

PROGRAMA DE CONTROLE AO TABAGISMO EM UM CENTRO DE ATENDIMENTO INTEGRAL À SAÚDE: PERFIL E RESULTADOS

THE TOBACCO CONTROL PROGRAM IN A COMPREHENSIVE CARE CENTER HEALTH: PROFILE AND RESULTS

PROGRAMA PARA EL CONTROL DEL TABAQUISMO EN UN CENTRO DE ATENCIÓN INTEGRAL A LA SALUD: PERFIL Y LOS RESULTADOS

Daniela Nemmen da Silva

Psicóloga pela Universidade de Passo Fundo Especialista em Saúde Pública com ênfase em Saúde da Família pelo Centro Universitário Internacional Uninter
daninemmen@yahoo.com.br

Karla Sell Schneider

Enfermeira (Unioeste – Universidade Estadual do Oeste do Paraná). Especialista em Enfermagem do Trabalho (CBES – Colégio Brasileiro de Estudos Sistemáticos) e Estratégia Saúde da Família (Unipar – Universidade Paranaense).
karlasschneider@hotmail.com

RESUMO

O tema de estudo de pesquisa foi a análise de perfil dos pacientes e dos resultados do Programa de Controle ao Tabagismo em um Centro de Atendimento Integral à Saúde (CAIS) de Passo Fundo. O grupo analisado constituiu-se de 47 indivíduos, de ambos os sexos, com idades entre 27 e 74 anos, atendidos no CAIS Dr. Luiz Fragomeni em 2009, 2011 e 2012. A coleta de dados baseou-se na análise de questionário aplicado em entrevista motivacional, além do FTDN (Fagerstrom Test for Dependence) e da planilha de coleta de informações. Pode ser observado que a adolescência é o período no qual a maioria dos sujeitos de pesquisa adquiriu o hábito de fumar. Essa constatação reafirma o que já é de conhecimento do meio científico. Por outro lado, a procura por tratamento ocorre em uma faixa etária de sujeitos com mais idade. Confirmou-se também a tendência mundial de aumento do hábito de fumar entre pessoas do gênero feminino. Problemas no estômago e crises de depressão e/ou ansiedade são mais recorrentes entre os fumantes. Isso evidencia que o tabagismo também é fator coadjuvante em inúmeras doenças do aparelho digestivo. Verificou-se que doenças psiquiátricas são fatores importantes a serem considerados na avaliação de tabagistas. Apesar da pontuação do grau de dependência, os resultados do programa apresentaram-se satisfatórios. Tal fato deve-se, provavelmente, às experiências anteriores de interrupção e que contribuíram gradativamente no processo decisório para mudança de comportamento.

Palavras-chave: Tabagismo. Dependência. Tratamento.

PROGRAMA DE CONTROLE AO TABAGISMO EM UM CENTRO DE ATENDIMENTO INTEGRAL À SAÚDE: PERFIL E RESULTADOS

ABSTRACT

The topic of the research was the analysis of patients' profile and the results of the Tobacco Control Program in an integral health care center (CAIS) in Passo Fundo, state of Rio Grande do Sul, Brazil. The group analyzed was composed of 47 individuals of both genders, with ages between 27 and 74 years, treated at CAIS Dr. Luiz Fragomeni in 2009, 2011 and 2012. The data collection was based on the analysis of a questionnaire applied during a motivational interview, besides the FTDN (Fagerstrom Test for Dependence) and the spreadsheet of information collection. It can be observed that adolescence is the period in which the majority of the individuals acquired the habit of smoking. This finding reaffirms what is already known by the scientific community. On the other hand, the demand for treatment occurs at an age range of older subjects. The global trend of the increase of smoking among women was also confirmed. Problems in the stomach and bouts of depression and/or anxiety are more recurrent among smokers. This provides evidence that smoking is also an adjuvant factor in many diseases of the digestive tract. It was found that psychiatric diseases are important factors to be considered in the evaluation of smokers. In spite of the score of the dependence degree, the results of the program were found to be satisfactory. It probably occurs due to previous experiences of interruption that which contributed gradually to the decision-making process for behavior change.

Key words: Smoking. Dependence. Treatment.

RESUMEN

El tema de investigación fue el análisis del perfil de los pacientes y de los resultados del Programa para controlar el tabaquismo en un Centro de Atención Integral a la Salud (CAIS) de Passo Fundo. El grupo analizado tenía 47 individuos de ambos sexos, con edades comprendidas entre 27 y 74 años de edad, atendidos en el CAIS Dr. Luiz Fragomeni en 2009, 2011 e 2012. La recopilación de datos se basó en el análisis de un cuestionario aplicado en entrevista motivacional, además del FTDN (Fagerstrom Test for Dependence) y en la hoja de recogida de informaciones. Puede observarse que la adolescencia es el período en el que la mayoría de los sujetos del estudio adquirió el hábito de fumar. Este hallazgo confirma lo que ya es de conocimiento del medio científico. Por otro lado, los que buscan tratamiento son los de más edad. Se confirmó también la tendencia mundial de aumento del hábito de fumar entre las personas del sexo femenino. Problemas en el estómago y los episodios de depresión y/o ansiedad son más recurrentes entre los fumadores. Esto evidencia que el tabaquismo también es factor coadyuvante en inúmeras enfermedades del tracto digestivo. Se constató que las enfermedades psiquiátricas son factores importantes a considerar en la evaluación de los fumadores. A pesar de la puntuación del grado de dependencia, los resultados del programa se presentaron satisfactorios. Esto probablemente, se debe a las experiencias anteriores de interrupción y que contribuyeron gradualmente en el proceso decisorio para el cambio de comportamiento.

Palabras-clave: Tabaquismo. Adicción. Tratamiento

INTRODUÇÃO

O consumo de tabaco é um dos maiores problemas de saúde pública, de proporções internacionais. Estimativa de mortes anuais relacionadas ao tabagismo realizada pelo Ministério da Saúde (BRASIL, 1998) aponta 2 milhões de mortes nos países

desenvolvidos, 1 milhão nos países em desenvolvimento, num total de 3 milhões de mortes anuais associadas ao tabaco.

A Organização Mundial de Saúde (2008) produziu a primeira análise abrangente sobre o consumo e o controle global de tabaco. O relatório confirma que a epidemia global de tabagismo é uma das maiores ameaças de saúde pública dos tempos modernos que, se deixada sem resposta, poderia resultar em um bilhão de mortes no século XXI.

O relatório concluiu que ainda que tenha havido progressos em anos recentes, “praticamente todos os países precisam fazer mais” (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2008). Atualmente, somente 5% da população mundial está plenamente coberta por qualquer das principais intervenções que reduziram significativamente o consumo do tabaco nos países que as implementaram. O relatório identifica, ainda, como uma resposta poderosa à epidemia, um conjunto de seis estratégias comprovadamente eficazes para reduzir o consumo de tabaco, entre elas: oferecer ajuda para deixar o consumo de tabaco.

Apesar disso, o combate ao fumo e seus malefícios ganhou fôlego apenas nos últimos 30 anos. Além da abordagem preventiva, novas técnicas terapêuticas e farmacológicas foram desenvolvidas, tornando o tratamento desta dependência bastante promissor.

Segundo a American Psychiatric Association (2003) a dependência química é uma doença crônica com danos lentos e irreversíveis física e psicologicamente. No DSM-IV-TR (Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders) aparece como transtornos relacionados a substâncias.

Cerca de 70% dos fumantes afirmam que gostariam de parar de fumar. Destes, um terço deles fez, pelo menos, três tentativas sérias de parar. Ainda, menos de 5% dos fumantes que tentaram parar de fumar sem ajuda, permaneceram abstinentes por um ano. O hábito de fumar é considerado um ato que necessita de tratamento (GIGLIOTTI et al., 1999; RUIZ et al., 2000).

O presente estudo analisa o perfil e os resultados do Programa de Controle ao Tabagismo em um Centro de Atendimento Integral à Saúde (Cais) de Passo Fundo com o intuito de levantar informações acerca do perfil dos pacientes que procuram o programa,

assim como verificar a sua eficácia. A população constitui-se de 47 indivíduos atendidos em 2009, 2011 e 2012.

O TABAGISMO COMO PROBLEMA DE SAÚDE PÚBLICA

Na história do tabaco observamos que a planta, de origem americana, cientificamente chamada *Nicotiana Tabacum*, chegou à Europa no século XVI. Conforme Costa e Silva (1990, p. 14-16) o uso do tabaco surgiu aproximadamente no ano 1000 a.C., nas sociedades indígenas da América Central, em rituais mágico-religiosos. A planta chegou ao Brasil provavelmente pela migração de tribos tupis-guaranis. Quando os portugueses aqui desembarcaram, tomaram conhecimento do tabaco pelo contato com os índios. A partir do século XVI, o seu uso disseminou-se pela Europa. Suas folhas foram comercializadas sob a forma de fumo para cachimbo, rapé, tabaco para mascar e charuto até que, no final do século XIX iniciou-se a sua industrialização sob a forma de cigarro. Seu uso espalhou-se de forma epidêmica por todo o mundo a partir de meados do século XX, ajudado pelo marketing e técnicas publicitárias. Importante destacar que a folha do tabaco foi incorporada ao brasão da República, pela importância econômica do produto no Brasil.

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

A presença de cerca de 4.720 substâncias presentes na fumaça dos derivados do tabaco faz com que o tabagismo seja responsável por aproximadamente 50 doenças (BRASIL, 2002). Está comprovado que o tabagismo é responsável por: 200 mil mortes por ano no Brasil (23 pessoas por hora); 25% das mortes causadas por doença coronariana - angina e infarto do miocárdio; 45% das mortes por infarto agudo do miocárdio na faixa etária abaixo de 65 anos; 85% das mortes causadas por bronquite crônica e enfisema pulmonar (doença pulmonar obstrutiva crônica); 90% dos casos de câncer no pulmão (entre os 10% restantes, 1/3 é de fumantes passivos); 25% das doenças vasculares (entre

elas, derrame cerebral); 30% das mortes decorrentes de outros tipos de câncer (de boca, laringe, faringe, esôfago, estômago, pâncreas, fígado, rim, bexiga, colo de útero, leucemia).

Estimativas mundiais sobre o câncer, de acordo com o GLOBOCAN 2008 (FERLAY, 2010) apontam 12,7 milhões de casos novos e 7,6 milhões de óbitos por câncer no mundo. O tipo com maior mortalidade foi o câncer de pulmão, com 1,3 milhão de mortes. No Brasil, o câncer de pulmão é o tipo de tumor mais letal e também uma das principais causas de morte no país. Segundo o Instituto Nacional de Câncer (2009), nas estimativas para o ano de 2010, válidas também para o ano de 2011, são esperados 28 mil novos casos de câncer de pulmão, sendo 18 mil homens e 10 mil mulheres. Ao final do século XX, o câncer de pulmão se tornou uma das principais causas de morte evitável. O consumo de tabaco é o mais importante fator de risco para o desenvolvimento de câncer de pulmão. Comparados com os não fumantes, os tabagistas têm cerca de 20 a 30 vezes mais risco de desenvolver câncer de pulmão.

Um estudo realizado por Ugá e Pinto (2010) analisou os custos de doenças relacionadas ao tabaco para o Sistema Único de Saúde. Os pesquisadores calcularam os custos diretos de internações por doenças tabaco-relacionadas no ano de 2005, sob a perspectiva do Sistema Único de Saúde (SUS) para três grupos de doenças: câncer, aparelhos circulatório e respiratório. Para o câncer, os custos com quimioterapia também foram considerados. Os custos atribuíveis ao tabagismo foram de R\$ 338.692.516,02, representando 27,6% dos custos totais dos procedimentos analisados para os três grupos. Se consideradas as internações e procedimentos de quimioterapia pagos para todas as patologias, os custos alcançaram 7,7% dos custos totais. Ainda, 0,9% das despesas com ações e serviços de saúde financiados com recursos próprios da esfera federal puderam ser atribuídos ao tabagismo em 2005.

Outro estudo recente (THE LANCET, 2012) aponta que parar de fumar antes dos 30 anos reduz o risco de morte prematura. Os pesquisadores acompanharam 1,3 milhão de mulheres com idades entre 50 e 65 anos por aproximadamente 12 anos. Inicialmente, 20% delas fumavam, 28% haviam abandonado o vício e 52% não eram tabagistas. Três anos após o início da pesquisa, constatou-se que as fumantes tinham quase três vezes mais chances de morrer nos nove anos seguintes do que as mulheres não fumantes. Em outras

PROGRAMA DE CONTROLE AO TABAGISMO EM UM CENTRO DE ATENDIMENTO INTEGRAL À SAÚDE: PERFIL E RESULTADOS

palavras, dois terços de todas as mortes de mulheres fumantes com idades entre 50 e 70 anos são ocasionados por males ligados ao cigarro, como câncer de pulmão, doenças cardiovasculares, AVC, entre outros problemas.

Assim, aquelas que abandonaram o cigarro antes dos 30 anos tiveram redução de 97% do risco de morte prematura. Até o final do estudo, 66 mil voluntárias morreram. Além disso, a análise mostrou que há redução de 11 anos na expectativa de vida entre mulheres fumantes com idades entre 70 e 80 anos. Apesar de o risco também estar relacionado ao número de cigarros que as participantes fumavam diariamente, mesmo aquelas que faziam uso de menos de 10 cigarros por dia tiveram uma taxa de mortalidade duas vezes mais alta em comparação com as demais.

Ainda, uma pesquisa realizada nos Estados Unidos (AMERICAN HEART ASSOCIATION, 2012) sugere que mulheres que fumam pouco, incluindo aquelas que fumam apenas um cigarro por dia, dobram as chances de morte súbita em comparação às mulheres que nunca fumaram. O estudo analisou a saúde de 101 mil enfermeiras americanas durante mais de três décadas. Durante a pesquisa, ocorreram 315 mortes súbitas causadas pela parada inesperada do coração.

Das 315 mortes súbitas registradas durante o estudo, 75 ocorreram entre enfermeiras que ainda fumavam, 148 entre mulheres que tinham parado de fumar (recentemente ou não) e 128 entre pessoas que nunca fumaram. Depois de levar em conta outros fatores de risco para o coração, como pressão alta, colesterol alto e histórico familiar de problemas cardíacos, descobriu-se que mulheres que fumavam tinham o dobro de chances de morrer de repente mesmo se fumassem entre um e 14 cigarros por dia. Para cada cinco anos de fumo contínuo, o risco aumentava em 8%. Mas, aquelas que pararam de fumar, voltaram ao fator de risco igual ao de mulheres que nunca fumaram, depois de 20 anos sem cigarros.

De acordo com Everett et al¹ (1999 apud LARANJEIRA, 2003, p. 51) a idade média de início de consumo do tabaco está entre 13 e 14 anos, mas a vulnerabilidade para a dependência não está relacionada apenas à idade, o uso das demais drogas entre os adolescentes declina com a idade. Estima-se que 60% daqueles que venham a fumar por

¹ EVERETT, S. A. et al. **Initiation of cigarette smoking and subsequent smoking behavior among U.S. high school students.** Preventive Medicine, 1999; 29:327-33.

mais de seis semanas irão continuar fumando por mais 30 anos e que 30% a 50% das pessoas que começam a fumar criam dependência decorrente do uso problemático, segundo McNeill². (1991 apud LARANJEIRA, 2003, p. 51).

Os processos farmacológicos e comportamentais que determinam a dependência de nicotina são similares àqueles que determinam a dependência de outras drogas, como a heroína e a cocaína, segundo o US Department of Health and Human Services³ (1998 apud LARANJEIRA, 2003, p. 51).

Temos, portanto, um quadro preocupante e merecedor de atenção na Saúde Mental. Nos últimos anos, devido ao aumento da incidência da enfermidade, muito se tem explorado para tentar compreender a gênese da dependência química, assim como criar mecanismos eficazes de prevenção.

Várias abordagens tentam explicar a dependência química por diversos fatores. Nenhuma delas consegue explicar tal fenômeno na sua totalidade. A forma mais compreensível talvez seja a complementação que uma teoria pode dar à outra.

Conforme Gikovate (2008, p. 195):

No fim, concluímos apenas que os vícios são atalhos que tomamos, por medo de enfrentar os percalços da vida. E é por isso que o processo de cura é tão rico e gratificante – apesar da dor.

Freud (1905) destacou a presença de fixações orais em dependentes químicos. Escreveu em seus Três Ensaios sobre a Teoria da Sexualidade “(...) da importância erógena da região labial, constitucionalmente determinada. Se esta importância persistir, estas crianças quando crescerem, (...) terão poderoso motivo para beber e fumar” (pg. 187). Além disso, enfatizava a possibilidade de, através das substâncias psicoativas, alguém conseguir prazer, sem a necessidade da colaboração de outra pessoa. Refere:

Comecei a compreender que a masturbação é o grande hábito, o vício primário, e que é somente como seu sucedâneo e substituto dela que outros vícios - álcool, morfina, tabaco, etc. - adquirem existência. (FREUD, 1897, p. 367).

² MacNeill A.D. **The development of dependence on smoking in children.** Brit J Adidict, 1991; 86:589-92.

³ Us Department of Health and Human Services. **The health consequences of smoking: nicotine addiction. A report of the Surgeon General.** Rockville: Public Health Service, Office on Smoking and Health; 1998.

PROGRAMA DE CONTROLE AO TABAGISMO EM UM CENTRO DE ATENDIMENTO INTEGRAL À SAÚDE: PERFIL E RESULTADOS

A literatura mostra que os pacientes psiquiátricos encontram-se entre as pessoas com maior vulnerabilidade para a dependência de nicotina. Segundo Calheiros et al. (2006) indivíduos com transtornos psiquiátricos fazem uso da nicotina para aliviar os sintomas do transtorno, pois a ação de fumar pode afastar temporariamente alguma condição estressante, distraindo o indivíduo de seus problemas, visto que os efeitos da nicotina causam sensação de bem-estar e alívio dos sintomas da abstinência. Nos pacientes dependentes de nicotina e com comorbidades psiquiátricas, a síndrome de abstinência de nicotina constitui-se em fator de risco para intensificar os sintomas da comorbidade.

Também de acordo com Brasil (2001), transtornos psiquiátricos são frequentemente observados em pacientes com dependência de substâncias psicoativas. Em relação especificamente ao tabagismo, há evidências de uma estreita associação entre o grau de dependência à nicotina e a presença de transtornos psiquiátricos.

Segundo a Organização Mundial da Saúde, o tabagismo deve ser encarado como verdadeira epidemia, devendo o seu controle ser integrado aos programas de saúde pública (BRASIL, 1992). Por isso, no Brasil, o Ministério da Saúde, através do Instituto Nacional de Câncer (Inca) criou a Coordenação Nacional de Controle ao Tabagismo e Prevenção Primária do Câncer (Contapp) que tem como prioridade orientar e estimular o desenvolvimento de ações educativas nas unidades de saúde, escolas e ambientes de trabalho.

Neste sentido foi elaborado um manual – *Ajudando seu paciente a deixar de fumar* (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 1997), o qual alerta para a importância do profissional de saúde, em especial do médico, na abordagem do fumante. Também informa sobre os diversos aspectos da dependência de nicotina e propõe uma forma especial de tratamento compatível com as dimensões e recursos de nosso país.

Além disso, o Brasil começa a apresentar resultados positivos, tanto no avanço do conhecimento por parte da população sobre os malefícios do tabagismo, quanto na criação de legislação local que proíbe totalmente o fumo nestes ambientes. Sete estados e 23 municípios brasileiros já entenderam a importância da adoção de ambientes 100% livres da fumaça do tabaco e aprovaram legislações próprias, implementando ambientes públicos e privados 100% livres da poluição tabagística ambiental. Para isso, contaram com

o apoio das secretarias estaduais e municipais de saúde, além da população, promovendo políticas públicas saudáveis. Com a adoção de medidas desta natureza, estados e municípios contribuem para a elevação da qualidade de vida da população brasileira e para redução dos custos decorrentes das doenças crônicas tabaco-relacionadas que, apesar de altamente evitáveis, hoje sobrecarregam todo o sistema de saúde do país (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2000). O número de óbitos anuais (2.655), ocasionados pela exposição ao fumo passivo poderia ser evitado pela prevenção desta exposição. Além disso, o gasto do Sistema Único de Saúde com o tratamento destes não fumantes que morrem todo ano no Brasil, em consequência de doenças provocadas pelo tabagismo passivo, não chegaria a pelo menos R\$ 19,15 milhões anuais. (BRASIL, 2002).

Como visto, em razão da alta prevalência do tabaco, dos inúmeros malefícios ocasionados à saúde e do alto custo decorrente disto, mostra-se de fundamental importância entender as características que influenciam o comportamento dos tabagistas, assim como analisar a eficácia do método de tratamento disponibilizado aos pacientes pelo Sistema Único de Saúde (SUS).

Metodologia

O estudo quantitativo foi realizado em um Centro de Atendimento Integral à Saúde (Cais Dr. Luiz Fragomeni) de Passo Fundo, que disponibiliza um tratamento para quem deseja parar de fumar através da participação em grupos de curta duração, com orientação de abordagem cognitivo-comportamental e uso de medicação específica. Este grupo conta com a participação de uma equipe multiprofissional (psicóloga, médico, enfermeira, fisioterapeuta e estagiários de psicologia e enfermagem) e qualquer usuário da rede SUS pode usufruir desse serviço na unidade (Cais) mais próxima de sua residência. Essa proposta de descentralização do atendimento atende a um dos requisitos do SUS que consiste em descentralizar a saúde através do reconhecimento da responsabilidade política do município e seus níveis locais com a saúde de seus cidadãos.

Primeiramente, realiza-se uma avaliação individual de cada indivíduo, através de uma entrevista motivacional e de um questionário estruturado que contém um

*PROGRAMA DE CONTROLE AO TABAGISMO EM UM CENTRO DE ATENDIMENTO
INTEGRAL À SAÚDE: PERFIL E RESULTADOS*

instrumento utilizado no levantamento dos dados, o FTDN (Fagerstrom Test for Dependence Nicotine). A entrevista motivacional é um meio de ajudar as pessoas a reconhecer e fazer algo a respeito de seus problemas presentes ou potenciais. Ela é particularmente útil com pessoas que relutam em mudar e que são ambivalentes quanto à mudança. Além disso, pretende ajudar a resolver a ambivalência e colocar a pessoa em movimento no caminho para a mudança. Ela cria uma abertura para a mudança que pavimenta o caminho para o trabalho terapêutico que se segue (MILLER e ROLLNICK, 2001, p. 61-62). O teste FTDN aplicado durante a entrevista tem como objetivo determinar o grau de dependência do indivíduo e, segundo Halty et al. (2002), trata-se de questionário de aplicação simples, rápida, de custo reduzido e com resultados fidedignos.

A entrevista individual fornece conhecimentos acerca da história patológica pregressa, a história tabagística e o grau de motivação de cada participante para deixar de fumar. Através das categorias presentes no questionário é possível coletar informações sobre problemas físicos e/ou psicológicos dos participantes, a utilização de medicação, as situações que influenciam para a manutenção do hábito de fumar, o grau de dependência em que eles se encontram, além de saber se houve ou não alguma outra tentativa para largarem o vício, entre outras.

Posteriormente, o tabagista é encaminhado para o grupo de tratamento, norteado por abordagem cognitivo-comportamental, que têm como objetivo levantar os diversos aspectos da dependência, acompanhar o processo de cessação e potencializar a mudança de comportamento. A abordagem cognitivo-comportamental combina intervenções cognitivas com treinamento de habilidades comportamentais e é muito utilizada para o tratamento das dependências. Em essência, esse tipo de abordagem envolve o estímulo ao autocontrole para que o indivíduo possa aprender como escapar do ciclo vicioso da dependência, tornando-se, assim, um agente de mudança de seu próprio comportamento. (BRASIL, 2001).

Aliado a isso, os participantes realizam uma avaliação médica, na qual, além do exame clínico geral, é administrada a farmacoterapia. Para prescrição de apoio medicamentoso, existem critérios de acordo com o grau de dependência física da nicotina. Existem, no momento, algumas medicações de eficácia comprovada na cessação de fumar. Esses medicamentos são divididos em duas categorias:

medicamentos nicotínicos (também chamados de Terapia de Reposição de Nicotina e se apresentam nas formas de adesivo e goma de mascar) e medicamentos não nicotínicos (antidepressivos bupropiona e nortriptilina). A bupropiona é o medicamento de eleição, pois segundo estudos científicos, é um medicamento que não apresenta, na grande maioria dos casos, efeitos colaterais importantes (BRASIL, 2001). A farmacoterapia tem a função de facilitar a abordagem cognitivo-comportamental, que é a base para a cessação de fumar, e deve sempre ser utilizada.

Infelizmente, nem sempre se pode contar com o apoio medicamentoso, pois, algumas vezes, as medicações encontram-se em falta nas Unidades de Saúde. Importante salientar que os medicamentos atuam como coadjuvantes no processo de cessação de fumar, minimizando os sintomas físicos da síndrome de abstinência. Assim, facilitam as mudanças de comportamento que o fumante deve incorporar no seu dia-a-dia sem o cigarro. (BRASIL, 2001).

Os grupos de tratamento são divididos em quatro sessões semanais, seguidos de mais duas sessões quinzenais, com duração de uma hora e quinze minutos, sendo estruturadas de acordo com o Manual do Participante – Deixando de Fumar Sem Mistério, organizado pelo Ministério da Saúde, de acordo com o Plano Nacional de Controle do Tabagismo (PNCT). Os encontros quinzenais são realizados com o objetivo de auxiliar na manutenção dos novos hábitos, prevenindo a recaída.

Durante a realização dos grupos é preenchida uma planilha (Planilha de Coleta de Informações do Tratamento do Tabagismo) estruturada pelo Ministério da Saúde, que se refere às informações dos pacientes em acompanhamento para tratamento do tabagismo através da abordagem cognitivo-comportamental, que deve ser preenchida pelo coordenador do grupo. Essa planilha fornece informações valiosas acerca do desenvolvimento do grupo, do uso da medicação, da situação do paciente nas sessões estruturadas e se houve cessação, recaídas, etc.

A população constitui-se de 47 indivíduos, de ambos os sexos, com idades entre 27 e 74 anos, atendidos no Cais Dr. Luiz Fragomeni, em 2009, 2011 e 2012. Destes, 23 indivíduos completaram o tratamento e 24 o abandonaram.

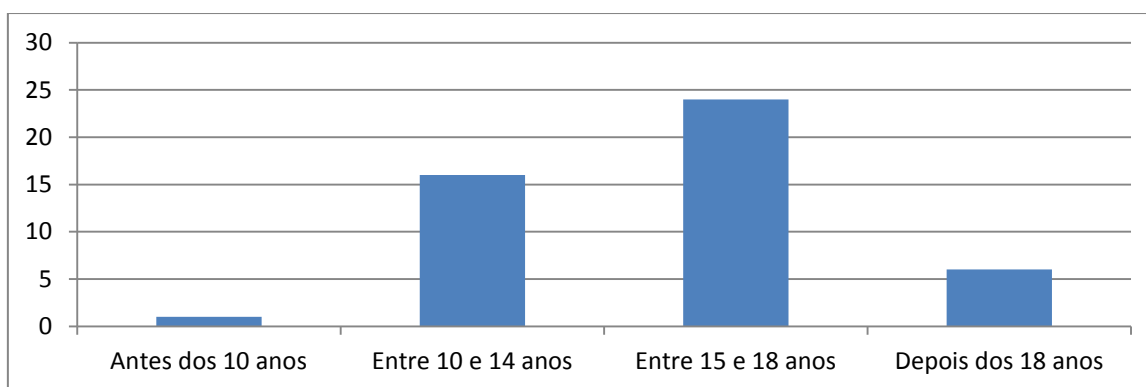
PROGRAMA DE CONTROLE AO TABAGISMO EM UM CENTRO DE ATENDIMENTO INTEGRAL À SAÚDE: PERFIL E RESULTADOS

RESULTADOS

A faixa etária predominante estabeleceu-se entre 30 – 59 anos (85%) e a maior parte dos participantes (76,5%) era do sexo feminino.

Com relação à idade de iniciação, a maior parte dos indivíduos começou a fumar na faixa etária correspondente à adolescência (gráfico 1).

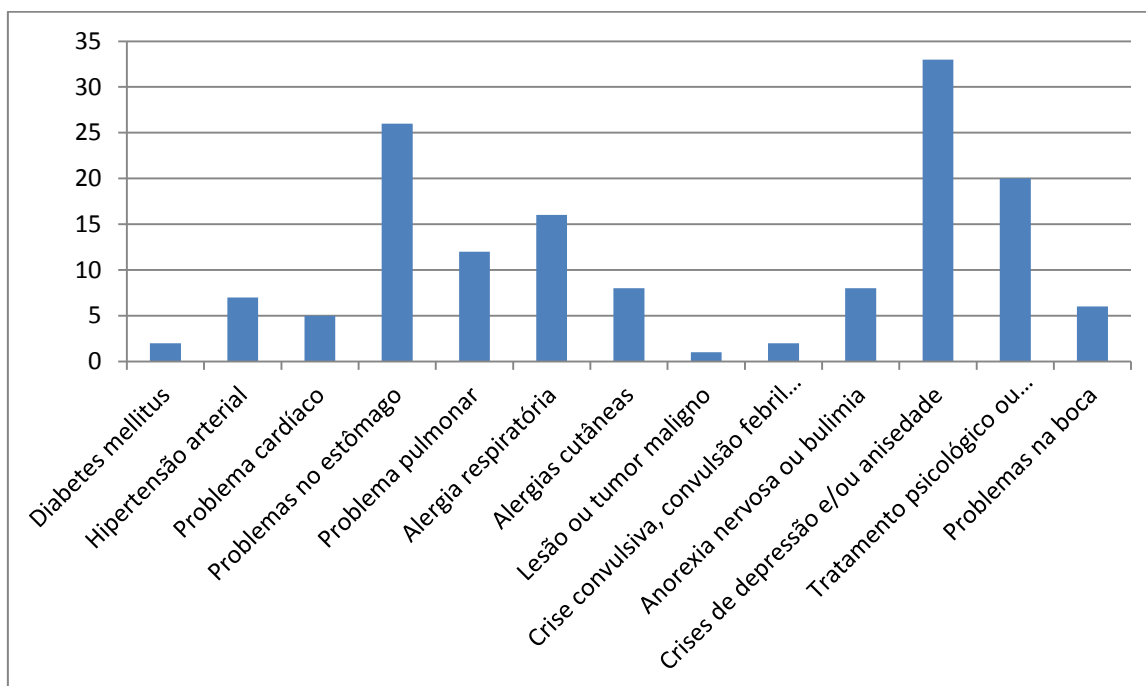
Gráfico 1: Distribuição da população segundo a idade de iniciação ao tabagismo.



Fonte: Elaborado pelas autoras, 2012.

Quanto aos agravos à saúde, problemas no estômago (55,3%) e crises de depressão e /ou ansiedade (70,2%) foram os mais citados entre os participantes (gráfico 2).

Gráfico 2: Distribuição dos indivíduos quanto aos agravos à saúde.

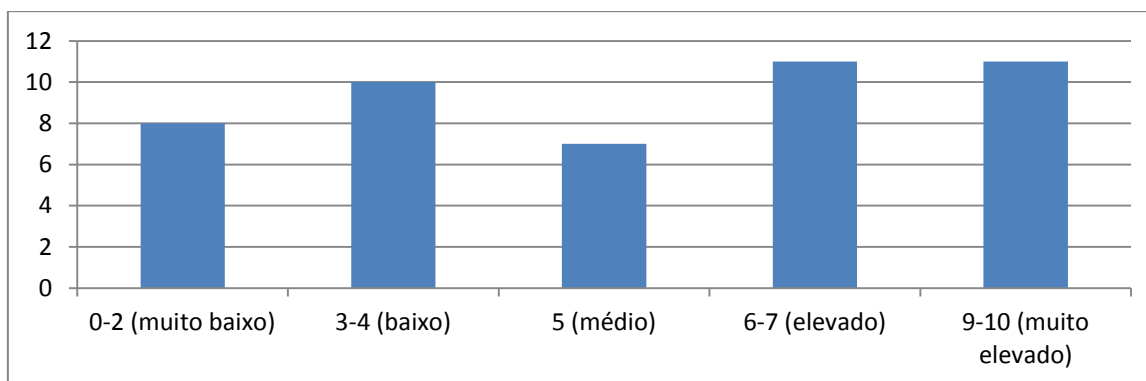


Fonte: Elaborado pelas autoras, 2012.

Quando questionados sobre interrupções ao tabagismo, 63,8% dos indivíduos efetuaram de uma a três tentativas para deixar de fumar anteriormente. Com relação ao consumo diário, a maior parte referiu predominantemente a faixa de consumo de 11 a 20 cigarros por dia (48,9%).

O resultado final do Teste de Fagerstrom revelou que a maior parte dos pacientes pontuou grau elevado e muito elevado (46,8%) e baixo (21,2%) de dependência (gráfico 3).

Gráfico 3: Distribuição dos indivíduos quanto ao resultado final do Teste de Fagerstrom.

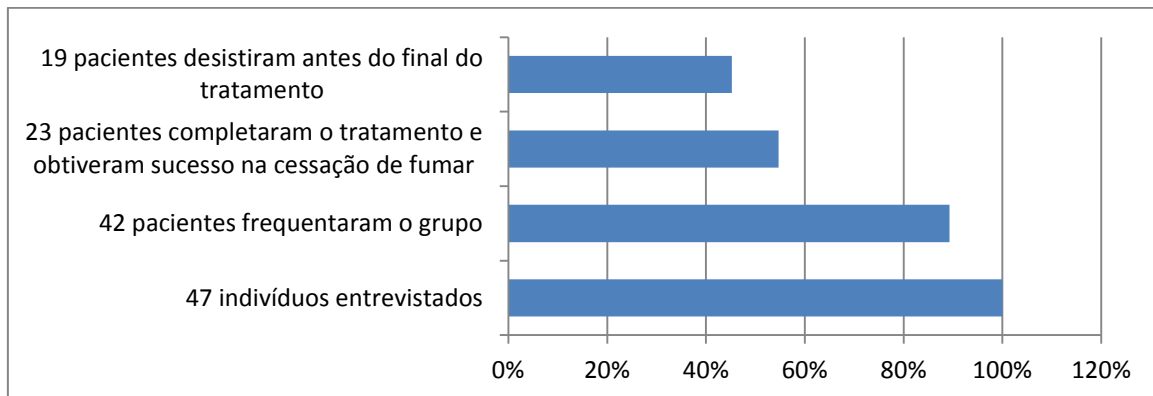


Fonte: Elaborado pelas autoras, 2012.

PROGRAMA DE CONTROLE AO TABAGISMO EM UM CENTRO DE ATENDIMENTO INTEGRAL À SAÚDE: PERFIL E RESULTADOS

Os resultados obtidos dos grupos de tabagismo são representados pelo gráfico 4. Dos 47 indivíduos entrevistados, 42 (89,3%) frequentaram o grupo. Dentre os indivíduos que participaram do programa, 23 (54,7%) completaram o tratamento e obtiveram sucesso na cessação de fumar e 19 (45,2%) desistiram antes de terminar o tratamento.

Gráfico 4: Resultados obtidos no programa de cessação ao tabagismo.



Fonte: Elaborado pelas autoras, 2012.

DISCUSSÃO DOS RESULTADOS

Considerando a variável sexo, encontramos que a maior parte dos participantes (76,5%) eram do sexo feminino, assim como os resultados de Pignatti (1999) e Palácios et al. (2000). Também outros estudos detectaram porcentagens aumentadas em mulheres, como os de Zancan et al. (2011), onde 76,6% dos entrevistados eram mulheres, e Luppi, Alves e Santos (2006), que obtiveram como resultado 57,2% de indivíduos do sexo feminino.

A faixa etária predominante estabeleceu-se entre 30 e 59 anos (85%), diferentemente da encontrada por Luppi, Alves e Santos (2006) onde deu-se entre 31 e 50 anos (73%), mostrando-se levemente aumentada.

Com relação à idade de iniciação, a maior parte dos indivíduos começou a fumar na faixa etária correspondente à adolescência, entre 15 e 18 anos (51%). Este resultado condiz com estudos nacionais e internacionais da literatura, que relacionam a faixa dos 16 aos 18 anos como fase característica de suscetibilidade psicológica e social para promover a

dependência. (LEITE et al., 1999; PIGNATTI, 1999; PALÁCIOS et al., 2000; LEMOS-SANTOS et al. 2000; LÓPEZ et al., 2000; ORIVE et al., 2000; LUPPI, 2001; LUPPI, 2006). A iniciação ao hábito de fumar ocorre caracteristicamente na adolescência, com média mundial de 15 anos, tornando o tabagismo mais prevalente em indivíduos jovens. (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 1997).

Quanto aos agravos à saúde, problemas no estômago (55,3%) e crises de depressão e /ou ansiedade (70,2%) foram os mais citados entre os participantes. Isto mostra que, embora a literatura tenha priorizado a avaliação dos malefícios do tabagismo nos sistemas cardiovascular e respiratório, ele também é fator coadjuvante em inúmeras doenças do aparelho digestivo.

Já no que diz respeito aos problemas psicológicos, a literatura mostra o tabagismo associado à depressão e a outras co-morbidades psiquiátricas. Calheiros et al. (2006) confirmaram a presença de co-morbidades psiquiátricas no tabagismo, relacionadas a transtornos de humor, de ansiedade, esquizofrenia e substâncias psicoativas. De acordo com Brasil (2001), transtornos psiquiátricos são frequentemente observados em pacientes com dependência de substâncias psicoativas e, em relação especificamente ao tabagismo, há evidências de uma estreita associação entre o grau de dependência à nicotina e a presença de transtornos psiquiátricos.

À semelhança de Pignatti (1999), Luppi, Alves e Santos (2006) e Zancan et al. (2011), afirmam que a maior parte dos tabagistas efetuaram tentativas anteriores de interrupção ao tabagismo (63,8%). Segundo Hales e Yudofsky (2006), a recaída pode acontecer durante períodos de alto estresse, ansiedade ou ajustamento, pouco apoio social ou baixa confiança. Também referem que os fatores associados a resultados ruins em longo prazo incluem ajustamento geral deficiente, baixo apoio social, estresse ambiental, exposição a pessoas que fumam, ignorância sobre os perigos do fumo e maior uso ou tolerância.

O consumo diário predominou na faixa de 11 a 20 cigarros por dia (48,9%). Na literatura, a ênfase apresenta-se também nessa faixa, como apontam os estudos de Alonso e Arriazu (1997), Leite et al. (1999), Pignatti (1999), Luppi (2001), Luppi, Alves e Santos (2006) e Zancan et al. (2011). Palácios et al. (2000) mostraram valores inferiores a meio maço.

*PROGRAMA DE CONTROLE AO TABAGISMO EM UM CENTRO DE ATENDIMENTO
INTEGRAL À SAÚDE: PERFIL E RESULTADOS*

Em relação à classificação da dependência de nicotina, o resultado final do Teste de Fagerstrom revelou que a maior parte dos pacientes pontuou grau elevado e muito elevado (46,8%) e baixo (21,2%) de dependência. Encontramos resultados bastante variados na literatura neste quesito. Enquanto Halty et al. (2002) e Luppi, Alves e Santos (2006) constataram que a maioria dos indivíduos pontuou grau elevado e muito elevado de dependência. Zancan et al. (2011) encontraram que 44,7% dos sujeitos avaliados apresentaram dependência leve.

No que diz respeito aos resultados obtidos dos grupos de tabagismo deste estudo, dos 47 indivíduos entrevistados, 42 (89,3%) frequentaram o grupo. Dentre os indivíduos que participaram do programa, 23 (54,7%) completaram o tratamento e obtiveram sucesso na cessação de fumar e 19 (45,2%) desistiram antes de terminar o tratamento. Leite et al (1999), em estudo realizado na Santa Casa de Misericórdia de São Paulo, encontraram 20,4% de abstinência. Pignatti (1999) encontrou taxa de abandono em 67,3%. Luppi, Alves e Santos (2006) mostraram que 35,9% dos indivíduos obtiveram sucesso no tratamento, alcançando a abstinência. Já Zancan et al. (2011) encontraram a mesma proporção nas taxas de abstinência e abandono, sendo que 31,9% dos indivíduos desistiram antes do final do tratamento e a mesma porcentagem conseguiu deixar de fumar.

Observou-se também que, dentre os pacientes que não obtiveram resultado satisfatório no tratamento e desistiram antes do final do mesmo (45,2%), a maioria sofreu com a falta de medicação no decorrer do grupo. Cabe salientar que os pacientes contam com a medicação como recurso coadjuvante ao tratamento, e que o apoio somente nas sessões de terapia como auxiliar é insuficiente. Ruiz et al. (2000) conseguiram êxito em aproximadamente 45% dos indivíduos utilizando a goma como repositor de nicotina. Luppi, Alves e Santos (2006) mostraram que, entre os pacientes que obtiveram resultado satisfatório no tratamento, 30,3% fizeram uso de medicamentos e 3% optaram pela goma de nicotina.

CONCLUSÃO

A análise dos resultados do estudo aqui relatado permitiu concluir que a adolescência caracterizou-se como faixa etária predominante de iniciação ao hábito de fumar, reafirmando o conceito estabelecido no meio científico. Já a faixa etária predominante na busca de tratamento encontrou-se levemente aumentada, o que indica que os pacientes demoram em procurar ajuda. Isto se deva, talvez, em função dos problemas relacionados ao tabagismo que começam a aparecer com o passar dos anos. Confirmou-se também a tendência mundial de aumento da prevalência do hábito de fumar entre o sexo feminino.

Embora a literatura tenha priorizado a avaliação dos malefícios do tabagismo nos sistemas cardiovascular e respiratório, os fumantes apresentaram maiores valores de prevalência para problemas no estômago e crises de depressão e /ou ansiedade. Isto evidencia que o tabagismo também é fator coadjuvante em inúmeras doenças do aparelho digestivo. Não obstante, verificou-se que as co-morbidades psiquiátricas são fatores importantes a serem considerados na avaliação de tabagistas. Tanto o uso do tabaco pode ser utilizado como forma de aliviar os sintomas da depressão nestes pacientes, como há mais chances de haver uma maior dificuldade de obtenção e manutenção da abstinência e de adesão ao tratamento devido a essas co-morbidades.

Apesar da pontuação do grau de dependência, os resultados do programa apresentaram-se satisfatórios, provavelmente devido às experiências anteriores de interrupção que contribuíram gradativamente no processo decisório para mudança de comportamento. A utilização de recursos medicamentosos também pode ser considerada como aspecto relevante, na medida em que ameniza os sintomas da abstinência e influencia no tratamento. Nesse sentido, propõem-se investimentos governamentais e institucionais que visem garantir o atendimento integral das propostas do programa de tabagismo ofertado pelo SUS.

PROGRAMA DE CONTROLE AO TABAGISMO EM UM CENTRO DE ATENDIMENTO
INTEGRAL À SAÚDE: PERFIL E RESULTADOS

REFERÊNCIAS

ALONSO, J. M. A.; ARRIAZU, F. J. B. Prevalencia del tabagismo em los trabajadores de um hospital. **Revista Española de Salud Pública, Madrid**, v.71, n.5, p. 451-462, 1997.

AMERICAN HEART ASSOCIATION. **Fumar pouco já dobra risco de morte súbita em mulheres**. Estados Unidos: 2012. Disponível em: <<http://saude.ig.com.br/minhasaude/2012-12-12/fumar-pouco-ja-dobra-risco-de-morte-subita-em-mulheres-diz-estudo.html>>. Acesso em: 15 dez. 2012.

AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION. **Referência rápida aos critérios diagnósticos do DSM-IV-TR**. Porto Alegre: Ed. Artmed, 2003.

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

_____. Ministério da Saúde. Instituto Nacional de Câncer. Coordenação de Programas de Controle de Câncer. **Métodos para se deixar de fumar**. 2ª Ed., Rio de Janeiro, 1992.

_____. Ministério da Saúde. Instituto Nacional de Câncer/Fundação Getúlio Vargas. **Cigarro Brasileiro: Análises e Propostas para Redução do Consumo**. Rio de Janeiro, 2000.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria Nacional de Assistência à Saúde. Instituto Nacional de Câncer. Coordenação Nacional de Controle do Tabagismo e Prevenção Primária do Câncer. **Falando sobre Tabagismo**. 3ª Ed., Rio de Janeiro, 1998.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria Nacional de Assistência à Saúde. Instituto Nacional de Câncer. Coordenação Nacional de Controle do Tabagismo e Prevenção Primária de Câncer. **Ajudando seu paciente a deixar de fumar**. Rio de Janeiro: INCA, 1997.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Assistência à Saúde. Instituto Nacional de Câncer. **Estimativas da Incidência e Mortalidade por Câncer**. Rio de Janeiro, 2002.

CALHEIROS, P. R. V. et al. Comorbidades psiquiátricas no tabagismo. **Revista Aletheia**, n. 23, p. 65-74, 2006.

COSTA E SILVA, V. L. Tabagismo: um problema de saúde pública no Brasil. **Jornal brasileiro de Medicina. Rio de Janeiro**, v. 59, n.2, p. 14-16, ago. 1990.

FERLAY, J. et al. **GLOBOCAN 2008: Cancer Incidence and Mortality Worldwide**. Lyon, France: International Agency for Research on Cancer, 17-06- 2010. Disponível em: <<http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.3322/caac.20107/full#bib2>>. Acesso em: 16 dez. 2012.

FREUD, S. **Três ensaios sobre a teoria da sexualidade (1905)**. Rio de Janeiro: Ed. Imago, 1972, 24v., v. VII.

_____. **Extratos dos documentos dirigidos a Fliess: Carta 79 (1897)**. Rio de Janeiro: Ed. Imago, 1977.

GIGLIOTTI, A. et al. **Tabagismo**. *Jornal Brasileiro de Medicina*. Rio de Janeiro, v.77, n.2, p. 48-78, 1999.

GIKOVATE, F. **Cigarro: Um adeus possível**. 4ª Ed. São Paulo: MG Editores, 2008.

HALES, R. E.; YUDOFISKY, S. C. **Tratado de Psiquiatria Clínica**. 4ª Ed. Porto Alegre: Artmed, p. 326-327, 2006.

HALTY, L. S. et al. Análise da utilização do questionário de Tolerância de Fagerstrom (QTF) como instrumento de medida da dependência nicotínica. **Jornal de Pneumologia, São Paulo**, v. 28, n. 4, p. 180-186, 2002.

INSTITUTO NACIONAL DE CÂNCER. **Estimativa 2010: Incidência de Câncer no Brasil**. 24-11-2009. Disponível em: <http://www2.inca.gov.br/wps/wcm/connect/agencianoticias/site/home/noticias/2009/lançamento_estimativa_2010>. Acesso em: 16 dez. 2012.

LARANJEIRA, R. (Coord). **Usuários de Substâncias Psicoativas: abordagem, diagnóstico e tratamento**. 2ª Ed. , São Paulo: Conselho Regional de Medicina do Estado de São Paulo/Associação Medica Brasileira, 2003.

PROGRAMA DE CONTROLE AO TABAGISMO EM UM CENTRO DE ATENDIMENTO INTEGRAL À SAÚDE: PERFIL E RESULTADOS

LEITE, J. C. T.; FRANKEN, R. A. Psicoterapia de grupo no tratamento da dependência de nicotina: experiência da Santa Casa de São Paulo. **Revista da Sociedade de Cardiologia do Estado de São Paulo, São Paulo**, v.6, supl. A, p. 1-10, 1999.

LEMOS-SANTOS, M. G. F.; GONÇALVES-SILVA, R. M. V.; BOTELHO, C. **Tabagismo, composição corporal, distribuição da adiposidade e ingestão alimentar em fumantes, não fumantes e ex-fumantes**. A Folha Médica, Rio de Janeiro, v.119, n.3, p. 23-31, 2000.

LÓPEZ, E. G. et al. **Prevalência Del consumo de tabaco em lós profesionales sanitários del Insalud 1998**. Prev. Tabaq., v.2, n.1, p. 22-31, 2000.

LUPPI, C. H. B.; ALVES, M. V. F. F.; SANTOS, A.A. Programa de cessação ao tabagismo: perfil e resultados. **Revista Ciência em Extensão**, v.2, n.2, p.1, 2006.

LUPPI, C. H. B. **Prevalência de tabagismo no Campus de Botucatu/Unesp**. 2001. 87f. Dissertação (Mestrado) – Faculdade de Medicina, Universidade Estadual Paulista, Botucatu, 2001.

MILLER, W. R. & ROLLNICK, S. **Entrevista Motivacional: Preparando as pessoas para a mudança de comportamentos adictivos**. Porto Alegre: Artmed Editora, p. 61-62, 2001.

ORIVE, J. I. G. et al. **Actitudes ante el tabaquismo y características del hábito de um grupo de asmáticos jóvenes comparado com um grupo sin asma**. Archivos de Bronconeumología, Barcelona, v.36, n.3, p. 133-138, 2000.

PALÁCIOS, P. J. R. et al. **Perfil tabáquico de los adolescentes de enseñanza secundaria. Estudio comparativo entre el médio rural y urbano**. Prev. Tabaq., v. 2, n. 1, p. 5-16, 2000.

PIGNATTI, M. H. **Programa de cessação de fumar conduzido por enfermeiras do Prev-Fumo**. 1999. 78f. Dissertação (Mestrado) - Escola Paulista de Medicina, Departamento de Psiquiatria, São Paulo, 1999.

RUIZ, C. A. J. et al. **Tratamiento individualizado del tabaquismo: Resultados com chicles de 2 y 4 mg de nicotina**. Archivos de Bronconeumologia. Barcelona, v.36, p. 129-132, 2000.

THE LANCET. **Parar de fumar antes dos 30 anos reduz o risco de morte prematura**. Reino Unido: 27-10-2012. Disponível em: <<http://yahoo.minhavidacom.br/saude/materias/15750->

parar-de-fumar-antes-dos-30-reduz-risco-de-morte-prematura-em-97>. Acesso em: 03 nov. 2012.

UGÁ, M. A. D.; PINTO, M. Os custos de doenças tabaco-relacionadas para o Sistema Único de Saúde. **Cadernos de Saúde Pública**, vol. 26, p. 1234-1245, 2010.

World Health Organization. **Relatório da OMS sobre a Epidemia de Tabagismo Global**. 2008. Disponível em: www.who.int/tabaco/mpower. Acesso em: 22 out. 2012.

_____. **Tobacco or health: a global status report**. Geneva, 495 p., 1997. ZANCAN, N. et al. Intervenções psicológicas em grupos de controle de tabagismo: relato de experiência. **Revista de Psicologia da IMED**, v.3, n.2, p. 534-544, 2011.