismo podem ser realizadas por qualquer integrante da equipe multidisciplinar de saúde que tenha sido adequadamente treinado para a abordagem do paciente fumante (REICHERT *et al.*, 2008).

Uma grande parte dos tratamentos para tabagismo emprega algum tipo de técnica cognitivo-comportamental. A terapia cognitivo-comportamental procura auxiliar o fumante a identificar os gatilhos relacionados ao desejo e ao ato de fumar utilizando técnicas cognitivas e de modificação do comportamento para interromper a associação entre a situação gatilho, a fissura de fumar e ao comportamento de consumo. Frequentemente, utilizam-se estratégias para lidar com estresse e afetos positivos e negativos, solução de problemas, além do manejo dos sintomas de síndrome de abstinência. Uma vez que o fumante pare de fumar, são utilizadas técnicas de prevenção de recaída (PRESMAN, CARNEIRO e GIGLIOTTI, s.d., s.p.)

2. OBJETIVO

OBJETIVO GERAL: Relatar a dificuldade da permanência dos profissionais no Programa de Controle do Tabagismo no município de Três Pontas.

OBJETIVO ESPECÍFICO:

- 1) Descrever sobre tabagismo
- 2) Efeitos da técnica cognitivo-comportamental no tratamento do fumante.
- 3) Relatar sobre a equipe multidisciplinar do Programa de Controle do Tabagismo no município de Três Pontas

3. METODOLOGIA

Este estudo consiste em um relato de experiência vivenciado no Programa de Tratamento e Controle do Tabagismo no município de Três Pontas no período de 1996 até junho de 2010. Descreve toda dificuldade vivenciada na inserção, envolvimento e rotatividade da equipe profissional. Para melhor compreender experiência vivenciada e suas dificuldades foi realizada uma revisão de literatura sobre o assunto abordado. A literatura relata sobre o tabagismo, sobre a facilidade com que os usuários apresentam na aquisição da droga pelos baixos preços dos cigarros e aceitação social, hábitos pessoais, condicionamentos psicossociais e das ações biológicas da nicotina.

O relato da experiência vivenciado no Programa Nacional de Controle do Tabagismo teve embasamento na literatura com a finalidade de descrever os motivos que levaram o Ministério da Saúde a implantar o programa, a técnica utilizada para abordagem dos usuários e a dificuldade da permanência dos profissionais na equipe multidisciplinar com consulta a base de dados SciELO e documentos oficiais publicados pelo Ministério da Saúde. Foram utilizadas as seguintes palavras-chave: tabagismo, programa nacional de controle ao tabagismo, INCA, equipe multidisciplinar e tabagismo, história do tabaco, nicotina e abordagem cognitivo-comportamental. A literatura que foi selecionada cobriu o período de 2000 a 2010. Dos artigos encontrados, foram selecionados 32 artigos, que se enquadram no objetivo da pesquisa.

4. RELATO DA EXPERIÊNCIA DO PROGRAMA DE REFERÊNCIA DO CONTROLE DO TABAGISMO EM TRÊS PONTAS.

O tabagismo é um comportamento complexo que recebe influências de estímulos ambientais, hábitos pessoais, condicionamentos psicossociais e das ações biológicas da nicotina. Esses estímulos podem ser de vários tipos, como os provenientes da publicidade, da facilidade de aquisição da droga pelos baixos preços dos cigarros e aceitação social, exemplo dos pais e de líderes fumantes, tendência pessoal a outras adições, à depressão, além da hereditariedade (Kirchenchtejn C.; Chatkin, J.M.)

Em 2005 o município de Três Pontas passa a fazer parte do Programa de Referência do Controle do Tabagismo. Na implantação já houve grande rotatividade na categoria médica, conseqüentemente, esta foi a razão para que nem todos fossem treinados para ingressar neste Programa. Dentre eles houve aquele que trouxe grande contribuição aos grupos de tabagismo por ter um caráter participativo e facilidade de interagir com o usuário, e, na tentativa de construir um grupo mais forte, introduziu um impresso com uma entrevista para o candidato que desejava participar do grupo de tabagismo. A equipe ficou mais de um ano sem o profissional médico e também sem a prescrição de medicamentos até que em Setembro/2008 o município contratou outro psiquiatra para o CAPS (Centro de Apoio Psicossocial) que assumiu também o tabagismo do município. A rotatividade permaneceu até que um pneumologista, contratado, com treinamento pelo INCA de Belo Horizonte, assumiu o Programa do Tabagismo em Julho/2010. Em Três Pontas como em outros municípios a rotatividade da categoria médica, sempre foi um desafio para a equipe do Programa Controle do Tabagismo.

Como este trabalho é realizado por uma equipe multiprofissional, outros problemas foram também emergentes. O farmacêutico-bioquímico, treinado em 2005, não assumiu o Programa, o que dificultou o controle dos medicamentos e o repasse das informações para a Gerência Regional de Saúde de Varginha, tendo sido incorporadas suas responsabilidades a outros componentes do grupo, até que foi efetivada outra contratação.

Em relação à psicóloga, logo no início, após o treinamento, foi incentivada pela enfermeira a trabalhar com o programa e o fez de forma efetiva, com compromisso e responsabilidade, se empenhando ao máximo até março de 2010 quando solicitou sua saída da equipe devido à falta de adesão ao grupo dos profissionais que interromperam muitas vezes a seqüência do trabalho desenvolvido com os pacientes (como o uso da medicação) e ainda pela diferenciação quanto à condição de trabalho dos membros da equipe multiprofissional, excesso de atividades não podendo pensar o Programa de Controle do Tabagismo com todas as suas nuances, como a disponibilidade para atualização sendo que

é um tema que envolve situações complexas. Com o desligamento da psicóloga, foi solicitada ao CAPS, uma substituição, porém não houve interesse de nenhum dos psicólogos para assumir o programa. Após a solicitação à Secretaria de Assistência Social foi dispensado durante um dia da semana o psicólogo do CRAS (Centro de Referência da Assistência Social) para o Programa do Tabagismo. Este, com experiência de ex-fumante apresentava facilidade em trabalhar com a terapia cognitivo-comportamental, além de ter uma didática de fácil compreensão pelo grupo, o que favoreceu a sua aceitação pelos usuários.

A enfermeira, foi o único profissional que permaneceu desde o início do programa, abraçou essa causa de forma responsável. Se não houvesse garra, determinação e dinamismo, o Programa Nacional de Controle do Tabagismo no município teria sido extinto. Tendo atuado como conciliadora e capaz de atitudes proativas diante de tantos obstáculos, conseguiu manter o grupo sem que os participantes pudessem perceber sobre a grande dificuldade dos profissionais em aceitarem fazer parte do programa.

De maneira geral pode-se considerar a epidemia do tabagismo como verdadeira pandemia propagada pela nicotina, substância psicoativa que exerce influência por meio de componentes farmacológicos, comportamentais, e apresenta relação significativa e positiva com os sintomas de abstinência. Essa epidemia é verificada também em nosso município, o que foi constatada durante todos esses anos de enfrentamento deste Programa. Em todas as regiões geográficas, o tabagismo conduzido pela nicotina atinge, com prevalência diversa, homens e mulheres, sendo os homens os mais atingidos. O Ministério da Saúde assumiu através do Instituto Nacional do Câncer em 1989, o papel de organizar o Programa Nacional de Controle do Tabagismo (PNCT), com ações que têm como objetivo motivar fumantes a deixarem de fumar e aumentar o acesso dos mesmos aos métodos eficazes para tratamento da dependência da nicotina.

Para atingir os objetivos de mudança da situação problemática específica, teve como alicerce a aplicação da Terapia Cognitivo-Comportamental, forma de psicoterapia a dar atenção ao impacto do pensamento sobre o afeto, o comportamento, a biologia e o ambiente. Trata-se de uma abordagem que possui metas claras e definidas, focalizada no presente, orientada para o problema e não para a personalidade do indivíduo.

Toda essa terapia e todos os esforços para que o usuário se liberte do tabagismo está vinculada a uma equipe multiprofissional que precisa comungar com as mesmas idéias e propósitos.

Segundo (,Menezes, A.M.B., 2004, s.p.)

[...] o consumo anual de cigarros por adultos no mundo aumentou da década de 1970 para 1980, estabilizando na década de 90. Os países desenvolvidos, depois de um

aumento de consumo de 1970 para 1980, mostraram alguma redução na última década. Chama atenção que os países menos desenvolvidos são aqueles que vêm sofrendo o maior aumento da década de 70 até a atual (o consumo de 800 cigarros anuais por adulto passou para 1.450).

Os prejuízos causados à saúde pelo hábito de fumar são amplamente conhecidos, sendo o seu controle considerado pela Organização Mundial da Saúde como um dos maiores desafios da saúde pública no mundo atual. O controle do vício tabágico pode fazer mais pela saúde do homem e sua expectativa de vida do qualquer outra ação preventiva isolada (HORTA, 2001).

A indústria de cigarros, premida pelas circunstâncias, lançou no mercado “pseudo-cigarros”, considerados por ela como menos tóxicos, rotulados, nos Estados Unidos, “Potencial Reduced Exposure Products” (PREPs). São produtos que “removem” substâncias cancerígenas do tabaco, notadamente nitrosaminas, as quais possuem alto potencial cancerígeno. Além de menos tóxicos, esses cigarros diminuiriam a vontade de fumar e poderiam ser úteis nos tratamentos para cessação do tabagismo. Porém, estudos com esses produtos revelam que não são reduzidos todos os tóxicos do tabaco (ROSEMBERG, 2003).

Além dos danos causados à saúde do tabagista, o fumo do tabaco é o principal poluente doméstico. Como a prevalência do hábito de fumar é alta, especialmente nas áreas urbanas dos países menos desenvolvidos, onde cerca de um terço das mulheres e quase a metade dos homens é fumante, as taxas de exposição ao fumo passivo estão entre 38 a 45% (PRIETSCH, 2002).

Fumantes passivos também sofrem os efeitos imediatos da poluição tabagística ambiental, tais como, irritação nos olhos, manifestações nasais, tosse, cefaléia, aumento de problemas alérgicos, principalmente das vias respiratórias e aumento dos problemas cardíacos, principalmente elevação da pressão arterial e angina (dor no peito). Outros efeitos a médio e longo prazo são a redução da capacidade funcional respiratória (o quanto o pulmão é capaz de exercer a sua função), aumento do risco de ter aterosclerose e aumento do número de infecções respiratórias (BRASIL, 2000).

5. PROGRAMA NACIONAL DE CONTROLE DO TABAGISMO

O Programa Nacional de Controle do Tabagismo (PNCT) tem como objetivo reduzir a prevalência de fumantes em nosso país, e a conseqüente morbimortalidade por doenças tabaco relacionadas. Para isso utiliza as seguintes estratégias: prevenção da iniciação ao tabagismo, proteção da população contra a exposição ambiental à fumaça de tabaco, promoção e apoio à cessação de fumar e regulação dos produtos de tabaco através de ações educativas e de mobilização de políticas e iniciativas legislativas e econômicas (BRASIL, 2002).

Como forma de incluir e financiar a abordagem e tratamento do tabagismo no SUS, o Ministério da Saúde publicou a Portaria SAS/MS 442/04, que criou Centros de Referência em Abordagem e Tratamento do Fumante e incluíram no Sistema de Informações Ambulatoriais do Sistema Único de Saúde (SIA/SUS), a abordagem e tratamento do fumante (BRASIL, 2004).

O Plano para Implantação da Abordagem e Tratamento do Tabagismo no SUS foi dividido nos seguintes tópicos (BRASIL, 2004):

- Rede de atenção ao tabagista;
- Capacitação;
- Credenciamento;
- Referência e contra-referência;
- Medicamentos e materiais de apoio;
- Avaliação.

Segundo o Plano, qualquer unidade de saúde ambulatorial ou hospitalar integrante do Sistema Único de Saúde (SUS), de qualquer nível hierárquico, pode fazer parte da rede de atenção ao tabagista, porém deverá ser obrigatoriamente credenciada no Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES), preenchendo os seguintes critérios:

- Não ser permitido fumar no interior da unidade;
- Contar com, no mínimo, um profissional de saúde de nível universitário, devidamente capacitado, segundo modelo preconizado pelo Programa Nacional de Controle do Tabagismo.
- Dispor de locais para atendimento individual e sessões de grupo.
- Garantir equipamentos e recursos necessários como tensiômetro, estetoscópio e balança antropométrica, para avaliação clínica do fumante. O município deve garantir também, seja local ou na referência, a realização de exames para apoio diagnóstico dos pacientes que necessitarem de avaliação complementar.

O Ministério da saúde também fornece material de apoio como o manual do participante “Deixando de fumar sem Mistérios” que possui informações e estratégias necessárias para apoiar os participantes a deixarem de fumar e na prevenção da recaída. (BRASIL, 2004).

5.1. Tratamento do tabagista de acordo com o Programa Nacional de Controle 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 de abstinência. 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 cai pela metade após um ano sem fumar. (BRASIL, 2001).

Para que o profissional de saúde possa ajudar o paciente a deixar de fumar é necessário que ele também entenda alguns fatores como a dependência da nicotina, as estratégias cognitivo-comportamentais e quando utilizar medicamentos.

Em se tratando do paciente, para ficar didaticamente mais fácil, como citado anteriormente, o programa criou o manual “Deixando de fumar sem Mistérios” dividido em quatro sessões de livros:

- Sessão 1: Entender por que se fuma e como isso afeta a saúde;
- Sessão 2: Os primeiros dias sem fumar;
- Sessão 3: Como vencer os obstáculos para permanecer sem fumar;
- Sessão 4: Benefícios obtidos após parar de fumar.

No primeiro encontro dos profissionais da saúde com os tabagistas há uma apresentação do grupo, a apresentação do manual e do programa, promove apresentações individuais, pergunta-se quanto cada um fuma, por que e fuma qual o obstáculo para parar de fumar. Nesse encontro também discute a ambivalência do fumante (o fumante quer ou não parar de fumar) então é anunciado o objetivo da Sessão 1 que é entender por que se fuma e como isso afeta a sua saúde, uma explicação de como a nicotina pode levar uma pessoa a dependência, a dependência psicológica do cigarro, as associações de cigarro com algum tipo de alimento e bebidas e os métodos para deixar de fumar que são duas:

- Parada Abrupta: Quando se para de fumar de uma hora para outra, cessando totalmente o uso do cigarro;
- Parada Gradual: Quando o fumante escolhe parar de fumar em alguns dias, que pode ser: reduzindo a quantidade de cigarros diários ou adiando a hora na qual se começa a fumar, ou seja, no primeiro dia começa a fumar às 9, no segundo às 11 e assim por diante por seis dias, no sétimo dia será a sua data para deixar de fumar.

Há também uma discussão entre o grupo sobre todos os prejuízos do tabagismo à saúde como câncer de boca, faringe, pulmão, pâncreas, bexiga, doenças cardiovasculares, enfisema pulmonar, ulcera do trato digestivo, envelhecimento precoce, os efeitos danosos da fumaça do cigarro que são: Monóxido de Carbono, nicotina e alcatrão.

Ao término desse primeiro encontro é entregue ao participante o Manual Sessão 1 para que ele possa refletir e fazer algumas tarefas como: escolher uma data para parar de fumar, escolher qual o melhor método, responder ao teste de Fagerström que avalia o grau de dependência à nicotina do fumante (BRASIL,2004). Espera-se que eles apareçam no segundo encontro sabendo quando e como vão deixar de fumar.

No segundo encontro, Sessão: “Os primeiros dias sem fumar” serão discutidos a Síndrome de Abstinência, seus principais sintomas como: desejo intenso por cigarros, tensão, formigamento ou dormência nas pernas e braços, tonturas e também como lidar com a crise. Ensina como lidar com o estresse causado pelo processo de parar de fumar, pois o esforço de concentração necessário para lembrar-se de não fumar e para resistir às múltiplas tensões de fumar é estressante. A Síndrome de Abstinência é temporária são sinais de que o corpo está voltando à vida saudável.

Exercícios de relaxamento ajudam a lidar com esse estresse e são oferecidos três formas nesse manual: exercícios de respiração profunda, exercícios de relaxamento muscular e exercícios de fantasia. Na sessão, é sempre lembrado ao paciente que ele deve pensar positivo. Procedimentos práticos ajudam a lidar com o desejo intenso “fissura”, a tensão e no ganho de peso que são: carregar alimentos de baixa caloria, vegetais crus, beber muita água, fazer exercícios físicos, recusar cigarros oferecidos por amigos, respirar profundamente, evitar tomar café, etc. A meta é ser assertivo em vez de ser passivo ou agressivo. Ao término do segundo encontro é entregue o livro da Sessão dois.

No terceiro encontro 'Como vencer os obstáculos para permanecer sem fumar', aborda uma questão muito comum entre as pessoas que param de fumar que é o ganho de peso uma vez que 25% dos fumantes ganham peso ao abandonar o vício do cigarro. (BRASIL, 2004).

É aconselhado a quem está deixando de fumar realizar refeições ligeiras com poucas calorias, sobre o álcool, levanta discussões de que ele é um agente depressor e a nicotina um estimulante, junto cria um vínculo dificultando a parada de fumar. Ao termino do terceiro encontro é entregue o livro da Sessão 3 no qual o paciente estuda todos esses fatores.

No quarto encontro "Benefícios obtidos após parar de fumar", fala dos benefícios conquistados para quem parou de fumar e dicas para permanecer sem cigarros.

Os encontros de manutenção são enriquecidos com a participação de profissionais convidados de diversas áreas: dentista, nutricionista, enfermeira, bióloga, professor de educação física, professor de yoga, médico dermatologista, fisioterapeuta e psicólogos.

5.2. DEPENDÊNCIA À NICOTINA

A dependência estabelece pela auto-administração de nicotina, substância psicoativa que exerce influência por meio de componentes farmacológicos, comportamentais, apresenta relação significativa e positiva com os sintomas de abstinência e o consumo diário de cigarros. Em 1988 foi definido que a nicotina presente no tabaco é a droga responsável pela dependência (LUPPI, 2008).

Segundo Rosemberg (2003) o grau de nicotino-dependência é geralmente avaliado pelo número de cigarros fumados por dia. Verificado não haver uniformidade dos níveis da intensidade da dependência com esse simples critério, devido a diversidades genéticas e ao comportamento do consumo de tabaco, estabeleceram-se diversos critérios para essa avaliação. São testes que apuram dados referentes à forma de consumo de cigarros. Podem fornecer informação que expressa com certa aproximação, válida na prática, a intensidade da nicotino-dependência. Um dos mais difundidos é o questionário de Fagerstrom de Nicotino-Dependência (Anexo A) usado praticamente em todos os centros de atendimento aos fumantes cuja pontuação do questionário vai de zero a dez.

Os dados que revelam alto grau de dependência (Anexo B) são: a) quando se fuma o primeiro cigarro dentro de 5 minutos após acordar de manhã; b) nos casos em que o sono é perturbado por sintomas desagradáveis, durante a noite, os quais desaparecem ao se fumar um cigarro. Quanto mais elevada à pontuação, mais intensa é a dependência, o tratamento exige maior atuação e mais freqüentes são as recaídas, voltando-se a fumar. A prática vem demonstrando que os fumantes, com pontuação de zero a três, constituem cerca de 50% do total de tabagistas. Nesses, a dependência é baixa, e para que deixem de fumar, geralmente, basta uma abordagem mínima e as recaídas são poucas. Cerca de 45% dos fumantes têm dependência maior, necessitando tratamentos, às vezes com suporte psicológicos e as recaídas são freqüentes. O restante, 5%, tem nicotino-dependência incoercível, geralmente associado a alcoolismo, estresse e psicopatias. O tratamento oferece poucos resultados favoráveis (ROSEMBERG, 2003).

5.2.1. Tratamento da dependência à nicotina

A maioria das recaídas após um período de abstinência de cigarros está relacionada a situações de estresse psicossocial; muitas estão relacionadas também à presença de outros fumantes no ambiente. Lidar com o dependente do tabaco requer a adoção de uma perspectiva genuinamente integrada que inclua o biológico, o psicológico e o social, sem distinção de prioridade. (PRESMAN, 2005).

Para Haggstram (2001), devido ao novo entendimento do vício tabágico e ao surgimento de novas drogas, as possibilidades de sucesso nas tentativas de abandono do fumo aumentaram significativamente. Em face das inúmeras alternativas atuais para o tratamento do tabagismo, os institutos especializados recomendam que todos os pacientes que começam a participar de programa de apoio ao abandono do tabagismo devam receber terapia de reposição nicotínica ou tratamento com bupropiona, de acordo com o grau de dependência que apresentam.

O Ministério da Saúde assumiu através do Instituto Nacional de Câncer em 1989, o papel de organizar o Programa Nacional de Controle do Tabagismo (PNCT).

As ações para promover a cessação do tabagismo que integram o PNCT, têm como objetivo motivar fumantes a deixarem de fumar e aumentar o acesso dos mesmos aos métodos eficazes para tratamento da dependência da nicotina. (BRASIL, 2004).

5.3. Terapia cognitivo-comportamental

Pesquisas internacionais mostram que em torno de 80% dos fumantes querem parar de fumar, apenas 3% desses o conseguem sem qualquer tipo de apoio formal. Estima-se que o acesso dos fumantes aos tratamentos existentes podem aumentar as taxas de abstinência depois de um ano a partir da cessação para 20 a 30%. O método da abordagem cognitivo-comportamental é o mais utilizado no tratamento das dependências químicas em geral. Consiste na mudança de hábitos para facilitar a mudança de comportamento (OTERO *et al.*, 2006).

A Terapia Cognitivo-Comportamental surgiu em 1960, devido à insatisfação de alguns pesquisadores quanto aos conceitos da Terapia Comportamental (RANGÉ, 2001), já que esta nega o psiquismo, e apenas vê o sujeito como sendo determinado pelo ambiente, sua genética, história de vida, cultura, e também, por autores como Albert Ellis e Aaron Beck estarem insatisfeitos com as teorias psicanalíticas.

Para Banaco (2001), a Terapia Cognitivo-Comportamental teve um grande crescimento nos últimos 20 anos, sendo uma das primeiras formas de psicoterapia a dar atenção ao impacto do pensamento sobre o afeto, o comportamento, a biologia e o ambiente. Hoje em dia é descrita como uma abordagem que possui metas claras e definidas, focalizada no presente, é orientada para o problema e não para a personalidade do indivíduo sendo estruturada e diretiva para atingir seus objetivos de mudança da situação problemática específica. Para isso, baseia-se em um modelo educacional em que se objetiva ensinar ao indivíduo recursos para lidar sozinho com novas situações com as quais se defronte no futuro.

Sendo uma abordagem classificada como mentalista considera os fatores cognitivos como os principais fatores envolvidos na etiologia dos problemas do indivíduo e de seus transtornos. A abordagem comportamental valoriza os fatores ambientais e a forma como se dá a interação de um organismo com o meio.

De acordo com Rangé e Souza (1998), esta forma de terapia propõe que os transtornos psicológicos decorrem de um modo distorcido ou disfuncional de perceber os acontecimentos, influenciando assim o afeto e o comportamento. Isso mostra que não são os pensamentos que causam os problemas emocionais, mas eles moldam e mantêm as emoções disfuncionais, independente de suas origens. Sendo assim, o modo como as pessoas se sentem está associado ao modo como elas interpretam e pensam sobre uma situação.

Uma das propostas da abordagem é corrigir as distorções cognitivas que estão gerando problemas ao indivíduo e fazer com que este desenvolva meios eficazes para enfrentá-los. As distorções cognitivas são modos distorcidos de enxergar a realidade. Para tanto são utilizadas técnicas cognitivas que buscam identificar os pensamentos automáticos,

testar estes pensamentos e substituir as distorções cognitivas; e as técnicas comportamentais, empregadas para modificar condutas inadequadas relacionadas ao problema em questão.

Os principais conceitos da Teoria Cognitivo-Comportamental são baseados em pensamentos automáticos, crenças intermediárias e crenças centrais.

Os pensamentos automáticos são experiências comuns a todas as pessoas. Eles surgem espontaneamente, não são embasados em reflexão e passam pela mente de forma despercebida.

Estes pensamentos causam algum tipo de emoção no indivíduo. E este, com frequência estão mais cientes da emoção que sente do que do pensamento em si. Quando o indivíduo possui algum transtorno psicológico, estes pensamentos são frequentemente compostos de conteúdos negativos, apontando que o indivíduo interpreta acontecimentos neutros ou positivos de sua vida de forma negativa. (BECK, 1997).

O pensamento automático, involuntário, é o que determina a intensidade da emoção e do comportamento. Dar evidências a favor do pensamento automático negativo é fácil. A proposta da Terapia Cognitivo-Comportamental é intervir nas cognições.

Aprendendo a identificar os pensamentos automáticos, o indivíduo irá avaliá-los para então modificá-los. Modificando os pensamentos automáticos, podemos então modificar suas crenças. (BECK, 1997)

As crenças intermediárias correspondem ao segundo nível de pensamento e não são diretamente relacionadas às situações, ocorrendo sob a forma de suposições, regras e atitudes. As suposições são caracterizadas por um estilo condicional de pensamento.

Essas crenças pressupõem que, desde que determinadas regras, normas e atitudes sejam cumpridas (Ex.:“Se eu fumar este cigarro, vou conseguir dormir bem ”), não haverá problemas e o indivíduo se mantém produtivo e emocionalmente estável. Porém, se, por algum motivo suas crenças intermediárias não estão sendo cumpridas de acordo com o que deseja, o indivíduo torna-se vulnerável ao problema em questão.

As crenças intermediárias refletem idéias ou entendimentos mais profundos e são mais resistentes à mudança do que os pensamentos automáticos. Constituem uma forma que o indivíduo encontra para reduzir o sofrimento que a crença central provoca (FALCONE, 2001).

As crenças centrais são desenvolvidas pelas pessoas desde a sua infância a partir de experiências marcantes ou situações traumáticas, que acabam por se tornar verdades

absolutas por elas quando adultas, como se não existisse outra possibilidade. De acordo com Falcone (2001) constituem o nível mais profundo da estrutura cognitiva e são compostas por idéias rígidas e absolutistas que o indivíduo tem sobre si mesmo, sobre os outros e sobre o mundo. Dessa forma, são as mais difíceis de serem alteradas elas deveriam ser o foco a ser trabalhado com o indivíduo, mas esse inicia-se com os pensamentos automáticos, já que é mais fácil para o indivíduo identificá-los e modificá-los; depois é trabalhado as crenças intermediárias e então, inicia-se o trabalho com as crenças centrais.

Neste sentido, sendo o trabalho na abordagem cognitivo-comportamental baseada na estrutura que, um pensamento gera um sentimento que induz a um comportamento possui seu foco no esclarecimento e modificação das distorções que ocorrem nos pensamentos. Estas distorções são responsáveis pelos sentimentos negativos e que resultam em condutas inadequadas ou causadoras de sofrimento.

Como os sentimentos e os comportamentos são determinados pela maneira que o indivíduo estrutura e interpreta o mundo, como ele pensa, de acordo com suas crenças, torna-se necessário não só ao sujeito analisar suas crenças para modificá-las, mas também aprender como se faz isso sozinho, sempre que se deparar com alguma dificuldade. E este é um dos princípios da terapia cognitivo-comportamental: ensinar o indivíduo ser seu próprio terapeuta, pois várias serão as dificuldades que ele poderá se deparar ao longo de sua vida, porém sabendo as técnicas adequadas, ele possuirá ferramentas para trabalhá-las de maneira mais saudável.

O aconselhamento ajuda a identificar as situações em que o tabagista busca o cigarro por um comportamento (após as refeições, ao tomar café, em reuniões com amigos, para criar entre outras) ou circunstâncias emocionais (ansiedade, aborrecimentos, decepções). Com base disso, o fumante aprende com a equipe multidisciplinar estratégias para quebrar o vínculo entre esses fatores e o ato automático de fumar. (BALBANE, MONTOVANI, 2005).

5.4. Epidemiologia do Tabagismo

Dados do Ministério da Saúde apontam que no Brasil, cerca de 63% dos homens e 33% das mulheres adultas fumam cigarro, dentre esses, os com menores condições socioeconômicas e níveis educacionais fumam mais. O cigarro brasileiro tem o preço muito baixo, sendo o sexto mais barato do mundo em comparação com países desenvolvidos e

em desenvolvimento, tornando-o um produto de acesso físico simples, facilitando a iniciação entre crianças e adolescentes (BRASIL, 2003).

De maneira geral pode-se considerar a epidemia do tabagismo como verdadeira pandemia propagada pela nicotina que é sua principal propagadora. Em todas as regiões geográficas, o tabagismo conduzido pela nicotina atinge, com prevalência diversa, homens e mulheres. Os homens são mais atingidos. Porém, nos últimos decênios, a prevalência de fumantes mulheres está progredindo e, em algumas regiões, aproximando-se, igualando-se e até ultrapassando os homens. A característica geral, dramática do tabagismo, é sua alta letalidade (ROSEMBERG, 2003).

De acordo com Menezes (2004) os pontos-chave sobre a epidemiologia do tabagismo seguem da seguinte forma:

No mundo:

- As tendências de tabagismo no mundo mostram aumento;
- Grupos em que tem havido maior aumento da prevalência de tabagismo: mulheres e jovens;
- Um terço da população mundial com 15 anos ou mais é fumante;
- Atualmente, morrem no mundo cinco milhões de pessoas por doenças tabaco-relacionadas;
- O tabagismo está inversamente associado a nível socioeconômico no Brasil.
- Um terço da população adulta é fumante;
- Há evidências de que houve redução da prevalência de tabagismo entre adultos, nos últimos anos;
- As maiores reduções do tabagismo têm ocorrido nas classes sociais mais altas;
- Cerca de 200.000 óbitos por ano são atribuíveis ao tabaco.
- Tem havido aumento da prevalência de tabagismo em grupos específicos, como mulheres e jovens;

6. Equipe multidisciplinar

Os programas de cessação de fumar mais documentados são estruturados com base na atuação de equipe multiprofissional associando abordagem cognitivo-comportamental à reposição de nicotina e bupropiona (HORTENSE *et al.*, 2008).

Para atingir toda a população, as ações previstas pelo INCA escoam dentro de um processo de descentralização que utiliza o sistema de gerência do SUS em parceria com os estados e municípios. Neste processo, o INCA capacita os recursos humanos das equipes coordenadoras dos estados (secretarias estaduais de Saúde e Educação), que, por sua vez, capacitam as equipes coordenadoras dos municípios (secretarias municipais de Saúde e Educação), para desenvolverem atividades de coordenação/gerência operacional e técnica do Programa. Estes últimos capacitam os profissionais em seus locais de trabalho, ou seja, nas unidades de saúde, ambientes de trabalho e escolas, respectivamente (BRASIL, 2001).

A capacitação profissional obedece a quatro níveis distintos de atuação:

- Nível 1** – criação da infra-estrutura física e política, e desenvolvimento de ações pontuais;
- Nível 2** – implementação das ações contínuas em escolas, unidades de saúde e ambientes de trabalho;
- Nível 3** – implementação de um sistema de monitoramento e avaliação de modo a desenvolver um Sistema Nacional de Informação sobre Fatores de Risco de Câncer;
- Nível 4** – apoio a medidas legislativas e econômicas, e estabelecimento de Centros de Tratamento da Dependência à Nicotina.

No município de Três Pontas a capacitação aconteceu na implantação do Programa, mas a maioria dos profissionais treinados não permaneceu. Os novos profissionais não receberam a capacitação oficial do INCA e sim, materiais didáticos para conhecimento e estudo sobre o assunto. É extremamente importante que a equipe seja sempre a mesma porque o fumante sente mais confiança refletindo positivamente no processo de cessação de fumar (BALBANI, MONTOVANI, 2005, AZEVEDO *et al.*, 2008).

A motivação é uma condição imprescindível para iniciar o tratamento e sua carência praticamente elimina as expectativas de abstinência. O estilo do profissional também pode influenciar o fumante a se motivar, sendo valorizados a afetuosidade, a autenticidade, o respeito e a empatia (REICHERT *et al.*, 2008). A empatia é a aceitação do cliente, entendendo seu processo sem julgá-lo e escutando-o de forma reflexiva que reforça a crença do cliente na própria capacidade de mudança (MAZONI *et al.*, 2008).

Dessa forma, faz-se necessário motivar os tabagistas para mudança do seu comportamento aditivo, conscientizando-os sobre o potencial benefício do tratamento e disponibilizar profissionais capacitados para indicar o tratamento mais eficaz de forma personalizada (MAZONI *et al.*, 2008).

Os profissionais da equipe multidisciplinar de saúde devem ser adequadamente treinados para a abordagem do paciente fumante porque este irá passar por várias fases como:

- Momento da fissura: o cliente é orientado a utilizar de substitutos da gratificação oral como beber água, chupar gelo, escovar os dentes, mordiscar tiras de cenoura, morder cavaco de canela, chupar cravo da Índia e cristais de gengibre entre outros.
- Síndrome da abstinência: o paciente é orientado pelo profissional capacitado que a insônia, irritabilidade, sudorese, tontura, dor de cabeça e nervosismo são sintomas da abstinência da nicotina e ele aprende que é uma fase transitória. Diante do conhecimento desses sintomas o cliente, sentindo-se mais seguro em relação à síndrome da abstinência e adquirindo melhor autocontrole, é orientado a fazer exercícios de relaxamento, atividades físicas.
- Recaída: o cliente é orientado pelo profissional da equipe multidisciplinar a evitar aquilo que o convida a fumar (café, bebida alcoólica e doces) substituindo por chá, sucos e água. Este é aconselhado a não fumar diante ao enfrentamento de problemas se utilizando de técnicas específicas para não recaída. É importante que os profissionais da equipe multidisciplinar saibam quais são as opções terapêuticas para a dependência da nicotina. O conhecimento científico aliado a sensibilidade e perspicácia permitirão aos profissionais abordar os tabagistas da forma mais adequada e cativante, a fim de motivá-los a parar de fumar diminuir os sintomas desagradáveis da abstinência e evitar a recaída. (BALBANE, MANTOVANI, 2005).
- Ambivalência: o participante do grupo mesmo sabendo das co-morbidades graves e incapacitantes permanece em conflito e em dúvida ora quer parar de fumar ora não. Daí a importância da terapia cognitivo-comportamental. Um conjunto de ações (acolhimento, escuta, respeito, compreensão, demonstração de tranquilidade, redução da angústia) por parte do profissional é fundamental para compreender o universo ambivalente vivenciado pelo fumante. (REICHERT *et al.*, 2008).
- Angústia: a cessação de fumar significa para o fumante uma mudança de vida, de comportamento, a ser mais assertivo. O profissional psicólogo tem métodos para abordagem desta situação e alguns casos são necessários a prescrição de medicamentos.
- Insegurança do ganho de peso: o cigarro não dá prazer do sabor dos alimentos porque as papilas gustativas estão impregnadas de nicotina e esta reduz o apetite. Com a cessação do tabagismo ele passa a saborear os alimentos, descobre novos sabores e começa a se alimentar em maiores quantidades e sem distinção de qualidade. Conseqüentemente haverá ganho de peso devido ao aumento do consumo dos alimentos e por causa da readaptação metabólica do organismo. Daí o

profissional nutricionista intervém com orientações diversas, como alimentos de baixa caloria, número ideal de refeições e reeducação alimentar.

Intervenções farmacológicas e comportamentais como propostas por Fiore et al., (2000) têm sido propostas na tentativa de auxiliar indivíduos a pararem de fumar. Embora 70% dos fumantes manifestam desejo de parar de fumar, somente 5% consegue fazê-lo sem o auxílio de profissionais de saúde (MAZONI *et al.*, 2005, AZEVEDO *et al.*, 2008). A intenção é aumentar a taxa de sucesso de abstinência. Pode-se observar que a abordagem multiprofissional no tratamento do tabagismo, além de prevenir e identificar as doenças tabaco-relacionadas, auxilia no controle da doença de base, além de promover mudanças de hábitos (alimentares e de atividade física); a reestruturação cognitiva, promovendo mudanças comportamentais; a redução do sedentarismo e melhora da condição cardiorrespiratória (COSTA *et al.*, 2006).

7. DISCUSSÃO

Segundo o Ministério da Saúde (BRASIL, 2004), o tabagismo é considerado pela Organização Mundial da Saúde (OMS) a principal causa de morte evitável em todo o mundo. Estima-se que um terço da população mundial adulta seja fumante. Pesquisas comprovam que aproximadamente 47% de toda a população masculina e 12% da população feminina no mundo fumam. Enquanto nos países em desenvolvimento os fumantes constituem 48% da população masculina e 7% da população feminina, nos países desenvolvidos a participação das mulheres mais do que triplica: 42% dos homens e 24% das mulheres têm o comportamento de fumar.

O total de mortes devido ao uso do tabaco atingiu a cifra de 4,9 milhões de mortes anuais, o que corresponde a mais de 10 mil mortes por dia. Caso as atuais tendências de expansão do seu consumo sejam mantidas, esses números aumentarão para 10 milhões de mortes anuais por volta do ano 2030, sendo metade delas em indivíduos com idade produtiva (entre 35 e 69 anos) (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2003).

Nesse contexto, o INCA desenvolve papel importante como Centro Colaborador da Organização Mundial da Saúde (OMS) para o Programa "Tabaco ou Saúde" na América Latina, cujo objetivo é estimular e apoiar políticas e atividades controle do tabagismo nessa região.

O tratamento do fumante está entre as intervenções médicas que apresentam as melhores relações custo-benefício. As estimativas de custo-benefício de uma breve abordagem do fumante pelo médico mostram que se apenas 2,7% a 3,7% dos fumantes deixassem de fumar através dessa abordagem, o custo estimado por ano de vidas salvas seria da ordem de U\$ 748,00 a U\$ 2020, 00, bastante inferior ao custo do tratamento da hipertensão arterial leve a moderada (U\$ 11.300,00-U\$ 24.408,00), da hipercolesterolemia (U\$ 65.511,00-U\$108.189,00) e o do infarto (U\$ 55.000,00). (BRASIL, 2001).

Nas últimas décadas, houve um grande avanço no uso clínico da Terapia Cognitivo-Comportamental (TCC) aplicada a diversos transtornos psiquiátricos como transtorno de ansiedade; transtorno de personalidade; transtornos alimentares; diversas situações de crise e transtornos relacionados ao uso de substâncias psicoativas. Esse interesse sobre TCC se deve aos resultados promissores de pesquisas controladas que confirmaram sua eficácia para o tratamento da depressão quando comparada a grupos-controles. A partir de então, a Terapia Cognitivo-Comportamental (TCC) foi pesquisada para outros transtornos mentais e

mostraram-se eficazes, em vários estudos clínicos, para o tratamento da dependência química e dos outros transtornos psiquiátricos (SILVA e SERRA, 2004).

Segundo Mazoni *et al.*, (2008) relata que somente 5% dos fumantes conseguem parar de fumar sozinho de 70% que manifestam o desejo de cessar o vício.

De acordo com Costa *et al.*, 2006 a abordagem multiprofissional no tratamento do tabagismo além de prevenir e identificar as doenças tabaco-relacionadas, auxilia no controle da doença de base, promove mudanças de hábitos alimentares, de atividade físicas e comportamentais, melhora a condição cardiorrespiratória.

Conforme Richert e Mazoni *et al.*, (2008), o acolhimento e a escuta qualificada por parte dos profissionais motiva e conscientiza os pacientes sobre o potencial benefício do tratamento ao tabagista. Este passará por várias fases durante o ato de parar de fumar como o momento da fissura, síndrome da abstinência, recaída, ambivalência, angústia e insegurança do ganho de peso, sendo assim, essencial o treinamento adequado da equipe para lidar com as diversas situações.

Balbani e Mantovani (2005) e Azevedo *et al.* (2008) afirmam que é de fundamental importância que a equipe multidisciplinar permaneça sempre a mesma para que o fumante sinta mais confiança na cessação do tabagismo. Porém não é o que acontece, pois a rotatividade dos profissionais é alta, talvez seja pela falta de estrutura ou mesmo pela falta de remuneração para atender o programa.

8. CONCLUSÃO

Diante da complexidade da doença tabágica são necessárias atividades de educação continuada para que os profissionais de saúde tomem consciência sobre a importância de sua participação efetiva no controle da pandemia do tabagismo, visto que é uma causa de morte evitável e um fator de risco para doenças que levam à morte como o infarto do miocárdio, acidente vascular cerebral e doença pulmonar obstrutiva crônica.

A primeira ação será a padronização do aconselhamento ao tabagista seja na forma individual ou em grupo, e é essencial que este sinta confiança, tenha empatia, e crie laços estreitos para com o profissional. No caso do Programa Nacional de Controle do Tabagismo é importante que a equipe multiprofissional permaneça estruturada, sem rotatividade de profissionais, pois isto reflete em melhores resultados no tratamento. A eficácia desta abordagem é diretamente proporcional ao tempo de permanência com o usuário, quanto maior tempo de tratamento mais eficaz se mostra.

Mulheres são em maior número no grupo de tratamento e em adesão. Por isso é importante desenvolver uma abordagem diferenciada para o gênero. Outra ação será melhorar as condições do espaço físico em que as sessões acontecem já que ambientes adequados encorajam tabagistas a cessar de fumar.

Intervenções psicossociais não medicamentosas são essenciais no tratamento do fumante. Os familiares e amigos são aqueles que convivem com o tabagista e suas angústias, recaídas, irritabilidade entre outras. É importante que sejam informados para lidar com estas situações que o tabagista irá apresentar.

Em ambiente hospitalar, os pacientes tabagistas internados mostram-se mais sensíveis à abordagem para a cessação do tabaco. A equipe multiprofissional do Programa Nacional de Controle do Tabagismo irá intervir neste ambiente capacitando os profissionais para abordagem destes pacientes.

Diante de um problema social é evidente que medidas devam ser tomadas pelos órgãos competentes como Secretaria Municipal de Saúde, a Vigilância Sanitária, para que o Programa de Tratamento e Controle do Tabagismo alcance seu objetivo e meta com uma reestruturação da equipe e que esta comece a construir uma relação de co-responsabilização pelas ações a serem desenvolvidas.

9. REFERÊNCIAS

ARAUJO, A.J. et al. Cap 6 *In* VIEGAS C.A.A (Coord).Diretrizes para Cessação do Tabagismo. **J. bras. pneumol.** 2004, vol.30, suppl.2, pp. S1-S76. ISSN 1806-3713. Available from: http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1806-37132004000800002&script=sci_arttext. Acesso em: 18 Set. 2010.

AZEVEDO, R. C. S, *et al.* Atenção aos tabagistas pela capacitação de profissionais da rede pública. **Rev Saúde Pública**; 42(2): 353-5, 2008. Available from: <http://www.scielo.org/scielo.php?pid=S0034-89102008000200022&script=sci_arttext>. Acesso em: 12 de Jul. 2010.

BALBANI, A.P.S, MONTOVANI, J.C. Métodos para abandono do tabagismo e tratamento da dependência da nicotina. **Rev. Bras. Otorrinolaringol.** V.71, n.6,820-7, nov./dez.2005. Available from: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-72992005000600021&lng=pt&nrm=isso&userID=-2>. Acesso em 10 Jul. 2010.

BANACO, R. A. **Sobre Comportamento e Cognição: aspectos teóricos, metodológicos e de formação em análise do comportamento e terapia cognitivista.** Santo André: ESERec, 2001.

BECK, J.S. **Terapia Cognitiva: Teoria e Prática.** São Paulo: Artmed, 1997.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Plano de Implantação da Abordagem e Tratamento do Tabagismo na Rede SUS:** Brasília, Distrito Federal: INCA, 2004. Disponível em: http://www.inca.gov.br/tabagismo/publicacoes/plano_abordagem_sus.pdf. Acesso em: 3 Nov. 2009.

BRASIL. **Portaria GM/MS/ N.º 1.575, de 29 de agosto de 2002.** Consolida o Programa Nacional de Controle de Tabagismo, e dá outras providências. Diário Oficial da União: Brasília, DF, 3 set. 2002. Seção 1, p.42-47. Disponível em: www.saude.mg.gov.br/.../Portaria%20GM%20MS%201575%20FUMO%20-%2029%20de%20agosto%20de%202002.pdf. Acesso em: 10 Nov. 2009.

BRASIL. Ministério da Saúde. Instituto Nacional do Câncer-INCA. Coordenação de Prevenção e Vigilância (CONPREV). **Abordagem e Tratamento do Fumante,** Consenso 2001. Rio de Janeiro: INCA, 2001. Disponível em: www.inca.gov.br/tabagismo/publicacoes/tratamento_consenso.pdf. Acesso em:14 Nov.2009.

BRASIL. Ministério da Saúde. Instituto Nacional de Câncer/Fundação Getúlio Vargas. Cigarro Brasileiro. **Análises e Propostas para Redução do Consumo.** Rio de Janeiro, 2000. Disponível em: <http://www.inca.gov.br/tabagismo/frameset.asp?item=atento&link=doencas.htm> Acesso em: 18 Jan.2010.

BRASIL. Ministério da Saúde. Instituto Nacional de Câncer-INCA. **Programa Nacional de Controle do Tabagismo e Outros Fatores de Risco de Câncer.** Rio de Janeiro,

2010. Disponível em: http://www.inca.gov.br/conteudo_view.asp?id=139. Acesso em 20 Mar.2010.

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

Disponível em:

http://www.fef.unicamp.br/departamentos/deafa/qvaf/livros/livros_texto_qi_saude_coletiva_af/saude_coletiva/saude_coletiva.pdf. Acesso em: 17 Fev. 2010.

BRASIL. Ministério da Saúde. Instituto Nacional do Câncer-INCA. **Tabagismo: Dados e Números**. Brasília, Distrito Federal, 2004. Disponível em: www.inca.gov.br/tabagismo. Acesso em: 17 Fev. 2010.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Instituto Nacional de Câncer. Coordenação de Prevenção e Vigilância. **Deixando de fumar sem mistérios: como vencer os obstáculos para permanecer sem fumar**. 2 ed. Ver.,2. reimp.- Rio de Janeiro: 2008. Disponível em:

www.inca.gov.br/tabagismo/.../novo_manual_participante_03.pdf. Acesso em:15 Jan. 2010.

COSTA, A. A. *et al.* Programa Multiprofissional de Controle do Tabagismo: aspectos relacionados a abstinência de longo prazo. **Revista SOCERJ** set/out vol 19 nº5, p.397-402, 2006. Disponível em:

<http://www.sociedades.cardiol.br/socerj/revista/2006_05/a2006_v19_n05_art04.pdf. Acesso em 11 Jul. 2010.

COSTA e SILVA, V. L.; ROMERO, L. C. Programa nacional de combate ao fumo: plano de trabalho para o período 1988-2000. **Rev. Bras. Cancerol.**: [s.l], v. 34, 1988. Disponível em: Available from:[http:// www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S003489101995000100008](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S003489101995000100008). Acesso em: 30 Set. 2010.

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

FIORE, M.C.; BAILEY, W.C.; COHEN, S.J. – **Treating Tobacco Use and Dependence. Clinical Practice Guideline**. Rockville, MD: U.S. Department of Health and Human Services.Public Health Service. June 2000 *apud* PRESMAN, S.; CARNEIRO, E.; GIGLIOTTI, A. Tratamentos não-farmacológicos para o tabagismo. **Rev. psiquiatr. clín.**, São Paulo, v. 32, n. 5, Oct. 2005.

HAGGSTRAM, F.M. *et al.* Tratamento do tabagismo com bupropiona e reposição nicotínica. **J. Pneumologia**, São Paulo, v. 27, n. 5, Sept. 2001 . Disponível em<http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-35862001000500005+HAGGSTRAM,+F.M.+Tratamento+do+tabagismo+com+bupropiona+e+reposi%C3%A7%C3%A3o+nicot%C3%ADnica.+J.+Pneumologia,+S%C3%A3o+Paulo,+v.+27,+n.+5,+Sept.+2001&cd=1&hl=pt-BR&ct=clnk&gl=br. Acesso em 11 Set. 2010.

HORTA, B.L. *et al.* . Tabagismo em adolescentes de área urbana na região Sul do Brasil. **Rev. Saúde Pública**, São Paulo, v. 35, n. 2, Apr. 2001 . Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/rsp/v35n2/4400.pdf>. Acesso em: 9 Nov. 2009.

MAZONI, C. G. *et al.* A eficácia das intervenções farmacológicas e psicossociais para o tratamento do tabagismo: revisão da literatura. **Estudos de Psicologia**, 13(2), 136-140, 2008. Disponível em <http://redalyc.uaemex.mx/redalyc/pdf/261/26113602005.pdf>. Acesso em: 12 Jul. 2010.

MENEZES, A.M.B. Epidemiologia do tabagismo (Cap 1). In: VIEGAS C.A(Coord).Diretrizes para Cessação do Tabagismo. **J. bras. pneumol.** 2004, vol.30, suppl.2, pp. S1-S76. ISSN 1806-3713. Available from: http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1806-37132004000800002&script=sci_arttext. Acesso em : 10 Set. 2010.

MILITÃO, F. Morro da Fumaça participa do Programa Nacional de Controle ao Tabagismo. Blog de 27 Jul.2007. Disponível em: http://morrodafumaca.blogspot.com/2007_07_01_archive.html. Acesso em:10 Dez. 2010.

KIRCHENCHTEIP C.; CHATKIN, J. M. Dependência da nicotina (Cap.3). In: VIEGAS C.A(Coord).Diretrizes para Cessação do Tabagismo. **J. bras. pneumol.** 2004, vol.30, suppl.2, pp. S1-S76. ISSN 1806-3713. Available from: http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1806-37132004000800002&script=sci_arttext. Acesso em : 10 Set. 2010.

Formatado: Inglês (Estados Unidos)

LUPPI, C.H.B. et al. Perfil tabágico segundo teste de dependência em nicotina. **Rev. Ciência em Extensão**: São Paulo, v. 4, n 1, 2008. Disponível em: http://ojs.unesp.br/index.php/revista_proex/article/view/18/8. Acesso em: 10 Nov. 2009.

PRIETSCH, Silvio O. M.*et al.* Doença aguda das vias aéreas inferiores em menores de cinco anos: influência do ambiente doméstico e do tabagismo materno. **Jornal de Pediatria**: Rio Grande do Sul, v. 78, nº 5, 2002. Disponível em: www.scielo.br/pdf/jped/v78n5/7805415.pdf .Acesso em: 15 Jun 2010.

PRESMAN, S.; CARNEIRO, E.; GIGLIOTTI, A.. Tratamentos não-farmacológicos para o tabagismo. **Rev. psiquiatr. clín.**, São Paulo, v. 32, n. 5, Oct. 2005. Disponível em : http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0101-60832005000500004%26script=sci_arttext+Tratamentos+n%C3%A3o-farmacol%C3%B3gicos+para+o+tabagismo.+Rev.+psiquiatr.&cd=1&hl=pt-BR&ct=clnk&gl=br. Acesso em: 15 Jun 2010.

RANGÉ, B. **Psicoterapias Cognitivo-Comportamentais: um diálogo com a psiquiatria**. Porto Alegre: Artmed, 2001.

RANGÉ, B.; SOUZA, C.R. Terapia Cognitiva. In: CORDIOLI, A. V. **Psicoterapias: Abordagens atuais**. Porto Alegre: Artmed, 1998.

REICHERT *et al.* Diretrizes para a cessação do tabagismo. **J. bras. Pneumol.** vol.34 no.10. São Paulo Oct. 2008. Available from: <http://www.scielo.br/pdf/jbpneu/v34n10/v34n10a14.pdf> . Acesso em: 10 Jul. 2010.

ROEMER, R. Acción legislativa contra la epidemia mundial de tabaquismo. **Rev Esp Salud Pública**: Genebra, v. 70, n 1, fev. 1996. 330 p. Disponível em: www.sensefums.com/biblioPublic/.../recursos.../70_1_071.pdf . Acesso em: 20 Abr 2010.

ROSEMBERG, J. **Nicotina: Droga Universal**. São Paulo:SES/CVE, 2003. 239 p. Disponível em: <http://www.inca.gov.br/tabagismo/publicacoes/nicotina.pdf> Acesso em: 10 Nov. 2009

SILVA, C. J.; SERRA, A.M. Terapias Cognitiva e Cognitivo-Comportamental em dependência química. **Rev. Bras. Psiquiatr.** v.26 supl.1 São Paulo, Maio 2004.

Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1516-44462004000500009&lng=en&nrm=iso&tlng=pt. Acesso em: 14 Jul. 2010.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **Mundo sem Tabaco. Tabaco e pobreza: um círculo vicioso**, [s.n],[s.l.], 2003. Disponível em: www.inca.gov.br/tabagismo. Acesso em: 10 Jun 2010.

ANEXO A

Avaliação do grau de dependência à nicotina: Teste de Fagerström

1. Quanto tempo após acordar você fuma o seu primeiro cigarro?

Dentro de 5 minutos = 3

Entre 6-30 minutos = 2

Entre 31-60 minutos = 1

Após 60 minutos = 0

2. Você acha difícil não fumar em lugares proibidos, como igrejas, bibliotecas, cinemas, ônibus, etc.?

Sim = 1

Não = 2

3. Qual cigarro do dia 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

Conclusão sobre o grau de dependência:

0 – 2 pontos = muito baixo

3 – 4 pontos = baixo

5 pontos = médio

6 – 7 pontos = elevado

8 – 10 pontos = muito elevado

Uma soma acima de 6 pontos indica que, provavelmente, o paciente sentirá desconforto (síndrome de abstinência) ao deixar de fumar.

Fonte: BRASIL, 2001, p.24

ANEXO B-

Graus de nicotino-dependência e sua percentagem de freqüência segundo a pontuação do Teste de Fagerström.

0-1 – Cerca de 20% - fraca nicotino-dependência e leves sintomas da Síndrome de Abstinência (SA). Esses fumantes raramente precisam de ajuda para abandonar o tabaco.

2-3 – Cerca de 30% - certo grau de nicotino-dependência. Podem ocorrer sintomas mais acentuados da SA. Com alguma freqüência há abandono espontâneo do tabaco. O tratamento é de ajuda.

4-5 – Cerca de 30% - a nicotino-dependência é acima da média. Fracos sintomas de SA. Com freqüência, o tratamento obtém resultados positivos.

6-7 – Cerca de 15% - a nicotino-dependência é intensa, assim como também a SA. Os danos à saúde são elevados. O tratamento deve ser mais enérgico e mais prolongado que o geralmente recomendado. É indicado suporte psicológico, particularmente quando há estresse e alto consumo de álcool.

8-10 – Cerca de 5% - a nicotino-dependência é incoersível e é grave o quadro da SA.

Fonte: BRASIL, 2001, p.24