

UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA

D'AVILA DANIELA DE BRITO

**PROBLEMATIZANDO O TABAGISMO:
UMA PROPOSTA DE INTERVENÇÃO EDUCATIVA BASEADA NA
CONSCIENTIZAÇÃO DE PAULO FREIRE**

FLORIANÓPOLIS (SC)

2014

UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA

D'AVILA DANIELA DE BRITO

**PROBLEMATIZANDO O TABAGISMO:
UMA PROPOSTA DE INTERVENÇÃO EDUCATIVA BASEADA NA
CONSCIENTIZAÇÃO DE PAULO FREIRE**

Monografia apresentada ao Curso de Especialização em Linhas de Cuidado em Enfermagem – Doenças Crônicas não transmissíveis do Departamento de Enfermagem da Universidade Federal de Santa Catarina como requisito parcial para a obtenção do título de Especialista.

Professor Orientador:

M.Sc. Cláudio Claudino da Silva Filho

FLORIANÓPOLIS (SC)

2014

FOLHA DE APROVAÇÃO

O trabalho intitulado “Problematizando o tabagismo: uma proposta de intervenção educativa baseada na conscientização de Paulo Freire”, de autoria da aluna D’avila Daniela De Brito foi examinado e avaliado pela banca avaliadora, sendo considerada **APROVADA** no Curso de Especialização em Linhas de Cuidado em Enfermagem – Área Doenças Crônicas Não-transmissíveis

M.Sc. Cláudio Claudino da Silva Filho

Orientador da monografia

Profa. Dra. Vânia Marli Schubert Backes

Coordenadora do Curso

Profa. Dra. Flávia Regina Souza Ramos

Coordenadora de Monografia

FLORIANÓPOLIS (SC)

2014

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO.....	01
2 FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA.....	03
3 MÉTODO.....	09
4 RESULTADO E ANÁLISE.....	12
5 CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	21
REFERÊNCIAS.....	22

LISTA DE GRÁFICOS

Gráfico 1. Prevalência de mulheres ex fumantes segundo as capitais e Distrito Federal.....	15
Gráfico 2. Prevalência de adultos ex fumantes segundo as capitais e Distrito Federal.....	16

LISTA DE TABELAS

Tabela 1. Grau de nicotina.....	13
Tabela 2. Participantes por gênero.....	14
Tabela 3. Idade tabagística.....	16
Tabela 4. Plano de intervenção.....	18

RESUMO

O tabagismo é uma doença que configura importante fator de risco para outras doenças crônicas não-transmissíveis de alta mortalidade e é susceptível ao transmissíveis. Este problema afeta a saúde dos consumidores e fumantes passivos, atinge crianças, homens e mulheres, prejudica os seres humanos desde a gestação até a senescência. Na assistência à saúde dos fumantes, a estratégia principal é oferecer o tratamento da dependência ao tabaco com o objetivo da cessação. O Programa de tratamento de Tabagismo no SUS sugerido pelo INCA propõe um Consenso de Abordagem e Tratamento do Fumante que aponta diretrizes para a realização do tratamento. A primeira recomendação é a avaliação clínica, grau de dependência de nicotina e estágio motivacional. A segunda recomendação é a participação dos pacientes em grupos de terapia cognitivo-comportamental. O presente trabalho mostra a realização de um grupo de tabagismo em uma unidade de atenção primária de Rio Branco utilizando a ideia de círculo de cultura de Paulo Freire que o animador coordena um grupo que ele mesmo não dirige, em todo momento, promove um trabalho, orienta uma equipe cuja maior qualidade pedagógica é o permanente incentivo a momentos de diálogos e troca de experiências em diversos assuntos cotidianos, neste caso são as dificuldades e os benefícios da cessação do vício do fumo.

Descritores: Enfermagem; Atenção integral à saúde; tabagismo.

1 INTRODUÇÃO

Reconhecida como doença a partir do final do século XX a dependência à nicotina – tabagismo- é hoje considerada uma doença crônica, epidêmica, tida como transtorno do uso de substâncias psicoativas pela Organização Mundial de Saúde (OMS, 1997).

O tabaco é uma planta cujo nome científico é *Nicotina tabacum*, da qual é extraída uma substância chamada nicotina. Seu uso surgiu aproximadamente no ano de 1000 a.C, nas sociedades indígenas da América Central, em rituais mágicos-religiosos com o objetivo de purificar, contemplar, proteger e fortalecer os ímpetos guerreiros, além de acreditar que a mesma tinha o poder de predizer o futuro. A planta chegou ao Brasil provavelmente pela migração de tribos tupi-guaranis, sendo utilizada com fins curativos. No século seguinte, surgiu o hábito de aspirar rapé, ao qual foram atribuídas qualidades medicinais, pois a rainha da França, Catarina de Médicis, o utilizava para aliviar suas enxaquecas. Entre 1840 a 1850, surgiram as primeiras descrições de homens e mulheres fumando cigarros, porém somente após a Primeira Guerra Mundial (1914 a 1918) seu consumo apresentou grande expansão. Machado, Verônica Cordeiro, ALENCO, Marli Isolina, SENA, Janaína, 2007

Durante muitos anos o tabagismo foi visto como uma opção por um estilo de vida. Porém, hoje é reconhecido pela ciência como uma doença causada pela dependência de uma droga, a nicotina. É essa dependência que leva milhões de pessoas a passarem anos se expondo a mais de 4.700 substancias toxicas que causam graves doenças incapacitantes e fatais.

Segundo Rosemberg (2007) a cessação do tabagismo é um processo, mais que um evento específico. Ele se inicia com a decisão de parar de fumar e só termina com a abstinência mantida por longo período. Mais ainda, parar de fumar é uma mudança de comportamento, na qual o paciente é o sujeito ativo de sua própria mudança. Os fumantes esperam e apreciam a abordagem, por profissionais de saúde.

A unidade de referencia primária Dra Cláudia Vitorino iniciou a implantação do programa de tabagismo no dia 08 de abril de 2009, sendo realizadas palestras de conscientização sobre os malefícios do tabaco com os funcionários e sua clientela para que o ambiente se tornasse

uma área livre do tabaco e iniciando em seguida a abordagem intensiva contra o tabaco através de grupo de apoio.

Esse grupo tem a proposta de uma intervenção educativa baseada na conscientização de Paulo Freire para usuários do SUS em situação de tabagismo alcançando os seguintes objetivos de identificar as demandas assistenciais ao usuário do SUS em situação de tabagismo; descrever as intervenções por núcleo profissional e interdisciplinares voltadas para atenção ao usuários em situação de tabagismo e construir estratégias didático-pedagógicas para conscientização dos usuários do SUS em situação de tabagismo quantos aos riscos/nuances inerentes as práticas do fumo.

2 FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA

Segundo o INCA são mais de 50 doenças relacionadas ao consumo do tabaco. O tabagismo está relacionado a:

- 25% das mortes causadas por doenças coronarianas – angina e infarto do miocárdio;
- 45% das mortes causadas por doença coronariana na faixa etária abaixo dos 60 anos;
- 45% das mortes por infarto agudo do miocárdio na faixa etária abaixo de 65 anos;
- 85% das mortes causadas por bronquite e enfisema;
- 90% dos casos de câncer no pulmão (entre os 10% restantes, 1/3 é de fumantes passivos);
- 30% das mortes decorrentes de outros tipos de câncer (de boca, laringe, faringe, esôfago, pâncreas, rim, bexiga e colo de útero);
- 25% das doenças vasculares (entre elas, derrame cerebral).

O tabagismo ainda pode causar: impotência sexual no homem, complicações na gravidez, aneurismas arteriais, úlcera do aparelho digestivo e infecções respiratórias.

A Organização Mundial de Saúde (OMS) estima que o tabagismo é responsável por aproximadamente 5,4 milhões de óbitos anuais. Até 2030, esses números experimentarão um crescimento significativo de 48%, passando para 8 milhões de óbitos, dos quais 80% ocorrerão em países em desenvolvimento. No Brasil, as estimativas são de aproximadamente 200 mil mortes ao ano. O tabagismo gera uma carga econômica substantiva para as sociedades, caracterizada pelos custos da assistência médica e da perda de produtividade devido à morbidade e à morte prematura. (Pinto Márcia, Ugá Maria Alicia Domínguez, 2010)

Hoje, 16% da população brasileira adulta é fumante. Isso representa uma diminuição de quase 50% no número de fumantes desde 1989. (INCA,2014)

Cerca de 70% dos fumantes querem parar de fumar, mas poucos conseguem ter sucesso, sendo que a maior parte deles precisa de cinco a sete tentativas antes de deixar o cigarro definitivamente. (BOTELHO; GORAYEB; RONDINA, 2007).

Para tentar ajudar essas pessoas o Ministério da Saúde/INCA tem investido em ações promotoras de mudanças de comportamento, preparando as unidades de saúde para oferecerem apoio efetivo à cessação de fumar aos tabagistas que procuram atendimentos de rotina na atenção primária.

Com esse objetivo, foi desenvolvido o Programa “Unidades de Saúde Livres do Cigarro-saúde e Coerência” que envolve um conjunto de ações educativas, normativas e organizacionais, visando estimular mudanças culturais na aceitação social do livre consumo de derivados do tabaco em unidades de saúde e, num primeiro momento, apoiar os profissionais tabagistas a deixarem de fumar. Desta forma, o programa inclui entre suas ações a capacitação de profissionais de saúde para apoiarem a cessação de fumar dos funcionários da unidade de Atenção Primária à Saúde, bem como a inserção deste apoio na rotina de atendimento à população.

No SUS, o tratamento do tabagismo é feito por meio da abordagem cognitivo-comportamental e apoio medicamentoso, quando indicado. A abordagem cognitivo-comportamental associa intervenções cognitivas com treinamento de habilidades comportamentais, sendo muito utilizada no tratamento das dependências.

As principais abordagens cognitivo-comportamentais utilizadas no processo de cessação de fumar são:

- Abordagem breve/mínima (PAAP): consiste em perguntar, avaliar, aconselhar e preparar o fumante para que deixe de fumar, sem acompanhá-lo nesse processo.
- Abordagem básica (PAAPA): consiste em perguntar, avaliar, aconselhar, preparar e acompanhar o fumante para que deixe de fumar.
- Abordagem específica/intensiva: atendimento em ambulatório específico para atender fumantes que querem deixar de fumar. Individual ou em grupo.

Para realizar a implantação do programa na área de saúde primeiramente tem que tornar o ambiente livre de tabaco e o desenvolver ações como o módulo Ajudando seu paciente a Deixar de Fumar que tem como objetivo de capacitar profissionais de saúde para que possam apoiar de forma efetiva os fumantes da comunidade no processo de cessação de fumar.

Em todo o mundo, é crescente o número de unidades de saúde e empresas que, conscientes de suas responsabilidades quanto à qualidade de vida de seus trabalhadores, vêm

implementando programas de controle de tabagismo. Esses partem da constatação de um número elevado de fumantes na população geral e de um número ainda mais elevado nas faixas de idade em que as pessoas são produtivas, sendo que elas passam 80% de seu tempo em ambientes fechados expostas poluição tabagística. MORAES, Marco Antônio, 2006.

HELYER e col (1998) afirmam que o ato de fumar e a poluição ambiental Poe ele causada podem provocar uma série de danos à saúde dos trabalhadores e à produtividade da empresa, sendo importante estabelecer uma política de abolição ao tabagismo em seu ambiente.

Outro fator fundamental para se estabelecer programa de controle o tabagismo em ambientes de trabalho é que dados científicos consideram a poluição tabagística ambiental prejudicial não só à saúde dos fumantes, mas também à dos não fumantes (chamados fumantes passivos ou involuntários).

A maior parte do tempo total de consumo de um cigarro corresponde à fumaça que sai silenciosamente da ponta do mesmo, a qual contém todos os componentes tóxicos e em proporções mais elevadas do que aquela que sai da boca do fumante. Sendo assim, num ambiente em que se evola a fumaça da ponta do cigarro, há três vezes mais substâncias cancerígenas em relação à fumaça aspirada pelo fumante (fumaça principal). MORAES, Marco Antônio, 2006.

A fumaça difunde-se pelo ambiente homogeneamente, fazendo que mesmo as pessoas posicionadas mais distantes dos tabagistas inalem quantidades de poluentes iguais às que estão posicionadas próximas aos fumantes. Dessa forma, os fumantes passivos sofrem os efeitos imediatos da poluição ambiental, tais como irritação nos olhos, manifestações nasais, tosse, cefaleia, aumento dos problemas alérgicos, principalmente das vias respiratórias.

De acordo com RYAN et AL. (2002), os ambientes de trabalho são locais passíveis de controle da exposição á fumaça dos derivados do tabaco e, pó isso, representam uma boa oportunidade para atuação de programas preventivos que estimulem uma mudança no estilo de vida dos indivíduos e uma preocupação maior com a sua saúde.

É direito de todo cidadão trabalhador ao meio ambiente de trabalho 100% livre do tabaco como bem difuso e coletivo a ser tutelado, como meio efetivo de prevenção dos riscos inerentes ao trabalho e garantia de saúde, vida digna e trabalho decente, e de meio ambiente adequado, à luz da constituição Federal e da Convenção Quadro para o Controle do Tabaco. (CARVALHO, 2011)

A Convenção Quadro para o Controle do Tabaco é um tratado de saúde pública que por meio do Decreto 5658, entrou em vigor no país em 1º de fevereiro de 2005, prevê a adoção de um conjunto de medidas para deter a expansão do consumo, produção e exposição à fumaça do tabaco e suas graves consequências, como a proibição da publicidade, promoção e patrocínio de produtos fumígenos, a proteção contra o fumo passivo e aumento de preços e impostos sobre referidos produtos.

O preâmbulo do tratado é leitura obrigatória, por conter as premissas que justificam a sua existência. Nele está expressa a “preocupação da comunidade internacional com as devastadoras consequências sanitárias, sociais, econômicas e ambientais gerado pelo consumo e pela exposição à fumaça do tabaco, em todo o mundo”, assim como o reconhecimento dos Estados-parte de que a exposição à fumaça do tabaco. Consta também o reconhecimento de que muitos dos compostos do cigarro e a fumaça que produzem são farmacologicamente ativos, tóxicos, mutagênicos, e cancerígenos.

No preâmbulo consta, ainda, a menção à Organização Mundial de Saúde, na qual reconhece que o gozo do mais elevado nível de saúde que possa alcançar é um dos direitos fundamentais de todo ser humano, sem distinção de raça, religião, ideologia política, condição econômica ou social.

O Brasil é signatário da Convenção-Quadro da Organização Mundial de Saúde, em vigor desde 2005, a qual visa reduzir a prevalência do consumo e a exposição ao tabaco, proteger as gerações presentes e futuras das devastadoras consequências sanitárias, sociais, ambientais e econômicas, geradas pelo consumo e pela exposição à fumaça do tabaco. Nosso país exerceu importante papel ao presidir todas as negociações referentes ao tratado, que envolveram 192 países. Sua eleição, por consenso, para presidir as discussões, deu-se pelo avanço no controle do tabagismo: porém, a resistência interna enfrentada foi muito grande, para que pudesse obter o aval do congresso nacional, devido à grande pressão da indústria do fumo no país.

Existem ações legislativas que envolvem o apoio técnico a processos e projetos de lei, o monitoramento da legislação e a informação sobre malefícios do tabaco e outros fatores de risco de câncer aos membros do Congresso Nacional. Outra ação importante tem sido a divulgação das leis de controle do fumo na comunidade assim como identificação e articulação de mecanismos que possibilitem a fiscalização e o cumprimento das mesmas. INCA, 2014.

Uma medida utilizada para o controle do tabagismo no Brasil são os programas de controle, que envolvem terapêuticas medicamentosas, terapias em grupo e individuais, ações educativas, utilizando-se assim de métodos diretos e indiretos no apoio ao tabagista.

A abordagem intensiva é uma abordagem realizada em ambulatório específico para atender os fumantes que desejam parar de fumar, sendo feita individualmente ou em grupo de apoio, através de sessões estruturadas. BRASIL, 2001

As vantagens da realização de grupos consistem em facilitar a construção coletiva de conhecimento e a reflexão acerca da realidade vivenciada pelos seus membros, possibilitar a quebra da relação vertical (profissional-paciente) e facilitar a expressão das necessidades, expectativas e angústias. DIAS, Silveira; WITT, 2009. Ao compartilharem suas vivências e experiências, os participantes constroem outras possibilidades para o enfrentamento da sua condição crônica.

Segundo Teixeira E. (2007) os grupos são dispositivos de transformação, ou seja, instrumentos que possibilitam aos seus participantes mudanças de ideias e práticas, e tais mudanças trazem um impacto na cultura local com um papel multiplicador/irradiador no contexto mais global. Essa dialética entre a dinâmica interna e externa é que torna o grupo uma estratégia para produzir saúde.

Já para Dias, Silveira, Witt (2009) o trabalho de grupos em atenção primária é uma alternativa para as práticas assistenciais, favorecendo o aprimoramento de todos os envolvidos. Esse aperfeiçoamento acontece não apenas no aspecto pessoal, mas também no profissional, por meio da valorização dos diversos saberes e da possibilidade de intervir criativamente no processo de saúde-doença de cada pessoa.

No grupo, cada participante tem o direito ao exercício da fala, de sua opinião, de seu ponto de vista e de seu silêncio. Cada um possui sua identidade, diferente dos outros, embora possua o mesmo objetivo do grupo (papéis desempenhados pelos participantes). DIAS, SILVEIRA, WITT, 2009

O grupo é composto por pessoas movidas por necessidades semelhantes, a partir de uma realidade existente, assumindo uma maneira própria de agir e pensar. Existem vários tipos de

grupos, cada um com o seu objetivo e estes objetivos devem ser construídos de forma participativa. Alguns grupos podem: oferecer suportes, realizar tarefas, socializa, melhorar seu autocuidado ou oferecer psicoterapia. DIAS, SILVEIRA, WITT, 2009

Muitas estratégias e medidas na área econômica estão sendo aplicadas pelas agências governamentais para auxiliar o controle do uso do tabaco no Brasil. Três áreas destacam-se como de extrema importância para um controle efetivo: política de preços e impostos, fumicultura e mercado ilegal.

O aumento de preços é a medida mais efetiva para a redução do consumo, especialmente entre jovens e pessoas integrantes das camadas mais pobres. No Brasil, um estudo apontou que um aumento de preços na ordem de 10% reduziria o consumo de produtos derivados de tabaco em 4,8%. É um mito dizer que cigarros mais caros incentivariam o contrabando ao invés de reduzir o consumo. Na verdade, o cigarro mais caro reduz o consumo por habitante. Estudos feito pelo Banco Mundial e a OMS mostraram que o aumento do imposto e de preços reduzem o consumo de cigarros por habitante. INCA, 2011.

O Brasil tem se empenhado para articular nacionalmente um Programa de Controle do Tabagismo, intersetorial e abrangente. Muitas são as dificuldades enfrentadas pelo fato de ser um país produtor de tabaco, ser um país em desenvolvimento e por ter que lidar com as constantes e sofisticadas estratégias das grandes transnacionais do tabaco para minar as ações de controle do tabagismo.

3 MÉTODO

Foi realizado um plano de intervenção sobre o tabagismo segundo a concepção de Paulo Freire no período de julho até outubro de 2013, a melhor tecnologia que descreve essa ação é a tecnologia de concepção.

Com intuito de diminuir a quantidade de fumantes foi realizado um projeto de intervenção na Unidade de Atenção Primária Dra Cláudia Vitorino localizada na Rua Baguari do bairro Taquari, situado no 2º Distrito da cidade de Rio Branco- Acre. Esta unidade é referência de atendimento para as 12 unidades de saúde da família localizadas nas suas áreas subjacentes e muitas dessas áreas não tem saneamento básico, áreas de lazer e apresenta um alto índice de violência.

Primeiramente a Área Técnica de Tabagismo do município de Rio Branco se reuniu com os profissionais da unidade para averiguar o interesse dos profissionais a realizar os grupos de tabagismo. Após esse encontro os profissionais receberam capacitação e a unidade se tornou um ambiente livre do fumo através da conscientização de todos os profissionais sobre os malefícios do cigarro e os benefícios que ocorrerão em sua vida após deixar o vício.

Os grupos tiveram início em julho e foram realizados no período da tarde e sendo conduzidos por uma enfermeira e psicóloga e com o apoio de um médico que só era solicitado nos casos mais complicados.

O atendimento iniciou com uma avaliação clínica para conhecer sobre a história patológica pregressa, história tabagística e o grau de dependência de cada um.

No primeiro encontro os participantes assistiram ao filme “ Obrigado por Fumar” e logo após o debate sobre o filme foi incentivado o estabelecimento de metas para a redução da quantidades de cigarros fumados.

No segundo encontro ocorreu a troca de experiências para combater a fissura, os sentimentos, dificuldades durante os dias de redução e também as melhorias na respiração, alimentação, enfim no seu estilo de vida. Todos realizam exercícios para a respiração.

No terceiro encontro foi verificado quem já conseguiu parar de fumar, salientando mais uma vez os benefícios da diminuição do consumo de tabaco e a importância de se manter firme na decisão de abandonar o vício. Foram apresentados os medicamentos que poderiam ser fornecidos aos participantes, como deveriam ser utilizados, consequências e as reações que poderiam causar.

No encontro subsequente foram distribuídos os adesivos de nicotina, goma de mascar conforme o grau de dependência de cada participante.

A medicação bupriona só seria fornecida ao cliente após avaliação médica e nos altos grau de dependência.

Todos são orientados sobre os grupos de manutenção e encorajados a não desistir diante as dificuldades que surgir durante o caminho.

O trabalho realizado com os grupos de tabagismo foi idealizado seguindo a ideia de Círculo de cultura de Paulo Freire que visa promover o processo de ensino e aprendizagem da leitura e da escrita e se realiza no interior do debate sobre questões centrais do cotidiano como trabalho, cidadania, alimentação, saúde, organização das pessoas, liberdade, felicidade, valores éticos, política, oprimido, economia, direitos sociais, religiosidade, cultura, entre outros.

Na figura do círculo, todos se olham e se veem. Neste círculo, não há um professor mas um animador das discussões que, como um companheiro alfabetizado, participa de uma atividade comum em que todos se ensinam e aprendem. O animador coordena um grupo que ele mesmo não dirige. Em todo momento, promove um trabalho, orienta uma equipe cuja maior qualidade pedagógica é o permanente incentivo a momentos de diálogo.

A estratégia de círculo de cultura de Paulo Freire torna o grupo de tabagismo mais dinâmico, aumenta o elo de confiança entre os participantes e o profissional que o conduz e as trocas de experiência vivenciadas desencadeia um aumento de motivação ajudando os participantes a persistir na cessação do vício do fumo

4 RESULTADO E ANÁLISE

O programa de tabagismo oferece aos participantes a sessão de apoio, medicamentos para ajudar durante o processo de abstinência de nicotina, por isso nas unidades de saúde são realizados os grupos de tabagismo onde os participantes podem contar com apoio psicológico e médico.

O fumante deve ser submetido a avaliação clínica no momento da admissão no programa de cessação do tabagismo. O objetivo é identificar alterações funcionais pulmonares, existência de doenças relacionadas ao tabagismo, possíveis contra-indicações e interações medicamentosas durante o tratamento farmacológico da dependência. É neste momento que também é avaliado o perfil do fumante, seu grau de dependência à nicotina e sua motivação para deixar de fumar.

A motivação favorece a reflexão para a tomada de decisões, algo que também diz respeito aos comportamentos relacionados ao consumo de drogas. Prochaska e DiClemente desenvolveram um modelo transteórico que descreve a prontidão para mudar como estágios de mudança pelos quais o indivíduo transita. Esse modelo baseia-se na premissa de que toda mudança comportamental é um processo e que as pessoas têm diversos níveis de motivação, de prontidão para mudar. Os estágios de mudança quando os pacientes iniciam um tratamento para deixar de fumar são:

Pré-contemplação: não há intenção de parar, nem mesmo uma crítica a respeito do conflito envolvendo o comportamento de fumar;

#Contemplação: há conscientização de que fumar é um problema, no entanto, há uma ambivalência quanto à perspectiva de mudança;

#Preparação: prepara-se para parar de fumar (quando o paciente aceita escolher uma estratégia para realizar a mudança de comportamento);

#Ação: pára de fumar (o paciente toma a atitude que o leva a concretizar a mudança de comportamento);

#Manutenção: o paciente deve aprender estratégias para prevenir a recaída e consolidar os ganhos obtidos durante a fase de ação. Neste estágio pode ocorrer a finalização do processo de mudança ou a recaída.

A motivação é uma condição imprescindível para iniciar o tratamento e sua ausência praticamente elimina as expectativas de abstinência.

O teste de Fagerstrom para Dependência Nicotínica foi elaborado pelo médico dinamarquês Karl fagerstrom em 1974, ele é utilizado para avaliar a dependência á nicotina e é utilizado em todo o mundo.

Segundo Viegas (2007), o objetivo do teste de Fagerstrom é a identificação e mensuração da dependência nicotínica e sua utilização como instrumento de ajuda na decisão do tratamento do tabagismo.

O questionário fundamenta-se em seis suposições maiores com as quais estaria relacionada à dependência nicotínica e que seria o reflexo do comportamento frente ao fumo, independente das interpretações pessoais. Cada resposta recebe uma pontuação, quanto maior a pontuação maior o grau de dependência à nicotina. A pontuação varia de 0 a 10.

Dos 20 clientes que participaram do Grupo de Tabagismo na Unidade de Referência Primária Dra Cláudia Vitorino, 11 apresentaram grau elevado, 05 grau médio e 04 grau baixo no Teste de Fagerstrom

Tabela 01- Grau de dependência de nicotina

Teste de Fagerstrom (Grau dependência)	Quantidade
Grau baixo	04
Grau médio	05
Grau elevado	11
Total	20

Em relação a escolaridade, observa-se que no Brasil, a prevalência geralmente se apresenta mais elevada em grupos populacionais com menor escolaridade, o que é uma tendência comum na maioria dos países em todo o mundo. MORAES, Marco Antônio (2006).

Foi observado em nosso grupo que só 01 participante tinha o nível superior, 02 segundo grau completo e o restante do grupo primeiro grau incompleto.

Participaram deste grupo 13 mulheres e 07 homens demonstrando que a predominância do sexo feminino para a procura da cessação do vício.

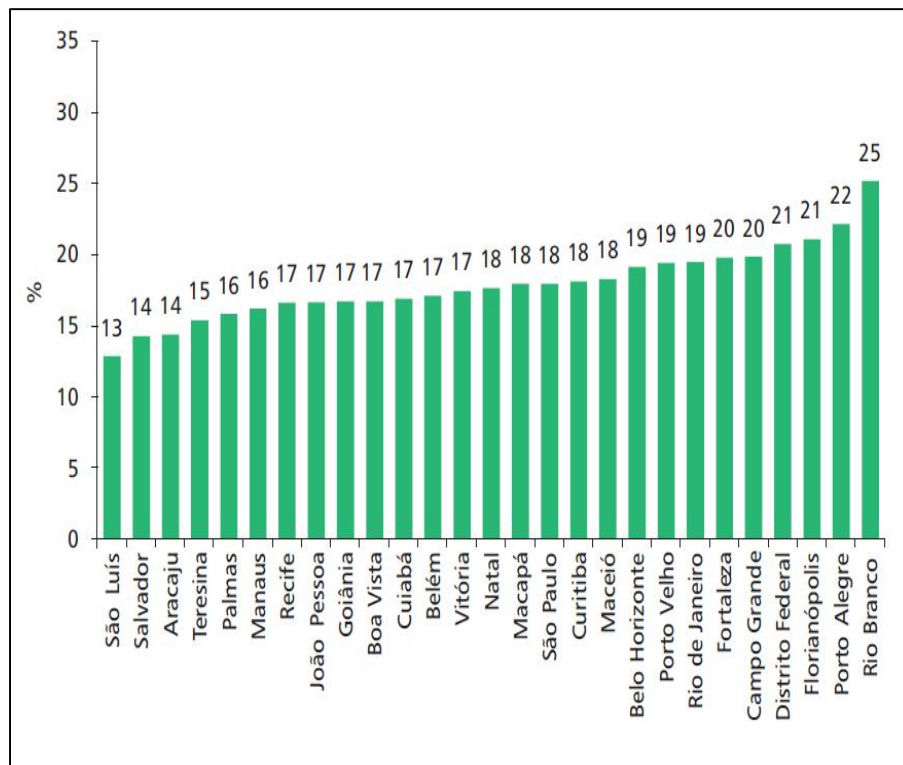
Tabela 02 – Participantes por gênero, 2013

Gênero	Quantidade
Feminino	13
Masculino	07
Total	20

Pesquisas evidenciam que as mulheres fumam após experiências negativas de vida. Nos últimos anos, houve uma maior inserção das mulheres no mercado de trabalho, houve um acúmulo de responsabilidades muito grande, pois elas ainda permanecem como cuidadoras de seus lares e com a função maternal. Nesse sentido, o consumo de tabaco estaria associado a uma maior sensação de autonomia e de conquista do seu próprio espaço perante a sociedade e também como um mecanismo de escape emocional (Lombardi EMS, Prado GF, Santos UP, Fernandes FLA, 2010).

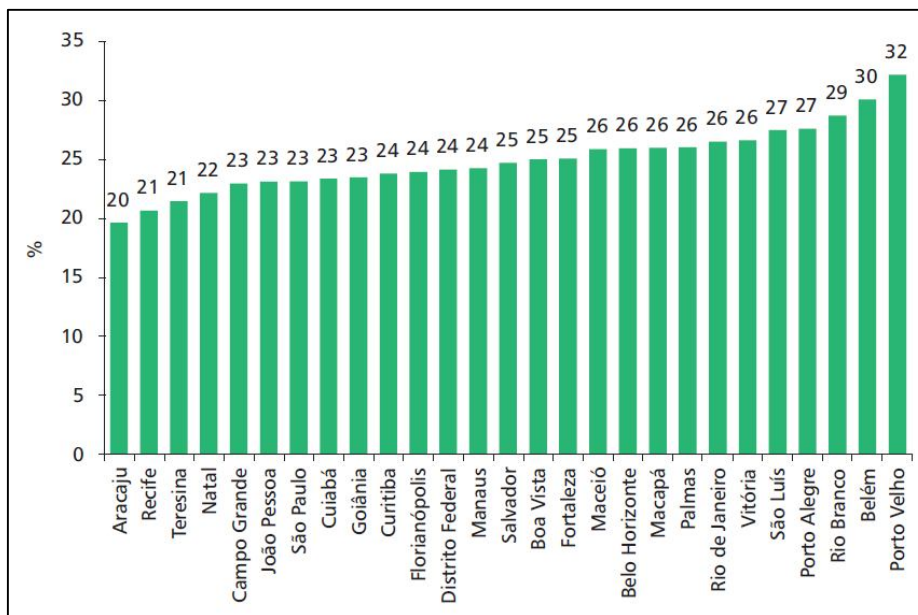
O gráfico apresenta o município de Rio Branco tendo o maior percentual de mulheres ex-fumante ocupando o primeiro lugar no ranking nacional, isso se deve as campanhas e ações permanentes de controle do tabagismo.

Gráfico 01 - Percentual de mulheres (≥ 18 anos) ex-fumantes segundo as capitais dos estados brasileiros e o Distrito Federal. Vigitel, 2012



E embora a quantidade de participantes do sexo masculino ser pequena no grupo realizado em nossa Unidade básica, município de Rio Branco apresenta um dos maiores percentuais de homens ex-fumantes ocupando o terceiro lugar no ranking nacional, segundo Vigitel 2012

Gráfico 02 - Percentual de homens (≥ 18 anos) ex-fumantes segundo as capitais dos estados brasileiros e o Distrito Federal. Vigitel, 2012



A idade em que o tabagista começou a fumar foi avaliada com as faixas etárias divididas em grupos de 05 anos.

Tabela 03 – Idade Tabagística

Idade tabagística (faixa etária)	Quantidade
08 – 13 anos	08
14 – 19 anos	08
20 – 25 anos	01
26 – 31 anos	01
Não lembram	02
Total	20

Foi observado que na faixa de 08 a 13 anos (08 pessoas), de 14 a 19 anos (08), 20 a 25 anos (01), 26 a 31 anos (01). Duas pessoas não lembraram qual idade começou a fumar.

Vários estudos demonstraram uma forte associação entre a iniciação do tabagismo no jovem e a presença de colegas e familiares tabagistas. Outros estudos demonstraram uma maior taxa de iniciação do tabagismo entre garotas cujas mães fumam pela maior facilidade de acesso aos cigarros; no entanto, a maior influência ocorre através de amigos no período da adolescência, tanto na iniciação, quanto na manutenção do consumo tabágico, que é reforçada pela menor percepção e conhecimento dos jovens sobre os riscos à saúde relacionados ao cigarro. Um estudo revelou que o principal fator determinante da iniciação do tabagismo estava diretamente associado ao número de amigos fumantes, havendo um risco 12 vezes maior dessa iniciação quando metade ou mais da turma de amigos era constituída de fumantes. (Lombardi EMS, Prado GF, Santos UP, Fernandes FLA, 2010)

A prevalência de tabagismo entre indivíduos com transtornos psiquiátricos e outras dependências é, em média, duas vezes maior do que a observada na população geral e, em geral, esses indivíduos consomem grandes quantidades diárias de cigarros.

A prevalência de depressão é geralmente mais alta entre fumantes e a intensidade da dependência tem maior associação com a depressão do que o fato de ser ou não fumante, isto é, a prevalência de depressão é a maior entre os fumantes mais dependentes. Reichert J, Araújo AJ et AL, 2008.

Foi observado no teste de avaliação que 07 participantes faziam uso de ansiolíticos ou antidepressivos.

O uso de medicamentos é um recurso adicional no tratamento do tabagismo quando a abordagem comportamental é insuficiente pela presença de elevado grau de dependência à nicotina. Os fármacos com evidências de eficácia são classificados em nicotínicos e não nicotínicos.

Diversos estudos têm mostrado, de modo consistente a efetividade da bupriona no tratamento da dependência à nicotina.

Somente 04 participantes do grupo fizeram uso de bupriona.

A nicotina, principal responsável pela dependência, vem sendo usada desde 1984 para a cessão do tabagismo. A terapia de reposição de nicotina (TRN) tem como objetivo a substituição

da nicotina do cigarro por meio de doses menores e seguras, reduzindo a fissura e outros sintomas de abstinência.

Todas as formas de TRN são eficazes na cessação do tabagismo, podendo praticamente dobrar a taxa de cessação no longo prazo quando comparadas ao placebo.

Existem duas formas de apresentação da TRN: liberação lenta (adesivos transdérmicos) e liberação rápida (goma, inalador, spray nasal e pastilhas). A eficácia das diferentes apresentações é equivalente, mas a adesão ao tratamento é maior com o adesivo. Todas as formas de TRN liberam nicotina para o cérebro em quantidade e velocidade menores que o cigarro.

Foi fornecido aos participantes do grupo os adesivos de nicotina, goma de mascar e pastilhas.

A goma de mascar – com pH alcalino- possibilita a absorção da nicotina pela mucosa oral. A pastilha de nicotina é mais rapidamente absorvida pela mucosa oral do que a goma de mascar e sua forma de utilização é mais simples. Reichert J, Araújo AJ et AL, 2008.

Dos 20 participantes do grupo 17 chegaram ao final das etapas e todos conseguiram vencer o vício do fumo.

Tabela 04 – Plano de intervenção

PLANO DE INTERVENÇÃO EDUCATIVA: PROBLEMATIZANDO O TABAGISMO E CONSCIENTIZANDO OS SUJEITOS

Atividade	Recursos Necessários	Meta	Prazos Realização	Responsável
# Formar grupos de apoio que têm o objetivo de apoiar os fumantes a deixarem o vício do fumo.	# Prontuários para avaliação clínica; # Manuais dos participantes; # Adesivos de nicotina;	Reduzir em 80% o índice de fumantes das áreas que abrangem a unidade de Saúde.	04 meses (Julho, Agosto, Setembro e Outubro).	# Área técnica de tabagismo de Rio Branco; # Profissionais da unidade de saúde Dr ^a Cláudia

<p># Realizar círculos de cultura sobre o fumo nas empresas adjacentes.</p>	<p>Goma de mascar ou pastilhas. # Cartazes; # Folders;</p>	<p># Conscientizar sobre os malefícios do fumo; # A importância de um ambiente de trabalho livre do fumo.</p>	<p># 02 meses</p>	<p>Vitorino. # Enfermeiro; # Técnico de enfermagem.</p>
<p># Realizar gincanas de desenhos nas escolas infantis da área sobre o fumo.</p>	<p># Papel A4; # Pincéis; # Barbante; # Cola.</p>	<p># Trabalhar os malefícios do cigarro através dos desenhos das crianças e do conhecimento já obtido</p>	<p># 03 meses</p>	<p># Enfermeiro; # Técnico de enfermagem; # Psicólogo.</p>
<p># Realizar uma reunião na equipe da URAP Cláudia Vitorino incentivando – os a investigar em todos os atendimentos realizados se os clientes são fumantes.</p>		<p># Incentivar a participação dos fumantes no grupo de tabagismo.</p>	<p># 12 meses</p>	<p># Enfermeiro</p>
<p># Incentivar a participação de outros</p>		<p># Formação de uma equipe multidisciplinar na</p>	<p># 04 meses.</p>	<p># Enfermeiro; Psicólogo</p>

profissionais na realização dos grupos como fonoaudiólogo, fisioterapeutas, dentistas,		condução do grupo.		
---	--	--------------------	--	--

5 CONSIDERAÇÕES FINAIS

A proposta de auxiliar usuários da rede básica a deixar de fumar constitui-se um grande desafio, exigindo persistência, disponibilidade e criatividade por parte dos profissionais envolvidos.

Uma boa estratégia de incentivar a participação ativa dos envolvidos no grupo é o círculo de cultura, pois os pacientes ficam de maneira mais informal incentivando o cliente a expor suas dúvidas e angústias já que os outros colegas estão passando pela mesma situação.

A troca de experiência e apoio dos colegas no grupo estabelece confiança e um vínculo entre clientes e profissionais, pois mostra que deixar um vício tem os momentos de estresse, desânimo e desafios.

É importante realizar uma avaliação ao final do grupo para constatar o alcance das metas almejadas. No grupo realizado na URAP Dr^a Cláudia Vitorino 85% dos pacientes deixaram de fumar evidenciando a eficácia do programa e o alcance da meta almejada no plano de intervenção e foi mencionada também, a importância da motivação que é uma condição imprescindível para iniciar o tratamento e sua ausência praticamente elimina as expectativas de abstinência.

Uma boa maneira de fortalecer cada vez mais o grupo de tabagismo é incentivar a participação de outros profissionais além de enfermeiros e psicólogos. Seria interessante uma equipe multidisciplinar compondo o círculo de cultura, pois haveria uma rica troca de ideias e conhecimentos em várias áreas.

Concluimos que o trabalho de grupos, os círculos de cultura de Paulo Freire, em atenção primária é uma alternativa para as práticas assistenciais, favorecendo o aprimoramento de todos os envolvidos. Esse aperfeiçoamento acontece não apenas no aspecto pessoal, mas também no profissional, por meio da valorização dos diversos saberes e da possibilidade de intervir no processo de saúde-doença de cada pessoa.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- BALBANI, A. P. S; MONTOVANI, J. C. *Métodos para abandono do tabagismo e tratamento da dependência da nicotina*. Revista Brasileira de Otorrinolaringologia, v 71, n 06, 2005.
- CARVALHO, A. P. *A efetividade do direito a ambientes de trabalho livres do tabaco*. 2013.
- CAVALCANTE, T M. *O controle do tabagismo no Brasil: avanços e desafios*. Revista de Psiquiatria Clínica. Rio de Janeiro, 2014.
- Instituto Nacional de Câncer (Brasil). Organização Pan-Americana da Saúde. *Pesquisa especial de Tabagismo – PeTab: relatório Brasil/Instituto Nacional de Câncer*. Organização Pan-Americana. Rio de Janeiro: INCA 2011.
- KOUICHI, C; ROCHA E. F. R.; NEVES, I. A. *O papel do programa de controle ao tabagismo no combate do vício ao tabaco*. São Paulo, 2009.
- LOMBARDI, E. M. S et al. *O tabagismo e a mulher: riscos, impactos e desafios*. Jornal Brasileiro de Pneumologia, vol 37 2011.
- MACHADO, V. C; ALERICO M. I; SENA, J. *Programa de prevenção e tratamento do tabagismo: uma vivência acadêmica de enfermagem*. Cogitare Enfermagem, vol 12, 2007.
- MATOS, E. B. P. *Implantação e avaliação de um programa para controle de tabagismo na unidade básica de saúde Gentil Gomes*. Belo Horizonte, 2009.
- MESQUITA, A. A. *Avaliação de um programa de tratamento de tabagismo*. Revista Brasileira de Terapia Comportamental e Cognitiva, vol 15, n 02, 2013.
- MORAES, M. A. *Avaliação da implantação do programa de controle do tabagismo no Hospital Santa Cruz – São Paulo – Capital*. São Paulo, 2006.
- RAMOS, D; SOARES, T. S. T; VIEGAS, K. *Auxiliando usuários de uma unidade de saúde a parar de fumar: relato de experiência*. Porto Alegre, 2007.
- REICHERT, J et al. *Diretrizes para cessação do tabagismo*. Jornal Brasileiro de Pneumologia, vol 32, 2008.
- SANTOS, J. D. P. *Dissertação de Mestrado: Avaliação da efetividade do programa de tratamento do tabagismo no sistema único de saúde*. Porto Alegre, 2011.
- SILVA, S et al. *Combate ao tabagismo no Brasil: a importância das ações governamentais*. Ciência e Saúde coletiva, vol 19, 2012.