

CONTROLE DO TABAGISMO NA ATENÇÃO PRIMÁRIA

KIRCHMAIER, Maicon¹
MARTINS, Samuel Ribeiro²
OLIVEIRA, Aline Fernandes de³
ROCHA, Livia Cabral⁴

RESUMO: O tabagismo é um dos principais problemas de saúde no Brasil e no mundo e seu controle necessita de uma ação global que considere tanto os aspectos individuais quanto os coletivos. O reconhecimento de que a expansão do tabagismo é um problema mundial fez com que, em 2003, os países-membros das Nações Unidas (ONU) propusessem o primeiro tratado internacional de saúde pública, chamado de Convenção-Quadro para o Controle do Tabaco (CQCT) que tem como objetivo reduzir de maneira contínua e substancial a prevalência do consumo e exposição à fumaça do tabaco. O governo brasileiro assinou e ratificou a Convenção-Quadro para o Controle do Tabaco em 2005 e, assim, comprometeu-se a implantar suas medidas. **Palavra-chave:** tabagismo; saúde; tabaco; saúde pública; controle.

ABSTRACT: Smoking is one of the main health problems in Brazil and in the world and its control requires global action that considers both individual and collective aspects. The recognition that the expansion of smoking is a worldwide problem led, in 2003, member countries of the United Nations (UN) to propose the first international public health treaty, called the Framework Convention on Tobacco Control (FCTC) which aims to continuously and substantially reduce the prevalence of consumption and exposure to tobacco smoke. The Brazilian government signed and ratified the Framework Convention on Tobacco Control in 2005 and thus committed to implementing its measures. **Keywords:** smoking; health; tobacco; public health; control.

¹Mestre em Engenharia de Produção pelo PPGEP/UFF. Engenheiro de Produção pela Universidade Federal Fluminense (UFF) com graduação sanduíche em Business Information System pela University of East London (UEL/UK). Acadêmico de Medicina (5º período) na UNIG, Campus V, Itaperuna, RJ. E-mail: maicon.kirchmaier@gmail.com

²Doutorando em Saúde Pública - UCES/Argentina. Mestrando em Desenvolvimento Regional e Gestão da Cidade – UCAM/RJ (créditos concluídos - fase de pesquisa). MBA em Saúde. MBA em Gestão Hospitalar. MBA em Humanização no Trabalho para Equipes de Saúde. Pós em Saúde Pública. Pós em Gestão, Governança e Tecnologia em Saúde. Pós em Vigilância Sanitária. Pós em Auditoria em Saúde. Pós em Biossegurança em serviço de Saúde. Pós Direito Sanitário. Bacharel em Direito, Administração de Empresas, Ciências Contábeis e Administração Pública. Acadêmico de Medicina (5º período) na UNIG, Campus V, Itaperuna, RJ. E-mail: samuelmartinseduca@gmail.com

³Acadêmico de Medicina (5º período) na UNIG, Campus V, Itaperuna, RJ. E-mail: alinefernandesoli9@gmail.com

⁴Educadora Física pela Universidade Iguazu UNIG. ⁵Acadêmico de Medicina (5º período) na UNIG, Campus V, Itaperuna, RJ. E-mail: li.cabrall@hotmail.com

INTRODUÇÃO

A fumaça do tabaco é extremamente nociva à saúde. A duração e o nível de exposição à fumaça do tabaco estão diretamente relacionados com o risco e a severidade de muitas consequências adversas à saúde.

O tabagismo é um dos principais problemas de saúde no Brasil e no mundo e seu controle necessita de uma ação global que considere tanto os aspectos individuais quanto os coletivos. O reconhecimento de que a expansão do tabagismo é um problema mundial fez com que, em 2003, os países-membros das Nações Unidas (ONU) propusessem o primeiro tratado internacional de saúde pública, chamado de Convenção-Quadro para o Controle do Tabaco (CQCT) que tem como objetivo reduzir de maneira contínua e substancial a prevalência do consumo e exposição à fumaça do tabaco. O governo brasileiro assinou e ratificou a Convenção-Quadro para o Controle do Tabaco em 2005 e, assim, comprometeu-se a implantar suas medidas.

Nesse sentido, é importante salientar que existem hoje no Brasil leis que regulamentam o uso do tabaco, impedindo o seu fumo em locais total ou parcialmente fechados. Tal legislação proíbe também a propaganda dos produtos de tabaco nos pontos de venda, o que significou um importante avanço na legislação nacional para inibir seu consumo.

1. PROGRAMA NACIONAL DE CONTROLE DO TABAGISMO

A Política Nacional de Controle do Tabaco, que orienta o Brasil no cumprimento das medidas e diretrizes da CQCT, é desenvolvida por vários ministérios e secretarias do Governo Federal. O Programa Nacional de Controle do Tabagismo faz parte da Política Nacional de Controle do Tabaco e articula a Rede de Tratamento do Tabagismo no SUS, o Programa Saber Saúde, as campanhas e outras ações educativas, além da Promoção de Ambientes Livres (BRASIL, 2001).

O Instituto Nacional de Câncer (INCA) é o órgão do Ministério da Saúde que coordena o Programa Nacional de Controle do Tabagismo (PNCT), desenvolvido em parceria com as secretarias estaduais e municipais de Saúde, com o Distrito Federal e com outros setores do Ministério da Saúde (BRASIL, 2011). O objetivo geral do programa é reduzir a prevalência de fumantes e a morbimortalidade relacionada ao tabagismo no

Brasil. Para isso, propõe medidas a fim de reduzir a demanda e a oferta de produtos do tabaco, tais quais:

- Banir a publicidade, a promoção e o patrocínio dos produtos do tabaco.
- Regular a embalagem e a rotulagem dos produtos do tabaco.
- Proteger as políticas públicas de saúde dos interesses comerciais da indústria.
- Adotar medidas de preços e impostos para reduzir a demanda por tabaco.
- Proteger as pessoas contra a exposição à fumaça do tabaco.
- Regular o conteúdo dos produtos do tabaco.
- Regular a divulgação de informações dos produtos do tabaco.
- Advertir a população quanto aos perigos do tabaco.
- Oferecer apoio para as pessoas tratarem a dependência ao tabagismo.
- Controlar o comércio ilícito de produtos do tabaco.
- Banir a venda de tabaco para e por menores.
- Apoiar alternativas economicamente viáveis à cultura do tabaco.

Atualmente, o programa está implantado nos 26 estados da Federação e no Distrito Federal, sendo que as coordenações estaduais descentralizam as ações para os municípios. As principais ações desenvolvidas em rede nos estados e municípios que contam com o programa implantado são educação, comunicação, treinamento e conscientização do público, a fim de reduzir as demandas relativas à dependência e ao abandono do tabaco. Ao ingressarem no programa de tratamento do tabagismo, os gestores e suas equipes assumem o compromisso de organização e implantação das ações para o cuidado da pessoa tabagista.

O SUS oferece ao fumante brasileiro, que deseja parar de fumar, um tratamento das pessoas tabagistas que inclui avaliação clínica, abordagem mínima ou intensiva, individual ou em grupo e, se necessário, terapia medicamentosa, cujas diretrizes clínicas serão disponibilizadas pelo Ministério da Saúde. A atenção às pessoas tabagistas deve ser realizada prioritariamente nos serviços de Atenção Básica (BRASIL, 2015).

Recentemente, a Lei 12.546/2011, regulamentada pelo decreto 8.262/2014, estabeleceu o aumento progressivo dos impostos sobre os produtos do tabaco e proibiu a publicidade nos pontos de venda, determinou ambientes coletivos totalmente livres da fumaça do tabaco e extinguiu os fumódromos (BRASIL,2014). A determinação vale para o uso de cigarro, cigarrilha, charuto, cachimbos, narguilés e qualquer produto do gênero, sendo aplicada em locais de uso coletivo – públicos ou privados.

No Brasil, atualmente, mais de 70% das mortes são atribuídas às doenças crônicas não transmissíveis (DCNT) e o tabagismo está associado ao aumento de risco para esse grupo de doenças (SCHMIDT et al, 2011). Diante desse cenário epidemiológico, o país assumiu uma série de compromissos em relação às DCNT e lançou o Plano de Ações Estratégicas para o Enfrentamento das Doenças Crônicas Não Transmissíveis no Brasil, 2011-2022.

O plano aborda os quatro grupos de doenças de maior magnitude – doenças circulatórias, câncer, doenças respiratórias crônicas e diabetes – e propõe a abordagem integrada de quatro de seus fatores de risco: tabagismo, uso prejudicial de álcool, inatividade física e alimentação não saudável (MALTA, 2014).A meta do plano nacional, entre outros aspectos, é reduzir a prevalência de tabagismo em adultos de 15,1% (2011) para 9,1% (2022).

2. IDENTIFICAÇÃO, DIAGNÓSTICO E AVALIAÇÃO DA PESSOA TABAGISTA NA ATENÇÃO BÁSICA

Por muito tempo consideramos que fumar era uma opção comportamental, algo que estaria sob o controle do indivíduo, pressupondo que ele pudesse escolher entre fumar ou não. Sob esta lógica, víamos o fumante como culpado por seu comportamento, como se parar de fumar fosse algo bastante simples e que dependesse, unicamente, da vontade do indivíduo.

Na verdade, podemos considerar o tabagismo como uma doença com determinantes sociais, econômicos e culturais, pois o hábito de fumar foi, durante muitos anos, incentivado pela sociedade, como se fosse um sinal de experiência, maturidade ou status econômico. Para as mulheres, esse vetor social assumia uma característica até mais forte, com a questão do charme e elegância anteriormente associados ao comportamento de fumar.

Atualmente, sabemos que fumar é muito mais do que uma opção de comportamento. Trata-se da dependência de uma substância psicoativa, no caso a nicotina, que faz com que os fumantes, mesmo querendo deixar de fumar, continuem repetindo, compulsivamente, esse comportamento. As substâncias psicoativas são definidas como substâncias naturais ou sintetizadas que, ao serem ingeridas, produzem alterações no Sistema Nervoso Central (SNC), modificando o estado emocional e comportamental do indivíduo (BRASIL, 1997).

Todo encontro com os usuários dos serviços de saúde é um momento importante para identificar a pessoa tabagista. Seja em consulta de urgência (acolhimento/demanda espontânea), consulta programada ou, ainda, em visitas domiciliares, é importante sempre questionar sobre o hábito de fumar e preencher a Ficha de Cadastro Individual (CDS- e-SUS AB). Esta ficha é importante para o monitoramento do paciente, bem como para o cálculo dos indicadores e planejamento em saúde.

No que tange a classificação diagnóstica dos transtornos relacionados ao fumo, você deve saber registrar de modo adequado nos instrumentos frequentemente utilizados na Atenção Básica: Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados à Saúde (CID-10) e Classificação Internacional de Atenção Primária (Ciap-2R). Feito isso, na abordagem inicial do fumante, é importante avaliar o grau de dependência de nicotina, com o objetivo de orientar o plano terapêutico do paciente. O teste de Fagerström para a dependência de nicotina (FTND) é um instrumento de fácil aplicação, que permite avaliar o grau de dependência física do paciente à nicotina (APA, 2000; REICHERT, 2008; ARAUJO, 2012).

O teste é composto por seis questões, com alternativas de resposta variando de duas a quatro opções. Para cada alternativa de resposta, existe uma pontuação, facilmente identificada porque o valor se encontra ao lado da opção de resposta. A somatória dos pontos das alternativas de respostas escolhidas pelo fumante permitirá classificar o indivíduo em cinco categorias, que correspondem ao seu grau de dependência de nicotina:

- (0-2) – muito baixa dependência de nicotina.
- (3-4) – baixa dependência de nicotina.
- (5) – média dependência de nicotina

- (6-7) – elevada dependência de nicotina
- (8-10) – muito elevada dependência de nicotina

A classificação do indivíduo segundo o Teste de Fagerström é um dos elementos a serem considerados pela equipe de saúde para estabelecer a abordagem da cessação do tabagismo, pois permite uma reflexão sobre a dependência e estratégias para seu enfrentamento, além de auxiliar no estabelecimento do plano de tratamento e acompanhamento do indivíduo.

3. TRATAMENTO DO TABAGISMO NA ATENÇÃO BÁSICA

Sabemos, pelo senso comum, que, se o indivíduo não quiser, ele não parará de fumar. Assim, a motivação para deixar de fumar é um aspecto fundamental para a mudança de comportamento e deve ser trabalhada em cada etapa do processo de cessação do tabagismo. A Entrevista Motivacional (EM) é uma técnica indicada para estimular a motivação para a mudança de comportamento. Portanto, deve-se utilizá-la em todos os momentos do tratamento, desde a identificação do tabagista até a sua abordagem, com o objetivo de fortalecer o desejo de parar de fumar.

A EM é considerada um marco nas abordagens de tratamento dos transtornos decorrentes do uso de substâncias psicoativas, incluindo-se o tabagismo, por possibilitar a intervenção em indivíduos com pouca motivação para a mudança de comportamento (MILLER; ROLNICK, 2001). A EM proporciona a habilidade para lidar com a ambivalência do indivíduo, no sentido de diminuir a resistência e aumentar a motivação para a mudança do comportamento de fumar. Precisa-se ter cuidado, no entanto, para não querer resolver a ambivalência do indivíduo. Para mudar, é fundamental que ele próprio ache seu caminho.

A abordagem cognitivo-comportamental breve e intensa é uma abordagem que deve ser utilizada simultaneamente com a EM, e consiste no entendimento de que o ato de fumar é um comportamento aprendido, desencadeado e mantido por determinadas situações e emoções, que leva à dependência em função das propriedades psicoativas da nicotina.

A abordagem cognitivo-comportamental (ACC) deriva de uma linha da psicologia denominada Terapia Cognitivo-Comportamental e baseia-se em um modelo de

intervenção centrado na mudança de crenças e comportamentos que levam um indivíduo a lidar com determinada situação. Nesse sentido, há o entendimento de que nenhum fato por si só tem a propriedade de despertar sentimentos nas pessoas. A interpretação que as pessoas fazem dos fatos é que tem a propriedade de levantar as emoções, sejam elas positivas, negativas ou neutras. Partindo desse pressuposto, a maior parte do desconforto experimentado pelas pessoas deriva do modo como elas interpretam as situações que vivenciam, por exemplo, mesmo em uma situação neutra, se você a interpretar negativamente, terá sentimentos negativos em relação a ela, mas se a interpretar positivamente, terá sentimentos positivos. Assim, a maneira como se reage na referida situação será diretamente influenciada pelo sentimento que tiver. Dentro do modelo cognitivo, isso equivale a dizer que o pensamento é quem origina o sentimento e, conseqüentemente, determinará o comportamento.

Sendo assim, para modificar um comportamento – como o ato de fumar –, você precisará identificar os pensamentos que a pessoa teve quando vivenciou uma situação específica, qual foi sua interpretação e como esta acabou despertando determinados sentimentos – raiva, angústia, ansiedade, frustração –, os quais culminaram na vontade de fumar.

O combate ao tabagismo conta também com intervenção medicamentosa, que constitui em um importante ponto de apoio ao tratamento. Esse apoio tem como objetivo minimizar os sintomas da síndrome de abstinência de nicotina, facilitando assim a abordagem cognitivo-comportamental. Ela não deve ser utilizada sozinho, uma vez que não dará atenção à dependência psicológica e aos condicionamentos do fumante, abordando e cuidando apenas da dependência física, o que tende a ser um fator importante para a recaída desses pacientes. Deve-se ressaltar que apenas pacientes que apresentam uma dependência física elevada de nicotina beneficiam-se com o apoio medicamentoso.

Os medicamentos que ajudam o fumante a deixar de fumar e que têm comprovação científica de sua eficácia são divididos em dois grupos: os nicotínicos - terapia de reposição de nicotina (TRN) - e os não nicotínicos. A TRN é encontrada nas formas de adesivo transdérmico (ação lenta), goma de mascar, pastilha, inalador em aerossol e spray nasal (ação rápida). Os três primeiros são as únicas formas de liberação comercializadas no Brasil até o momento. Entre os não nicotínicos, temos a bupropiona

e a vareniclina, consideradas os medicamentos de primeira linha no tratamento do tabagismo.

No que tange às formas de reposição de nicotina, uma revisão sistemática revelou um aumento de 50% a 70% nas possibilidades de abstinência em longo prazo quando se trata de fumantes motivados para cessação e com elevada dependência à nicotina, em comparação com placebo (STEAD et al, 2012).

CONSIDERAÇÕES FINAIS

De maneira geral, fica evidente que apesar da existência de um forte arcabouço organizativo para o controle do tabagismo, se faz presente o desafio de que as ações de controle do tabagismo se configurarem, de fato, na efetivação do PNCT, desafio este que deve ser enfrentado pelas mais variadas localidades do país que possuem a proposta de combate ao tabagismo.

Há de se valorizar a configuração de um cenário que organize a capacitação de profissionais de saúde de forma periódica, visto que a concretização do atendimento ao fumante a partir da capacitação dos profissionais de saúde esbarra em diversas limitações. Entre estas, podem-se destacar a inadequada estruturação das unidades, o grau variado de comprometimento dos profissionais em implementarem o atendimento e a disposição, em segundo plano, da capacitação dos profissionais sem nível superior. Além disso, questões como a alta rotatividade de profissionais nas unidades e a carência de mecanismos que permitam aos profissionais implementarem e darem continuidade aos atendimentos em meio às demais atribuições que possuem, configuram-se como obstáculos ao desafio de efetivar a oferta do atendimento ao fumante de forma contínua e resolutiva.

Como alternativas para a melhoria da oferta do atendimento ao fumante na APS podem ser citadas a articulação da coordenação, a nível municipal, do PNCT com os demais setores da APS para o planejamento das ações de controle do tabagismo, de modo a serem otimizados os momentos da abordagem do usuário e diminuída a sobrecarga dos profissionais de saúde, assim como a consulta aos próprios profissionais acerca da viabilidade da implementação das ações sugeridas nas capacitações e de estratégias para a superação das dificuldades existentes.

REFERÊNCIAS

AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION. *Dsm-Iv Diagnostic And Statistical Manual Of Mentaldisorders*. 4th Ed. Revised. Washington: Apa, 2000.

ARAUJO. Alberto José de. (Org.). *Sociedade Brasileira de Pneumologia e Tisiologia Manual de Condutas e Práticas em Tabagismo*. Rio de Janeiro: Editora Guanabara Koogan, 2012, v. 1.

BRASIL, Ministério da 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. 57 p.

BRASIL. Ministério da Saúde; Instituto Nacional de Câncer; Coordenação de Prevenção e vigilância. *Abordagem e tratamento do fumante: Consenso 2001*. Rio de Janeiro: INCA, 2001.

BRASIL. Lei n.º 12.546, de 14 de dezembro de 2011. Disponível em http://www.planalto.gov.br/CCIVIL_03/_Ato2011-2014/2011/Lei/L12546.htm. Acesso em 5 de mar de 2016.

BRASIL. Ministério da Saúde; Instituto Nacional de Câncer José Alencar Gomes da Silva; Coordenação Geral de Ações Estratégicas; Coordenação de Prevenção e Vigilância. *Manual do coordenador: deixando de fumar sem mistérios*. 2. ed. Rio de Janeiro: INCA, 2011b.

BRASIL. Decreto 8.262, de 31 de maio de 2014. Disponível em http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_Ato2011-2014/2014/Decreto/D8262.htm Acesso em 24 jun de 2015.

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.

MALTA D.C.; DA SILVA Jr. J. B. Plano de Ações Estratégicas para o Enfrentamento das Doenças Crônicas Não Transmissíveis no Brasil após três anos de implantação, 2011-2013. *Epidemiol. Serv. Saúde*, Brasília, 23(3):389-395, jul-set 2014.

MILLER, W. R.; ROLLNICK, S. *Entrevista Motivacional*. Porto Alegre: Artmed, 2001

REICHERT J. et alii. Diretrizes para cessação do tabagismo, 2008. *J. Bras Pneumol*. 2008;34(10):845-880.

SCHMIDT M.I. et alii. Chronic non-communicable diseases in Brazil: burden and current challenges. *Lancet*, UK, 2011; 377: 1949–61.

STEAD, L. F. et alii. Nicotine replacement therapy for smoking cessation. *Cochrane DatabaseSyst. Rev.*, Oxford, v. 11, n. 11, 2012.