

UNIVERSIDADE FEDERAL DO PARANÁ

DORCI GONCALVES BARBOSA

ESTRATEGIA DA SESSÃO DO TABAGISMO DA UNIDADE BÁSICA DE SAÚDE BAIRRO
NOVO DA SECRETARIA MUNICIPAL DE CURITIBA NO ANO DE 2019

CURITIBA

2019

DORCI GONCALVES BARBOSA

ESTRATEGIA DA SESSÃO DO TABAGISMO DA UNIDADE BÁSICA DE SAÚDE BAIRRO
NOVO DA SECRETARIA MUNICIPAL DE CURITIBA NO ANO DE 2019

Trabalho de Conclusão de Curso apresentada ao curso de Pós-Graduação em Atenção Básica, Setor de Ciências da Saúde, Universidade Federal do Paraná, como requisito parcial à obtenção do título de Especialista em Atenção Básica.

Orientadora: Profa. Dra Daiana Kloh Khalaf

CURITIBA

2019

Dedico este trabalho primeiramente a Deus, por ser essencial em minha vida, a minha filha Daiane, a minha amiga Fatima e seu esposo Carlos pela ajuda e orientação nesta tarefa e a uma amiga Elaine que foi essencial na conclusão deste trabalho, que, com muito carinho e apoio, não mediram esforços para que eu chegasse até esta etapa de minha vida.

AGRADECIMENTOS

Agradeço primeiramente a Deus por me proporcionar perseverança durante toda minha vida, em meus projetos, exitosos na maior parte deles, a Daiane, ao Carlos, a Fatima, a Enfermeira Nívea, a Enfermeira Cristina e a Elaine pelos textos traduzidos, orientação, e seu grande desprendimento em me ajudar em ato de amizade sincera, pelo incentivo e grande ajuda com o fornecimento de informações e material para a realização deste trabalho.

“Não vai demorar que passemos adiante uma grande e bela ciência, que faz arte em defesa da vida” (CARLOS CHAGAS, 1928)

RESUMO

O tabagismo é uma doença crônica e um problema de saúde pública em virtude da alta morbimortalidade. Ações de redução da prevalência de fumantes são necessárias para reduzir o número de mortes evitáveis em decorrência da doença. Neste sentido, este estudo possui como objetivo elaborar um plano de intervenção para reduzir a prevalência de fumantes na unidade básica de saúde UBS Bairro Novo. Trata-se de uma pesquisa-ação realizada na Unidade Básica de Saúde Bairro Novo, Curitiba, Paraná. Para alcançar o objetivo traçado, os profissionais foram estimulados a participarem das capacitações realizadas pela prefeitura do município e em seguida implementar o Programa de Controle do Tabagismo na unidade de saúde. Em parceria com a equipe de saúde são identificados pacientes tabagistas, que são conscientizados sobre as consequências do hábito de fumar e após consulta dirigida, são mobilizados a participar do programa. Uma vez inseridos no programa, são organizados em grupos com 15 participantes, dois grupos a cada mês. O estudo analisou o Programa de Controle do Tabagismo na UBS Bairro Novo entre os meses de janeiro e julho de 2019. Os usuários tabagistas que frequentam a UBS Bairro Novo são, em sua maioria na faixa dos quarenta anos, com o início do consumo do tabaco aos 15 anos de idade, com doenças terminais e incapacitantes para atividades laborais, com possibilidades de prevenção de morbidade e mortalidade, e que procuram tratamento tardio. Nem todos os participantes são efetivos, de um total de quinze participantes, aproximadamente quatro param de fumar. Contudo, considera-se que o tratamento do tabagismo é bem mais amplo do que ajudar a deixar de fumar, a equipe deve desenvolver habilidades para orientar um estilo de vida saudável e desenvolver estratégias de enfrentamento para lidar com situações de risco e possíveis recaídas.

Palavras-chave: 1. Incentivo, 2. Promoção em Saúde, 3. Educação, 4. Prevenção, 5. Tabagismo.

ABSTRACT

Smoking is a chronic disease and a public health problem due to high morbidity and mortality. Actions to reduce the prevalence of smokers are needed to reduce the number of preventable deaths due to the disease. In this sense, this study aims to develop an intervention plan to reduce the prevalence of smokers in the basic health unit UBS Bairro Novo. This is an action research conducted at the Bairro Novo Basic Health Unit, Curitiba, Paraná. To reach the goal set, the professionals were encouraged to participate in the training provided by the city hall and then implement the Smoking Control Program in the health unit. In partnership with the health team, smoking patients are identified, who are made aware of the consequences of smoking and after directed consultation, are mobilized to participate in the program. Once inserted into the program, they are organized into groups of 15 participants, two groups each month. The study analyzed the Tobacco Control Program at UBS Bairro Novo between January and October 2019. The users who smoke at UBS Bairro Novo are mostly in their forties with the onset of tobacco use. at 15 years old, with terminal illnesses and incapacitating for work activities, with possibilities of prevention of morbidity and mortality, and seeking late treatment. Not all participants are effective, out of a total of fifteen participants, approximately four stop smoking. However, it is considered that treating smoking is much broader than helping to quit smoking, staff should develop skills to guide a healthy lifestyle and develop coping strategies to deal with risk situations and possible relapses.

Keywords: 1. Incentive, 2. Health Promotion, 3. Education, 4. Prevention, 5. Smoking.

LISTA DE QUADROS

QUADRO 1 – CRONOGRAMA INICIAL DE EXECUÇÃO DAS ESTRATÉGIAS.....	33
QUADRO 2 – CRONOGRAMA DAS AÇÕES	35

LISTA DE ABREVIATURAS OU SIGLAS

ACS	- Agente Comunitário de Saúde
ACSES	- Agrupamentos de Centros de Saúde
ARS	- Administrações Regionais de Saúde
CAPS	- Centro de Atenção Psicossocial
CGACA	- Coordenação Geral de Alta Complexidade Ambulatorial
CNS	- Conselho Nacional de Saúde
CID	- Classificação Internacional de Doenças
DAB	- Departamento de Atenção Básica
DCNT	- Doenças Crônicas não Transmissíveis
DCT	- Divisão de Controle do Tabagismo
DPOC	- Doença Pulmonar Obstrutiva Crônica
DRT	- Doenças Relacionadas ao Tabagismo
ESF	- Estratégia de Saúde da Família
IBGE	- Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
IDH-M	- Índice de Desenvolvimento Humano
INCA	- Instituto Nacional de Câncer
MS	- Ministério da Saúde
OMS	- Organização Mundial de Saúde
OPAS	- Organização Pan-Americana de Saúde
PCDT	- Protocolos Clínicos e Diretrizes Terapêuticas
PNCT	- Programa Nacional de Controle do Tabagismo
PNUD	- Programa das Nações Unidas para Desenvolvimento
SAS	- Serviço de Atendimento à Saúde
SES	- Secretaria Estadual de Saúde
SMS	- Secretaria Municipal de Saúde
SUS	- Sistema Único de Saúde
UBS	- Unidade Básica de Saúde
ULS	- Unidades Locais de Saúde
VIGITEL	- Vigilância de Fatores de Risco e Proteção para Doenças Crônicas por Inquérito Telefônico

SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO	<u>16</u>
1.1	JUSTIFICATIVA.....	<u>20</u>
1.2	OBJETIVOS	<u>21</u>
1.2.1	Objetivo geral.....	<u>21</u>
2	REVISÃO DE LITERATURA.....	<u>22</u>
2.1	HISTÓRIA DO TABACO.....	<u>22</u>
2.2	TRATAMENTO DO TABAGISMO NO SUS.....	<u>23</u>
2.3	ABORDAGEM DIAGNÓSTICA.....	<u>25</u>
2.3.1	Grau de dependência e grau de motivação	<u>26</u>
2.3.2	Sintomas.....	<u>26</u>
2.3.3	Investigação de Comorbidades	<u>26</u>
2.3.4	Medicamentos em uso.....	<u>26</u>
2.3.5	Alergias.....	<u>27</u>
2.3.6	Situações que demandam cautela.....	<u>27</u>
2.3.7	Antecedentes familiares	<u>27</u>
2.3.8	Exame físico	<u>27</u>
2.3.9	Exames complementares	<u>27</u>
2.4	SUBSTÂNCIAS DO CIGARRO	<u>28</u>
2.4.1	Nicotina.....	<u>28</u>
2.4.2	Amônia	<u>28</u>
2.4.3	Acetato de chumbo.....	<u>29</u>
2.4.4	Terebintina.....	<u>29</u>
2.4.5	Cetonas	<u>29</u>
3	MATERIAL E MÉTODOS.....	<u>30</u>
3.1	CENÁRIO DA INTERVENÇÃO	<u>30</u>
3.2	PLANEJAMENTO DAS AÇÕES.....	<u>33</u>
3.2.1	Organização dos encontros.....	<u>35</u>
4	APRESENTAÇÃO DOS RESULTADOS	<u>36</u>
4.1	PERFIL DOS PARTICIPANTES.....	<u>37</u>
4.2	DESENVOLVIMENTO DAS AÇÕES.....	<u>37</u>
5	CONSIDERAÇÕES FINAIS	<u>39</u>
5.1	RECOMENDAÇÕES PARA TRABALHOS FUTUROS.....	<u>39</u>

SUMÁRIO

APÊNDICE 1 – TÍTULO DO APÊNDICE	2
ANEXO 1 – TÍTULO DO ANEXO	<u>2</u>

1 INTRODUÇÃO

O tabagismo é considerado pela Organização Mundial de Saúde (OMS, 1997) um dos principais problemas de saúde pública, reconhecido como doença epidêmica resultante da dependência da nicotina e a principal causa morte evitável no mundo. Está incluído na Décima Revisão da Classificação Internacional de Doenças (CID-10), sendo considerada uma doença crônica, inserida no grupo de transtornos mentais e de comportamento decorrentes do uso de substâncias psicoativas.

Milhões de pessoas são atingidas pelos efeitos causados em decorrência do tabagismo. De acordo com Organização Pan-Americana de Saúde (OPAS, 2019) e de dados atualizados de julho de 2019, o tabaco mata mais de oito milhões de pessoas por ano, metade do número de usuários. Deste número, sete milhões das mortes são resultado do uso direto do tabaco, enquanto cerca de 1,2 milhão são resultado de não-fumantes expostos ao fumo passivo. Dos 1,1 bilhão de fumantes do mundo, cerca de 80% vivem em países de baixa e média renda.

Nunes e Castro (2010) afirmam que no Brasil o controle do tabaco é prioridade de saúde pública, e uma das causas de mortalidade que podem ser prevenidas. Desta forma, para que o controle aconteça, as políticas de saúde e prevenção devem superar a influência da indústria do tabaco e do mercado ilícito.

No Brasil uma média de 11,5% da população é usuária de tabaco, com maior índice entre os adolescentes e adultos jovens, na mesma proporção entre homens e mulheres. E a procura por ajuda para cessação do tabagismo está nos usuários com mais de 40 anos, quando já apresentam algum déficit na saúde. (OPAS, 2019)

Para Kowalski (2018) o estado do Paraná oferece apoio e tratamento na rede pública de saúde, sendo o atendimento realizado por uma equipe multiprofissional da área, prioritariamente na atenção primária, com estímulo à mudança de comportamentos e escolhas de hábitos saudáveis de vida, a mesma metodologia preconizada pelo Inca e Ministério da Saúde.

Kowalski (2018) ainda aponta que o tratamento estimula a alteração do comportamento e oferece acompanhamento para o fortalecimento da cessação e acontece por meio de sessões que incluem avaliação clínica e abordagem intensiva, individual ou em grupo, com auxílio de terapia medicamentosa após avaliação

médica, sempre que necessária. O tratamento inicia-se com reuniões semanais no primeiro mês, no segundo mês com reuniões quinzenais e nos meses subsequentes com reuniões mensais até o 12º mês. “Esse sistema prevê o acolhimento do usuário, o apoio ao tratamento, o acesso a exames e medicamentos. Para isso, a qualificação permanente dos profissionais de saúde é necessária”, lembra o secretário da Saúde, Antônio Carlos Nardi. Este atendimento é oferecido em 736 estabelecimentos de saúde e ofertado em 142 municípios das 22 Regionais de Saúde, com a participação de 2.241 pessoas. De janeiro a abril, 66% deste número conseguiram parar totalmente de fumar ao término das sessões.

De acordo com dados do Ministério da Saúde, Curitiba já foi considerada capital brasileira que apresentava o maior percentual de fumantes do país. Em 2017 15,6% da população adulta fumavam, independente da frequência e intensidade do hábito. Ainda segundo publicações da Vigilância de Fatores de Risco e Proteção para Doenças Crônicas por Inquérito Telefônico (VIGITEL), dados apontavam que o índice de fumantes na capital (14 %) tornava Curitiba como “capital nacional do tabaco”, sendo a prevalência maior entre homens e menor entre mulheres. (KOWALSKI, 2018)

Dados atuais indicam resultados positivos nas ações de cessação do tabagismo, após dois anos mantendo o título da capital com o maior número de fumantes do país, ultimamente, Curitiba deixou para trás a primeira posição do ranking. Os últimos dados da VIGITEL, pesquisa anual realizada pelo Ministério da Saúde, mostram que Curitiba avançou para o terceiro lugar na lista, ficando atrás de São Paulo (12,5%) e Porto Alegre (14,4%). Segundo dados, o indicador alcançado por Curitiba em 2018 (11,4% de fumantes). A pesquisa revela 60 mil fumantes a menos no município, de acordo com a secretária municipal de saúde de Curitiba, Márcia Huçulak, “os avanços são frutos de um trabalho consistente realizado pelas unidades de saúde com o Programa de Controle do Tabagismo.” Aproximadamente 758 pessoas foram atendidas nas unidades de saúde de Curitiba entre os meses de janeiro e abril deste ano, os Grupos de Controle do Tabagismo são ofertados nas 111 unidades de saúde do município e atualmente, há em aberto 60 grupos, com vagas para novos participantes. (CURITIBA, 2019, s/p)

De acordo com dados do IBGE, Curitiba é um município, capital do estado do Paraná e segundo o último censo (2010) a população da cidade correspondia a 1.751.907 de pessoas, com estimativa de aumento da população para 1.933.105 de

peças em 2019, destes 835 115 moradores eram homens e 916 792 habitantes mulheres e todos viviam na zona urbana, não havendo assim população rural. Do total 20,01% tinham menos de 15 anos, 72,44% tinham de 15 a 64 e 7,54% possuíam mais de 65, desta forma a expectativa de vida ao nascer era de 76,30. O Índice de Desenvolvimento Humano de Curitiba (IDH-M) é de 0,856, o décimo maior do Brasil, considerado alto pelo PNUD. O índice de educação é de 0,768, o de longevidade é de 0,855 e o de renda é de 0,850. O coeficiente de Gini, que mede a desigualdade social, é de 0,565. (IBGE, 2009)

Segundo dados do IBGE (2019), em 2009 havia 253 estabelecimentos de Saúde em Curitiba, entre hospitais, pronto-socorro, postos e serviços odontológicos. Atualmente a rede municipal de saúde conta com 111 unidades básicas de saúde, destas 58 UBS com Estratégia de Saúde da Família e 53 UBS tradicional, nove UPAS, treze CAPS, cinco unidades com especialidades médicas, três centros de especialidades odontológicas, dois hospitais, um laboratório de análises clínicas, uma central de vacinas, cinco residências terapêuticas, um centro de zoonoses e 68 espaços saúde. Além deste quadro de atendimento, ainda há contratos com prestadores de serviço, clínicas especializadas e serviços de apoio diagnóstico e de apoio terapêutico. (CURITIBA, 2019)

A respeito do Programa de Controle do Tabagismo e relacionado aos grupos de Controle, de janeiro a abril, 758 pessoas foram atendidas nas unidades de saúde de Curitiba, mais que as 462 do mesmo período do ano anterior. O que significa que cresceu a procura de pessoas interessadas em parar de fumar em Curitiba. “Os dados da Secretaria Municipal de Saúde (SMS) apontam uma alta de 39% de procura por tratamento, no primeiro quadrimestre desse ano em relação ao mesmo período do ano anterior.” O aumento da procura é resultado do trabalho das equipes da Secretaria de Saúde, que estão intensificando as abordagens nas 111 unidades de saúde e orientando a população quanto a cessação do tabagismo. (CURITIBA, 2019)

O tabagismo é tema abordado em diferentes esferas da saúde e educação, exigindo estudos cada vez mais específicos e aprofundados a respeito do assunto, por ser objeto de reflexão importante não só para os fumantes, que necessitam de apoio para abandonar o vício, tanto quanto para a educação dos jovens que veem na sociedade em geral incentivos para o estímulo do uso do tabaco.

Neste sentido, o objetivo geral deste estudo é elaborar um plano de intervenção para reduzir a prevalência de fumantes na unidade básica de saúde UBS Bairro Novo a partir da educação em saúde (Programa de Controle do Tabagismo); a importância do tema é sem dúvida, despertar a atenção da população em relação ao tabagismo e suas consequências, diante do consumo do cigarro como forma de suprir espaços emocional, social e outras faltas que o tabaco de forma errônea satisfaz.

A UBS Bairro Novo está localizada na rua Paulo Rio Branco de Macedo, 791, no distrito Bairro Novo, Sítio Cercado, na cidade de Curitiba, no estado do Paraná e realiza atendimento de atenção básica de média vulnerabilidade. A unidade de saúde básica abrange população estimada de 28.881 habitantes, distribuição por sexo: homens 14.033 e mulheres 14.848; distribuição por faixa etária: crianças de 0 a 14 anos 24,09%, adolescentes entre 15 e 19 anos 9,21%, adultos entre 20 e 59 anos 59,83% e idosos, 60 a 80 anos ou mais 6,88%. Distribuição por moradia: 100% urbana. A unidade básica de saúde do Bairro Novo abrange território baseado no quantitativo da população, delimitada por micro área correspondente à UBS. Porém, quando necessário e em determinados casos, considerando o perfil socioeconômico, apoia famílias fora da delimitação, oferecendo atendimentos de acordo com a situação. O distrito Bairro Novo é composto por 12 Unidades Básicas de Saúde, 1 Centro de Atenção Psicossocial, 1 Hospital Municipal (maternidade Bairro Novo), e 1 Unidade Pronto Atendimento (UPA Sítio Cercado). (CURITIBA, 2019)

De acordo com o Programa de Controle do Tabagismo, na unidade básica de saúde Bairro Novo, o planejamento das ações conta com a capacitação dos profissionais através de encontros organizados pela secretaria de saúde do município de Curitiba, por meio de palestras educativas que incentivam a mudança de estilo de vida e hábitos saudáveis, por meio de multimídias com informações claras e concisas, rodas de conversa abertas para o diálogo e discussões com a intenção de esclarecer dúvidas.

O plano de ação contempla desde a atenção primária ao paciente, com a identificação do horário do primeiro cigarro do dia, todo o tratamento medicamentoso, oral ou tópico de acordo com o nível de dependência e riscos avaliados e o total de encontros sucessivos; até o último encontro, com avaliação geral do grupo para quantificar baixas e êxitos. Nas desistências ou recaídas, os

usuários são reintegrados a outros grupos de acordo com a fase de interrupção do tratamento, permitindo a continuidade, com maior atenção. Ao final do programa é proporcionado um *blak fast* para os participantes, com brindes e sessões de foto como recompensa pelo êxito na cessação do tabaco.

Desta forma este trabalho de conclusão de curso busca fortalecer a redução de usuários tabagista, conforme veem ocorrendo desde o ano de 2000, o que representa um avanço, mas revela que essa redução ainda é insuficiente para atingir as metas acordadas globalmente para proteger as pessoas do óbito e das consequências causadas pelas doenças decorrentes do tabagismo. (OPAS, 2018)

Portanto é fundamental buscar programas que visem reduzir a prevalência de fumantes, morbimortalidade e o consumo de derivados do tabaco, reconhecendo os problemas relacionados ao tabagismo. Por esta razão a busca pela intervenção com usuários tabagistas como propõe este trabalho, que busca a participação destes pacientes em programas de tabagismo.

1.1 JUSTIFICATIVA

De acordo com a Organização Mundial de Saúde o consumo de tabaco diminuiu significativamente desde 2000. No entanto, essa redução ainda é insuficiente para atingir as metas acordadas globalmente para evitar óbitos entre as pessoas e o sofrimento causado pelas doenças pulmonares, cardiovasculares e outras doenças crônicas não transmissíveis. Estima-se que em média 11,5% da população é usuária de tabaco, com maior índice nos adolescentes e adultos jovens, na mesma proporção entre homens e mulheres, porém a maior procura em ajuda de cessação do tabagismo está nos usuários a partir da quarta década de vida, quando apresentam alguma patologia leve ou grave com relação ao tabagismo de longa data. Quanto mais jovens, melhores são os resultados e a recuperação, quando maior idade, mais graves ou irreversíveis são as sequelas, o que acarreta dependência medicamentosa e suportes paliativos, queda na qualidade de vida e custos ao Sistema Único de Saúde. (OPAS, 2019).

O diagnóstico situacional realizado na unidade básica de saúde Bairro Novo identificou o tabagismo como um problema relevante, de atribuição da equipe e de interesse de intervenção pela comunidade. É com base neste referencial que este trabalho apresenta a proposta de elaborar um plano de intervenção para reduzir a

prevalência de fumantes na unidade básica de saúde UBS Bairro Novo, a partir da educação em saúde. Buscando estratégias para a cessação do tabagismo com a intenção de contribuir para a redução das morbidades associadas a este, visando promover melhores condições de vida aos usuários da UBS.

1.2 OBJETIVOS

1.2.1 Objetivo geral

Elaborar um plano de intervenção para reduzir a prevalência de fumantes na unidade básica de saúde UBS Bairro Novo.

2 REVISÃO DE LITERATURA

2.1 HISTÓRIA DO TABACO

O tabaco é originário da América Central, tendo sido descoberto pelas sociedades indígenas, era usado em rituais religiosos de purificação e também para curar algumas enfermidades. O uso medicinal do tabaco não causou grandes repercussões, pois sua utilização era mais voltada ao prazer da inalação. (DELFINO, 2007, p. 30)

Segundo Pellegrini (2017) no início da civilização o tabaco não era consumido em massa, como outras plantas ritualísticas era considerado sagrado e seu uso era exclusivo dos sacerdotes. Arqueólogos descreveram que em meados de 1000 a.C., sacerdotes maias e astecas sopravam a fumaça do tabaco como oferenda em direção aos pontos cardeais. Desta maneira, a nuvenzinha do tabaco era considerada um importante instrumento religioso.

Pellegrini (2017), aponta que o frade dominicano Bartolomeu de Las Casas descreveu que na época da descoberta da América a fumaça do tabaco era parte do cotidiano de populações americanas. Os índios misturavam o próprio sopro com a fumaça de uma erva chamada Tobago. O governador espanhol de Santo Domingo, Fernando Oviedo descreveu que a aspiração do fumo de folhas que eles chamavam tabaco produzia neles um estado de inconsciência profunda. O tabaco também era mastigado, cheirado e utilizado como goma de mascar, com supostos efeitos curativos. Algumas tribos amazônicas brasileiras utilizam o tabaco acreditando nos efeitos aparentemente positivos sobre o PH da boca e a saúde dos dentes. Os índios das planícies da América do Norte fumavam cachimbo durante cerimônias espirituais ou durante os conselhos dos anciões.

Delfino (2007, p. 30) descreve o personagem Monsieur Jean Nicot, diplomata francês em Lisboa, como portador de úlcera na perna, que ao fazer uso do tabaco teve a ferida cicatrizada. Maria Catarina de Médicis, acometida por fortes dores de cabeça e influenciada por Jean Nicot acreditou no poder curativo do tabaco e ao fazer uso constante da planta, contribuiu para sua disseminação por toda a Europa. O nome de Jean Nicot acabou sendo utilizado na nomenclatura da planta: *nicotiana tabacum*.

Delfino (2007, p. 30) ainda aponta que a expansão do uso do tabaco e a impossibilidade de contenção por parte dos governantes, a sua tributação alargou a industrialização e o consumo. Até o século XX como forma de fumo para o cachimbo e após a sua industrialização em forma de cigarro.

O consumo de cigarros generalizou-se pelo mundo por meio de inusitada transculturação, e isso porque o tabaco, além de tema filosófico, foi e tem sido incensado em todos os ramos da manifestação cultural. Como exemplo, aponte-se o grande sucesso do “Balé do tabaco”, na corte de Savóia, já em 1650, ou ainda a peça “Dom Juan”, em que Molière, logo no primeiro ato, apresenta um ditirambo sobre o tabaco, isso em 1665. (DELFINO, 2007, p. 32)

Porém bem antes disso, fumar já era hábito entre marinheiros e soldados europeus. Ainda no século XVII, os ingleses começaram a lucrar com o uso do tabaco. Além de soldados e marinheiros, os consumidores da substância eram intelectuais e artistas, escritores, poetas e pintores que faziam uso de charutos e cachimbos, contestando os rígidos costumes da época. Faziam uso do tabaco, inclusive algumas mulheres, que fundaram na Inglaterra a Ordem da Tabaqueira. (PELLEGRINI, 2017)

Em 1665, o primeiro relatório médico retratou os efeitos danosos do tabaco à saúde, quando Samuel Pepys testemunhou um experimento *Royal Society*, em que um gato morreu rapidamente ao ingerir uma porção de óleo de tabaco destilado. John Hill, em 1791 relatou cânceres nasais em decorrência da inalação do tabaco. Mas só no final dos anos 40 as hipóteses científicas começaram a se acumular rapidamente. E nos anos 50 surgiram as evidências entre o fumo e o câncer. “Especialmente em relação a nicotina, é fato histórico que a ciência oficial demorou muito a se convencer de que ela causa dependência, não obstante pesquisar diversas já apontassem essa sua especial característica.” (DELFINO, 2007, p. 33)

2.2 TRATAMENTO DO TABAGISMO NO SUS

Os Protocolos Clínicos e Diretrizes Terapêuticas (PCDT) são documentos que definem critérios para diagnosticar doenças de agravo à saúde e o tratamento preconizado, com os medicamentos e intervenções apropriadas, quando necessárias e de acordo com as posologias recomendadas; definem também os mecanismos de controle clínico, acompanhamento e verificação dos resultados

terapêuticos, que devem ser seguidos pelos gestores do SUS. Devendo ser baseados em evidência científica, considerando critérios de eficácia, segurança, efetividade e custo-efetividade das tecnologias recomendadas. (BRASIL, 2019)

O INCA, Instituto Nacional de Câncer José Alencar Gomes da Silva, que em parceria com estados, municípios e Distrito Federal, é o órgão do Ministério da Saúde responsável pelo Programa Nacional de Controle do Tabagismo (PNCT) e pela articulação da rede de tratamento do tabagismo no SUS. Para que houvesse o gerenciamento regional do Programa tendo como premissa a intersetorialidade e a integralidade das ações, a rede foi organizada, seguindo a lógica de descentralização do SUS. Desde 1989, o INCA desenvolve ações voltadas para o tratamento do tabagismo. (INCA, 2019)

A partir de 1996, o Programa Nacional de Controle do Tabagismo (PNCT) passou a implementar ações com vistas a promover a cessação do tabagismo no País. No ano seguinte foi lançado o livro *Ajudando seu Paciente a Deixar de Fumar*, com informações sobre dependência da nicotina, abordagem mínima ao tabagista e uso de medicamentos no tratamento do tabagismo (BRASIL, 1997; 2001, apud BRASIL, 2015, p. 34).

O Instituto Nacional de Câncer José Alencar Gomes da Silva, organizou e coordenou o I Encontro Nacional de Consenso sobre Abordagem e Tratamento do Fumante, no ano 2000, com o objetivo de oferecer recomendações sobre condutas a serem empregadas no tratamento do tabagista no Brasil. Neste encontro estiveram presentes profissionais de diferentes regiões do País com reconhecida experiência na prática da cessação do tabagismo, e também Conselhos e Associações profissionais, Sociedades científicas da área da Saúde e membros da Câmara Técnica de Tabagismo do INCA. O encontro culminou na publicação do Consenso em Abordagem e Tratamento do Fumante, em 2001. Este documento apresenta recomendações para avaliação, acompanhamento e tratamento dos fumantes, com ênfase na abordagem cognitivo comportamental, que é a base da cessação do tabagismo, e em informações básicas sobre o tratamento medicamentoso, baseadas nas evidências científicas disponíveis na atualidade, servindo de base para as ações de implantação do tratamento do tabagismo na rede SUS (BRASIL, 2001; apud BRASIL, 2015, p. 34).

Segundo Valéria (2007) a partir de 1999 permitiu-se capacitar milhares de profissionais de saúde, entre médicos, enfermeiros, psicólogos, odontólogos,

assistentes sociais e outros, para incluir a abordagem mínima do fumante para cessação do tabagismo nas suas rotinas de atendimento e na promoção de ambientes livres de fumo nas unidades de saúde. A partir de 2005, o tratamento formal para cessação do tabagismo passou a ser implantado em unidades de saúde do Sistema Único de Saúde (SUS), de forma planejada e monitorada.

Ainda de acordo com Valéria (2007) este processo colaborou para a formação de uma massa crítica de profissionais de saúde, sensibilizados com a questão da dependência da nicotina, e atentos para a necessidade de investigar o status de fumante dos pacientes nas suas rotinas de atendimento, a fim de oferecer apoio para cessação de fumar. Cronologicamente temos a abordagem e tratamento do tabagismo na rede SUS com a capacitação de profissionais de saúde em parceria com SES e SMS desde 1999 (abordagem breve ou mínima a partir de 1999 e abordagem intensiva ou formal a partir de 2001).

A portaria 648/2006 do Ministério da Saúde discorre sobre as atribuições dos profissionais das equipes de saúde, defende a garantia de integralidade da atenção por meio da realização de ações de promoção e vigilância a saúde e prevenção de agravos no âmbito de atenção primária. (BRASIL, 2006)

O tratamento do fumante é uma prática recente e sua abordagem e parte das ações do PNTC, que estabelece abordagem cognitivo comportamental e terapias medicamentosas indicadas para o tratamento do tabagismo no Brasil. (BRASIL, 2001)

2.3 ABORDAGEM DIAGNÓSTICA

Em uma abordagem diagnóstica, o fumante deve ser submetido a avaliação clínica no momento da admissão no programa de cessação do tabagismo, com o objetivo de identificar alterações funcionais pulmonares e a existência de Doenças Relacionadas ao Tabagismo (DRT), e também possíveis contraindicações e interações medicamentosas durante o tratamento farmacológico da dependência. Neste momento também é avaliado o perfil do fumante, grau de dependência à nicotina e motivação para deixar de fumar. (D'ÁVILA, 2013)

A avaliação deve incluir também histórico clínico tabagístico minucioso como a idade de início do ato de fumar, número de cigarros fumados por dia, tentativas de cessação, tratamentos anteriores com ou sem sucesso, recaídas e

prováveis causas, sintomas de abstinência, exposição passiva ao fumo, formas de convivência com outros fumantes, fatores associados ao ato de fumar como o uso de café após as refeições, telefonar, consumo de bebida alcoólica, ansiedade e outros. A avaliação inclui também além de exame físico, exames complementares e radiografia de tórax que é fundamental durante o tratamento. (D'ÁVILA, 2013)

A relação médico e paciente, a sensibilidade e a capacidade de observação do profissional apontarão a hora adequada para os exames. Algumas pessoas têm receio de enfrentar possíveis diagnósticos, evitando assim o atendimento e realização de exames. (D'ÁVILA, 2013)

2.3.1 Grau de dependência e grau de motivação

Para analisar o grau de dependência realiza-se o Teste de Fagerström que avalia a dependência à nicotina. (D'ÁVILA, 2013)

2.3.2 Sintomas

Tabagistas apresentam sintomas como tosse, expectoração, chiado, dispneia, dor torácica, palpitações, claudicação intermitente, tontura e desmaios. (D'ÁVILA, 2013)

2.3.3 Investigação de Comorbidades

Devem ser investigadas doenças prévias ou atuais que possam interferir no curso do tratamento como lesões orais, úlcera péptica, hipertensão arterial sistêmica, diabetes mellitus, cardiopatias, transtornos psiquiátricos de depressão, ansiedade, pânico, anorexia nervosa, bulimia e o uso de álcool e outras drogas, pneumopatias, epilepsia, AVE, dermatopatias, câncer, nefropatias, hepatopatias, história de convulsão. (D'ÁVILA, 2013)

2.3.4 Medicamentos em uso

Como abordagem diagnóstica é necessário fazer um levantamento dos medicamentos que possam interferir no processo de tratamento, como

antidepressivos, inibidores da MAO, carbamazepina, cimetidina, barbitúricos, fenitoína, antipsicóticos, teofilina, corticosteroides sistêmicos, pseudoefedrina, hipoglicemiante oral e insulina, entre outros. (D'ÁVILA, 2013)

2.3.5 Alergias

Na abordagem devem ser investigadas posse qualquer etiologia, como cutâneas, respiratórias e medicamentosas. (D'ÁVILA, 2013)

2.3.6 Situações que demandam cautela

Algumas situações demandam cautela, principalmente as relacionadas ao uso de apoio medicamentoso, como gravidez, amamentação, arritmias graves, uso de psicotrópicos e outras situações. Recomenda-se cautela também com os adolescentes e idosos. (D'ÁVILA, 2013)

2.3.7 Antecedentes familiares

É necessário avaliar problemas de saúde familiares, principalmente se relacionados ao tabagismo ou a existência de outros fumantes que convivam com o paciente. (D'ÁVILA, 2013)

2.3.8 Exame físico

O exame físico deve ser o mais completo possível, buscando sinais que possam indicar existência de doenças atuais ou limitações ao tratamento medicamentoso a ser proposto. (D'ÁVILA, 2013)

2.3.9 Exames complementares

A radiografia de tórax deve ser rotina básica, assim como a espirometria pré e pós broncodilatador, eletrocardiograma, hemograma completo, bioquímica sérica e urinária. Quando disponíveis medidas do COex e da cotinina (urinária, sérica ou salivar) são úteis na avaliação e no seguimento do fumante. A demanda inclui

peças saudáveis, pessoas que apresentam sinais e sintomas de DRT ou de outras comorbidades, que buscam reconquistar a saúde e qualidade de vida. A avaliação clínica inicial é semelhante em todos os grupos. A forma de abordagem é que deve ser diferenciada. (D'ÁVILA, 2013)

2.4 SUBSTÂNCIAS DO CIGARRO

O cigarro contém cerca de 5.000 substâncias diferentes em sua composição, e todas essas substâncias são nocivas ao organismo humano. Nos últimos nove anos, as campanhas de conscientização sobre o risco que o fumo traz à saúde surtiram efeito, causando redução de 30,9% do índice de fumantes no Brasil, segundo o Ministério da Saúde. (FORTISSÍMA, 2014)

Dentro das diretrizes do Sistema Único de Saúde (SUS), propõe-se a implantação de uma Rede de serviços aos usuários que seja plural, com diferentes graus de complexidade e que promovam assistência integral para diferentes demandas, desde as mais simples às mais complexas/graves. Esta Política busca promover uma maior integração social, fortalecer a autonomia, o protagonismo e a participação social do indivíduo que apresenta dependência química ao (Tabaco), no âmbito do SUS, recebem atendimento, individual e grupais na Unidade Básica de Saúde e na Centro de Atenção Psicossocial (CAPS). (FORTISSÍMA, 2014)

2.4.1 Nicotina

A nicotina é a responsável pela sensação imediata de prazer ao fumar, o que estimula a instalação da dependência. Quanto mais rápido a substância psicoativa da nicotina chega ao cérebro, maior é a capacidade de criar a dependência. A nicotina é responsável também pelo aumento de ritmo cardíaco, derrame cerebral, angina, elevação dos níveis ruim do colesterol, a menopausa precoce, gastrite, úlcera gástrica, bronquite crônica e várias outras doenças. (FORTISSÍMA, 2014)

2.4.2 Amônia

A amônia foi desenvolvida pela indústria do tabaco quando se observou que a quantidade de nicotina dos cigarros não era liberada durante a queima do cigarro. Trata-se de um produto utilizado na limpeza doméstica, corrosivo para nariz e olhos.

Misturado ao tabaco, ajuda na vaporização acelerada da nicotina durante a queima do cigarro. Acelera a chegada da nicotina ao cérebro e no depósito pulmonar, causando e agravando o enfisema e a bronquite crônica do fumante. (FORTISSÍMA, 2014)

2.4.3 Acetato de chumbo

O acetado de chumbo está presente na fórmula das tinturas para cabelo, com potencial cumulativo no corpo humano. Causa o desenvolvimento de câncer de pulmão e rim. Nos pulmões, causa a perda da capacidade de ventilação do órgão, gerando falta de ar, enfisema e câncer de pulmão. A substância pode provocar anorexia e dor de cabeça e permanece no corpo entre 10 e 30 anos. (FORTISSÍMA, 2014)

2.4.4 Terebintina

A Terebintina é uma das substâncias mais tóxicas do cigarro, e obtém-se a partir da extração de resinas de pinheiros. Utilizado em diluentes de tintas a óleo, utilizado para a limpeza de pincéis. Ao ser inalada, provoca irritação nos olhos, desmaios e lesões no sistema nervoso. (FORTISSÍMA, 2014)

2.4.5 Cetonas

Conhecido entre as mulheres como removedor de esmaltes, está presente na fumaça do cigarro. A inalação irrita a garganta, provoca tonturas e dores de cabeça. A inalação em grandes quantidades pode levar à morte. (FORTISSÍMA, 2014)

3 MATERIAL E MÉTODOS

A presente pesquisa é uma pesquisa de ação, uma vez que este projeto de intervenção propõe um método de tratamento e acompanhamento no combate ao tabagismo, específico para o perfil dos usuários da Unidade Básica de Saúde Bairro Novo. Neste tipo de pesquisa o pesquisador está inserido no objeto de estudo, em que participa, analisa, interfere e vê as consequências. Para Kemmis e McTaggart (1988), fazer pesquisa de ação significa planejar, observar, agir e refletir de maneira mais consciente, mais sistemática e mais rigorosa o que fazemos na nossa experiência diária.

O programa de estratégia para a abordagem da cessação do tabagismo envolve pacientes da UBS (unidade básica de saúde) Bairro Novo, em uma área de abrangência baseada no quantitativo da população, delimitada por micro área correspondente à UBS.

A estratégia para a abordagem da cessação do tabagismo envolve intervenções psicossociais, sob supervisão de toda a equipe, com adequação de horários, de dias da semana e grupo com números de 15 usuários, conforme a orientação da OMS, e também consultas individuais, com ênfase, cognitivo-comportamental e o tratamento medicamentoso, quando necessário.

3.1 CENÁRIO DA INTERVENÇÃO

Atuo há um ano na UBS (unidade básica de saúde) Bairro Novo. A unidade em que atuo, localiza-se na rua Paulo Rio Branco de Macedo, 791, no distrito Bairro Novo, Sítio Cercado, na cidade de Curitiba, no estado do Paraná e realiza atendimento de atenção básica de média vulnerabilidade, conforme classificação proposta pela Secretaria Municipal de Saúde de Curitiba.

Segundo dados do IBGE, a UBS Bairro Novo, abrange população estimada de 28.881 habitantes, distribuição por sexo: homens 14.033 e mulheres 14.848; distribuição por faixa etária: crianças de 0 a 14 anos 24,09%, adolescentes entre 15 e 19 anos 9,21%, adultos entre 20 e 59 anos 59,83% e idosos, 60 a 80 anos ou mais 6,88%. Distribuição por moradia: 100% urbana.

A UBS Bairro Novo abrange território baseado no quantitativo da população, delimitada por micro área correspondente à UBS. Porém, quando necessário e em

determinados casos, considerando o perfil socioeconômico, apoia famílias fora da delimitação, oferecendo atendimentos de acordo com a situação.

O distrito Bairro Novo é composto por 12 Unidades Básicas de Saúde, 1 Centro de Atenção Psicossocial, 1 Hospital Municipal (maternidade Bairro Novo), e 1 Unidade Pronto Atendimento (UPA Sitio Cercado).

A gestão atual da UBS Bairro Novo apresenta muitos pontos positivos, incentivo a atualização de formação específica da equipe e institucionalização da equidade, integridade e universalização. No setor primário de atendimento há portas abertas para o acolhimento da comunidade, facilidade na integração de serviços, incentivo ao trabalho multidisciplinar, acolhimento familiar e orientação comunitária.

Dentro do distrito existe um trabalho de apoio muito importante na dispensação de medicamentos, cada unidade básica de saúde possui farmácia interna com grande diversidade de fármacos e farmacêutico, este, na falta de medicação realiza uma busca em outra unidade ou prioriza o pedido em uma central.

A visita domiciliar é um facilitador de acompanhamento primário de pacientes que necessitam de atenção e se encontram incapazes de comparecer a unidade física. A unidade possui em sua agenda semanal a disponibilização de uma equipe que se desloca até a residência desses pacientes para atendimento, uma assistência integral que assiste a comunidade de modo abrangente.

Existe excelência na política de relacionamento entre equipe e paciente, sendo possível observar a preocupação por parte da equipe em proporcionar bem-estar e acessibilidade aos programas, a manutenção periódica e em tudo que se diz respeito à saúde e o bem-estar da comunidade. Apesar das limitações existentes, quando ocorrem direcionamentos para as diversas especialidades ou exames complementares complexos, pode-se afirmar que a equipe trabalha em conjunto para priorizar e solucionar as necessidades da melhor forma possível.

A UBS Bairro Novo possui cinco equipes de trabalho, cada equipe é composta por um médico, uma enfermeira, uma auxiliar de enfermagem, uma agente de saúde e uma auxiliar em saúde bucal, no momento está incompleta por falta de profissionais médicos. Além das equipes, a UBS possui uma rede de apoio composta por profissionais nas áreas de Psicologia e Psiquiatria, Nutrição, Infectologia, Pediatria, Ginecologia e Fisioterapia, esses especialistas atendem a comunidade em casos de necessidade após avaliação prévia pelo médico

estrategista. O distrito conta com oito agentes comunitários que trabalham no combate as endemias, que se organizam para atender toda a região distrital.

Existe na comunidade do Bairro Novo uma associação de moradores, com estrutura física localizada nas proximidades da unidade de saúde que conta com um representante, que está sempre presente nas reuniões, engajado em realização de eventos para conscientização e educação da comunidade, e em assuntos relacionados à promoção da saúde que tratam de problematização e soluções que tragam melhoria e qualidade de vida para as famílias.

O Município de Curitiba dispõe de um órgão de gerência de gestão escolar, e a área de abrangência da unidade de saúde Bairro Novo conta com 48 unidades educacionais. A UBS mantém interação constante com as escolas, em situações por exemplo, em que as educadoras percebem uma possível afecção e direcionam com justificativa por escrito, o atendimento da criança na USB. A equipe da unidade também solicita junto a direção das escolas priorização na atenção em alguns casos específicos como pacientes com necessidades especiais. A equipe de enfermagem dispõe de um programa em que os residentes vão até as escolas para orientação em Educação e Saúde.

Como potencial existe na comunidade uma cumplicidade entre moradores da região, que se mostram disponíveis em ajudar uns aos outros, disseminando informações e orientações recebidas. De modo geral, os pacientes estão vulneráveis a opções de escolha e direcionamento em situações em que necessitam de especialidades para aprofundar diagnósticos e tratamento, uma vez que ainda existem políticas de encaminhamento limitantes em relação a avaliação de necessidade. Outro aspecto limitante está relacionado a características cultural e social da comunidade, que resiste as orientações da equipe de saúde, considerando o seu próprio achismo, diante de informações obtidas na internet ou até mesmo em acontecimento parecidos. Em muitas situações, quando procuram o atendimento médico, o paciente vem com o próprio diagnóstico, tornando-se vulnerável a situações de automedicação ou realização incorreta da prescrição.

Das queixas mais comuns que levaram a população a procurar a UBS no último mês, tem-se como registro a hipertensão arterial sistêmica, diabetes mellitus, doença pulmonar obstrutiva crônica, tosse relacionada ao tabagismo de longa data, depressão e obesidade. Entre os inúmeros agravos que são tratados na unidade de saúde, o tabagismo é uma doença que se destaca do ponto de vista epidemiológico,

e como sendo de extrema necessidade da realização de intervenção, como ações de promoção à saúde e prevenção da doença.

3.2 PLANEJAMENTO DA AÇÕES

Na UBS Bairro Novo, dos mais variados problemas discutidos no diagnóstico situacional da comunidade e elaborados pela equipe, o tabagismo chamou a atenção na área de abrangência, sendo priorizado e escolhido, considerando a importância, urgência e capacidade de enfrentamento em equipe. Assim, estratégias de intervenção foram elaboradas de acordo com os inúmeros fatores biológicos, psicológicos, sociais e comportamentais associados ao hábito de fumar. A equipe determinou desta forma, que é necessário intervir para a cessação do tabagismo, de forma a estacionar os malefícios já identificados em grande parte dos usuários da área, com agravantes da saúde, relacionados ao hábito de vida.

QUADRO 1 – CRONOGRAMA INICIAL DE EXECUCAO DAS ESTRATÉGIAS.

Data	Objetivo	Estratégia	Participantes	Recursos utilizados
	Intervir para a cessação do tabagismo.	Abordar os usuários tabagistas. Realizar consulta dirigida, com anamnese aos tabagistas.	Médico e mais um participante, enfermeiro ou farmacêutico ou dentista.	Consultas, exames, grupos de apoio, rodas de conversa, aplicação de consulta dirigida de avaliação das doenças prevalentes.
01/01/19 A 30/06/19	Atingir pelo menos 50% dos tabagistas Redução de pelo menos 10% da prevalência do tabagismo na abrangência da Unidade de Saúde Bairro Novo	Capacitar profissionais de saúde.	Participação dos (ACS) Agentes Comunitários de Saúde, Enfermeiros, Técnicos em Enfermagem Farmacêuticos, Dentista e Psicólogo.	Estimular a participação dos profissionais de saúde na palestra promovida pela secretaria municipal de saúde de Curitiba. Utilização de recursos audiovisuais específicos, confecção de materiais de divulgação antitabaco e incentivo de hábitos saudáveis.

FONTE: O autor (2019).

Foram realizadas capacitações dos profissionais através de encontros organizados pela secretaria de saúde com a equipe, 1 médico, 1 farmacêutico, 1

dentista, 1 enfermeiro, 1 auxiliar de enfermagem, 1 técnico de enfermagem, 1 auxiliar de saúde bucal e ACSs nos primeiros seis meses do ano de 2019. Deste modo, esta intervenção buscou aplicar na prática as estratégias apreendidas com a capacitação.

A captação dos participantes da intervenção ocorre mensalmente através de anamnese completa, em que se aplica uma consulta dirigida, para formar o perfil de cada usuário tabagista. A intervenção é realizada por uma equipe que pode ser composta por médico, enfermeiro, farmacêutico e dentista. São necessários são realizados exames de acordo com a avaliação das doenças prevalentes. Com o consentimento do paciente, é realizada a inscrição do mesmo no programa, que abrange mensalmente um total de 30 participantes, divididos em dois grupos de 15 pessoas. Os encontros são realizados todas as quintas-feiras, com duração de uma hora por quatro semanas, com usuários tabagistas inscritos no programa, independentemente da idade ou sexo.

Durante o programa são realizadas ações educativas com auxílio de multimídias, com informações claras e precisas, e rodas de conversas abertas para discussões e esclarecimento de dúvidas com os integrantes.

Pensando nisso, foram planejadas elaborações de novos planos, para prender a atenção dos usuários e conquistar a sua permanência no grupo do tabagismo. Foram implantados alguns métodos adaptativos, com horários flexíveis, a fim de conquistar um número maior de adeptos, repensando estratégias de acolhimento aos pacientes que necessitam participar dos programas, o interesse na participação, facilita a manutenção no tratamento.

QUADRO 2 – CRONOGRAMA DAS AÇÕES.

Ação	Detalhamento da Ação	Responsável
Adequar horários diferenciados para os que não tem disponibilidade.	Criar horários alternativos que atendam a população que trabalha, encontros aos finais de semana e a noite.	Coordenador dos programas, Equipe multidisciplinar da unidade de saúde, Agentes comunitários, Secretária Municipal de Saúde.
Palestras exemplificando resultado e qualidade de vida pós tratamento.	Palestras incentivadoras que demonstrem a importância e qualidade de vida com o tratamento adequado.	Coordenador dos programas, Equipe multidisciplinar da unidade de saúde, Agentes comunitários.
Informar aos usuários as consequências futuras do não tratamento.	Campanhas e palestras que mostrem aos pacientes as consequências, e que podem ter a saúde e a qualidade de vida prejudicadas.	Coordenador dos programas; Equipe multidisciplinar da unidade de saúde; Agentes comunitários.
Criar estratégias dinâmicas e envolventes para cada encontro.	Criar dinâmicas interativas nos encontros, onde os participantes possam assumir responsabilidades para si mesmo e para com o próximo na intenção de tratar e prevenir.	Coordenador dos programas, Equipe multidisciplinar da unidade de saúde, Agentes comunitários.
Criar alternativas para lembrar os usuários dos encontros.	Lembrete dos encontros, via e-mail, mensagens de texto e aplicativos de celular.	Coordenador dos programas, Equipe administrativa.

FONTE: O autor (2019).

3.2.1 Organização dos encontros

A abordagem inicia no primeiro encontro, depois de consulta dirigida e identificação do paciente como tabagista, que normalmente já vem para a consulta com alguma queixa referente aos efeitos causados pelo tabagismo. Depois de consulta dirigida, por meio de uma entrevista a respeito do início do hábito tabagista e prognósticos referentes, dá-se início ao tratamento medicamentoso, oral ou tópico conforme o nível de dependência e riscos avaliados. Sê necessário são realizados exames.

Quando orientado e convencido, o paciente assina um termo de aceite e inicia o tratamento no programa em reuniões que são realizadas semanalmente. Nas reuniões são dadas informações sobre os riscos do tabagismo, os benefícios de parar de fumar e as estratégias para que o paciente aprenda como controlar sua dependência, mudando seu comportamento em relação ao hábito de fumar.

As sessões em grupo são compostas por quinze participantes, coordenadas por um profissional, seguindo o cronograma de um encontro semanal, na quinta-feira, somando quatro encontros mensais e mais dois encontros quinzenais, até completar 60 dias de tratamento. Ao ingressar no programa, o paciente passa por consulta de avaliação clínica, sendo considerado relato de sua história em relação ao tabagismo, avaliação do seu grau de motivação, nível de dependência, existência de comorbidades e indicação de apoio medicamentoso, se necessário.

O tratamento com medicamentos é indicado para fumantes sem contraindicações clínicas, que apresentem grau elevado de dependência à nicotina, que fumam vinte ou mais cigarros por dia.

O teste de Fagerström pode ser aplicado, este é um questionário de oito questões para o tabagista em relação ao seu hábito de fumar, e o resultado é medido em uma escala de 0 a 10 pontos: classifica a dependência como muito baixa (0 – 2 pontos), baixa (3 – 4 pontos), média (5 pontos), elevada (6 – 7 pontos) e muito elevada (8 – 10 pontos).

O atendimento é realizado em sala específica, conhecida como espaço saúde, esta sala é destinada para os programas da UBS, em que acontecem conversas, renovação de receitas e a cada reunião diminui a carga de nicotina.

Neste sentido a necessidade de apoio fica a critério do profissional, e o medicamento é prescrito de acordo com a necessidade do paciente, seguindo esquema de farmacoterapia única ou combinada. A resposta clínica ocorre quando o paciente deixa de fumar.

4 APRESENTAÇÃO DOS RESULTADOS

Toda procura de usuário tabagista registrada na UBS Bairro Novo, se dá por alguma comorbidade relacionada ao uso de tabaco de longa data. A demanda inclui desde pessoas “saudáveis”, que procuram apoio apenas para deixar de fumar, até pessoas que já apresentam sinais e sintomas de DRT ou de outras comorbidades,

incluindo algumas gravemente enfermas, buscando reconquistar a saúde e qualidade de vida. A avaliação clínica inicial é semelhante em todos os grupos. A forma de abordagem é que deve ser diferenciada.

4.1 PERFIL DOS PARTICIPANTES

Os pacientes que iniciam o programa têm mais de 35 anos, independente do sexo, geralmente procuram a unidade com outros problemas de saúde, patologia sistêmica, DPOC, amputação por outras doenças como diabetes, problemas de hipertensão e problemas graves de linha de expressão e obesidade. A maioria dos pacientes começou a fumar por volta dos 15 anos.

4.2 DESENVOLVIMENTO DAS AÇÕES

O planejamento das ações iniciou com a capacitação dos profissionais através de encontros organizados pela secretaria de saúde do município de Curitiba. Foram realizadas palestras educativas, incentivos de mudança de estilo de vida e hábitos saudáveis com auxílio de multimídias com informações claras e concisas, rodas de conversa abertas para o diálogo e discussões com a intenção de esclarecer dúvidas.

No plano de ação determinou-se o horário do primeiro cigarro do dia, estipulando ao usuário mudança de hábitos e uma data fixa para cessação do tabagismo, no máximo oito dias, todas estas ações combinadas no primeiro encontro.

O primeiro encontro inicia com o tratamento medicamentoso, oral ou tópico de acordo com o nível de dependência e riscos avaliados, em um total de quatro encontros semanais sucessivos. A partir do quarto encontro, são realizados mais dois novos encontros, um em quinze dias e o outro depois de trinta dias. O último encontro é realizado depois de sessenta dias, com avaliação geral do grupo para quantificar baixas e êxitos.

Ao final do programa foi proporcionado um *Black Fest* a todos os participantes, com brindes como recompensa pelo êxito na cessação do tabaco, com sessões de fotos com o grupo e elogios a todos pelo esforço e empenho.

Nas desistências ou recaídas, os usuários eram reintegrados a outros grupos de acordo com a fase de interrupção do tratamento, permitindo a continuidade, com maior atenção. Mesmo assim é frequente o não interesse e o abandono pelos pacientes aos programas de educação em saúde oferecidos a comunidade, há um número bastante expressivo dos que aderem e não dão continuidade ao tratamento.

A ação pode ser considerada com êxito quando se entende que as ações aumentam as chances de continuidade do tratamento e também o acesso a medicação necessária para o tratamento, mesmo porque diante da legislação, a medicação só é fornecida mediante participação no programa.

Este esforço implica, necessariamente em uma estreita cooperação entre diferentes setores governamentais (em esferas políticas e de saúde), muito em particular nas áreas da saúde e da educação. Implica ainda, na participação ativa das Administrações Regionais de Saúde (ARS), às quais cabe promover e desenvolver as estratégias de prevenção e controle do tabagismo que se revelem necessárias, tendo em conta a sua realidade, em estreita articulação com os respectivos Agrupamentos de Centros de Saúde (ACES), Unidades Locais de Saúde (ULS), serviços hospitalares e outras estruturas de nível regional. Do mesmo modo, faz-se necessário o envolvimento e a participação dos profissionais da área da saúde, da comunidade, assim como dos próprios cidadãos, que constituem uma condição indispensável para a plena consecução dos objetivos que se pretendem alcançar com o presente programa.

A pesquisa identificou que toda procura de usuário tabagista registrada na UBS Bairro Novo, se dá por alguma comorbidade relacionada ao uso de tabaco de longa data. Quando adulto é jovem, tem-se como resultado uma boa recuperação, quando maior o avanço da idade mais graves são as sequelas ou até mesmo irreversíveis, o que gera dependência de várias medicações e suportes paliativos, queda na qualidade de vida e gastos para o município e para o sistema único de saúde.

De forma interdisciplinar a equipe e a comunidade entenderem a importância e a seriedade do tema tratado, pode-se de maneira eficiente obter ótimos resultados ao plano.

5 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Os usuários tabagistas que frequentam a UBS Bairro Novo, a maioria na faixa de meia idade, com o início do consumo do tabaco aos 15 anos de idade, com doenças terminais e incapacitantes para atividades laborais, com possibilidades de prevenção de morbidade e mortalidade, mas que procuram tratamento tardio, quando já apresentam alguma gravidade de dependência à nicotina, comorbidades médicas e psiquiátricas, mas sem incapacidades para atividades funcionais. O tratamento do tabagismo é bem mais amplo do que ajudar a deixar de fumar, a equipe deve desenvolver habilidades para orientar um estilo de vida saudável e desenvolver estratégias de enfrentamento para lidar com situações de risco de possíveis recaídas.

O tratamento para deixar de fumar deverá considerar o contexto clínico, a severidade à dependência de nicotina, idade de início de consumo do tabaco, comorbidades, história familiar, motivação para cessar, condicionamentos, situações e sentimentos relacionados com o vício do cigarro.

Mediante todas estas análises é possível concluir a necessidade de programas de cessação do tabagismo, entendendo que as pessoas nem sempre conseguem alcançar este objetivo sozinhas, necessitando do apoio de médicos, psicólogos e do uso de medicamentos.

5.1 RECOMENDAÇÕES PARA TRABALHOS FUTUROS

Por considerar o tabagismo um mal do século e epidemia que dissemina cada vez mais no mundo, por estas razões a prevenção e o controle do tabagismo deve constituir prioridade dos órgãos governamentais e não governamentais das áreas da saúde, educação, meio ambiente.

E deve ser portanto, assunto de pesquisa constante, uma vez que dados são atualizados periodicamente e que o tabagismo trata-se de um problema multifacetado que envolve e prejudica vários setores da sociedade de uma maneira geral. Pesquisas demonstram que parar de fumar, em qualquer idade, traz ganhos para a saúde, mesmo que uma pequena proporção de fumantes fosse capaz de parar de fumar, os benefícios para a saúde a longo prazo e os benefícios econômicos seriam imensos. Parar de fumar assim torna-se uma decisão inteligente.

REFERÊNCIAS

BRASIL. Ministério da Saúde. Instituto Nacional do Câncer – INCA. Coordenação de Prevenção e Vigilância (COMPREV). Abordagem e tratamento do Fumante. Consenso 2001. Rio de Janeiro: INCA, 2001.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Aprova a Política nacional de Assistência Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes e normas para a organização de Atenção Básica para o Programa de Saúde da Família (PSF) e o Programa Agentes Comunitários de Saúde (PACS). Portaria nº 648, de 28 de março de 2006.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Estratégias para o cuidado da pessoa com doença crônica: o cuidado da pessoa tabagista / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica. – Brasília: Ministério da Saúde, 2015. Disponível em: 189.28.128.100 › dab › docs › portaldab › publicacoes › caderno_40 Acesso em 15/10/2019.

BRASIL. Protocolos clínicos e diretrizes terapêuticas – PCDT. Ministério da saúde - Portal do governo brasileiro. Publicado em 16 de agosto de 2019. Última atualização em 10 de outubro de 2019. Disponível em: www.saude.gov.br › protocolos-e-diretrizes. Acesso em: 09/10/2019.

CUNHA, Valéria. Programa Nacional de Controle do Tabagismo Instituto Nacional de Câncer José Alencar Silva/ INCA Ministério da Saúde - 2007. Disponível em : [bvsms.saude.gov.br/bvs/publicações/inca/Programa nacional de controle do tabagismo](http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicações/inca/Programa_nacional_de_controle_do_tabagismo) Acesso em: 10/10/2019.

CURITIBA, Prefeitura Municipal de Curitiba. Secretaria de Saúde. Com 60 mil fumantes a menos, Curitiba deixa de ser a capital do cigarro. Curitiba, julho, 2019. Disponível em: <https://www.curitiba.pr.gov.br> › noticias › com-60-mil-fumantes-a-menos-... Acesso em 25/10/2019.

CURITIBA, Prefeitura Municipal de Curitiba. Secretaria de Saúde. Histórico da Secretaria. Curitiba, outubro, 2019. Disponível em: <http://www.saude.curitiba.pr.gov.br/a-secretaria/historico-da-secretaria.html> Acesso em: 24/10/2019.

D' ÁVILA. Débora Christina Ribas. Transtorno de uso do tabaco. Publicado em 7 de julho de 2013. Disponível em: deboradavila.blogspot.com/2013/07/tratamento-do-tabagismo-sociedade.html Acesso em 05/10/2019.

DELFINO, Lucio. Responsabilidade civil e tabagismo. Curitiba: Juruá, 2007.

FORTÍSSIMA. Tabagismo: conheça as substâncias do cigarro que são nocivas para a saúde - publicado em: 22/03/2014. Disponível em: <https://fortissima.com.br> › 2014/03/22 › tabagismo-conheca-substancias-ci... Acesso em: 12/10/2019.

GIL, Antonio Carlos. Como elaborar projetos de pesquisa. 5. ed. São Paulo: Atlas, 2010.

IBGE – INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios. Rio de Janeiro, 2009. Disponível em: <https://ibge.gov.br> Acesso em: 24/10/2019.

INSTITUTO NACIONAL DO CANCER (INCA/MS). Causas e Prevenção. Tabagismo. Última modificação: 24/10/2018. Disponível em: <https://www.inca.gov.br/tabagismo>. Acesso em: 15/10/2019.

INSTITUTO NACIONAL DO CANCER (INCA/MS). Programa Nacional de Controle ao tabagismo. Tratamento do tabagismo. Última modificação: 01/10/2019. Disponível em: <https://www.inca.gov.br> › tratamento Acesso em: 16/10/2019.

KEMMIS, S.; McTAGGART, R. Como planificar la investigación-acción. Barcelona: Laertes, 1988.

KOWALSKI, Rodolfo Luis. Índice de fumantes volta a crescer em Curitiba, a 'Capital do cigarro'. Bem Paraná [on line]. Paraná. Ago, 2018. Disponível em: <https://www.bemparana.com.br/noticia/indice-de-fumantes-volta-a-crescer-em-Curitiba-a-Capital-do-cigarro#.Xb7mdTNKjIU> Acesso em: 26/10/2019.

NUNES, S. O. V. CASTRO, M. R. P. (organizadores) Tabagismo: abordagem, prevenção e tratamento – Londrina: Eduel, 2010. ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DE SAÚDE (OPAS/OMS Brasil). Consumo de tabaco está diminuindo, mas ritmo de redução ainda é insuficiente, alerta novo relatório da OMS - 30/05/2018. Disponível em: <https://www.paho.org> › bra › id=5688:consumo-de-tabaco-esta-diminuind.. Acesso em: 10/10/2019.

PELLEGRINI, Luis. Tabaco: História de um vício mortal. Planeta – nº edição: 535, 18/10/2017. Disponível em: <https://www.revistaplaneta.com.br> › Saúde Acesso em: 05/10/2019.

OMS-Organização Mundial de Saúde. Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados à Saúde (CID10). 4.ed. São Paulo: Edusp; 1997.

OPAS. Organização Pan-Americana de Saúde (OPAS/OMS Brasil). Folha Informativa -Tabaco. Atualizada em julho de 2019. Disponível em: <https://www.paho.org> › bra › id=5641:folha-informativa-tabaco Acesso em: 15/10/2019.