

TÍTULO: Perfil dos pacientes tabagistas em tratamento no Programa Municipal de Controle do Tabagismo, em Goiânia

AUTORES: MARTINS, Karine Anusca Martins; PONTES, Angelita Evaristo Barbosa; VIEIRA, Layana Cunha; BORGES, Kátia Regina; BORGES, Cristiane Lopes Monteiro; LOPES, Ellen; RAMOS, Thaila; FORNÉS, Nélida Schmid

UNIDADE ACADÊMICA: Faculdade de Medicina – UFG

ENDEREÇO ELETRÔNICO: karineanusca@yahoo.com.br

PALAVRAS-CHAVE: tabagista, tratamento, perfil, adultos

INTRODUÇÃO

O tabagismo é uma doença complexa, responsável por causar inúmeros malefícios à saúde tanto dos fumantes quanto dos não-fumantes (HAGGSTRÅM *et al.*, 2001), os quais são amplamente conhecidos (BRITTON, 1997), e tem sido considerada, neste século, a principal causa de morte evitável do mundo e de incapacidades prematuras (MENEZES *et al.*, 2001; SUTHERLAND *et al.*, 2003; OMS, 2003).

Fumante é aquele indivíduo que fumou mais de 100 cigarros, ou 5 maços, durante a sua vida e está fumando atualmente, de acordo com conceituação da OPAS (1995).

Já o dependente da nicotina é aquele que apresenta algumas sintomatologias específicas, tais como: compulsão; dificuldade de controlar o uso; reações físicas conseqüentes à abstinência; tolerância à substância caracterizada pela necessidade de doses crescentes; abandono progressivo de outros prazeres; uso persistente apesar do conhecimento dos problemas que serão acarretados em detrimento do uso. Vale ressaltar que para ser considerado dependente da nicotina, o indivíduo deve apresentar três ou mais sintomas descritos (WHO, 1992).

Estudos têm demonstrado que o tabagismo constitui um problema de saúde pública (PEIXOTO *et al.*, 2005) e que necessita de programas voltados para sua redução. Atualmente, as possibilidades para auxiliar os tabagistas a deixarem o vício de fumar aumentaram diante das novas modalidades terapêuticas existentes, bem como das recentes descobertas sobre o tabagismo (HAGGSTRÅM *et al.*, 2001).

A abordagem para uma doença complexa como o tabagismo requer a integração de diversos componentes que interagem e se potencializam para dar conta desta complexidade. Não há dúvida de que medidas psicossociais, não-medicamentosas, são essenciais no tratamento do fumante, podendo ser comparadas ao tratamento farmacológico em termos de impacto e importância (SUTHERLAND *et al.*, 2003).

O Ministério da Saúde, através do Instituto Nacional de Câncer (INCA) em 1989, assumiu o papel organizador do Programa Nacional de Controle do Tabagismo (PNCT), objetivando reduzir a prevalência de fumantes no Brasil, bem como a morbimortalidade por doenças tabaco relacionadas, utilizando para isso várias estratégias, dentre elas encontram-se a adoção de ações educativas e de mobilização de políticas e iniciativas legislativas e econômicas (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2005).

A atenção ao tabagista ocorre de forma hierarquizada na rede nacional de saúde pública do Brasil. Segundo o modelo preconizado pelo PNCT, do Ministério

da Saúde, poderão atender ao fumante e oferecer como tratamento, a abordagem cognitivo-comportamental, e o tratamento medicamentoso, quando houver indicação, todas as Unidades de Atenção Básica à Saúde (UABS) desde que seus profissionais estejam capacitados segundo a padronização do programa (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2005).

O Programa Municipal de Controle do Tabagismo (PMCT) segue a preconização do Instituto Nacional do Câncer do Ministério da Saúde (INCA/MS), está implantado em Goiânia desde 1998 e possui três ações básicas: Ambientes Livres do Tabaco (ALT); Atividades Educativas de Sensibilização e Conscientização e Abordagens Mínima e Intensiva ao Fumante (SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE, 2005).

O objetivo do presente estudo é descrever o perfil dos pacientes tabagistas em tratamento na Abordagem Intensiva ao Fumante no Programa Municipal de Controle do Tabagismo, na cidade de Goiânia, em 2005 e 2006.

METODOLOGIA

Trata-se de um estudo de corte transversal, descritivo.

Os pacientes estudados (n=140), representam 68,3% dos pacientes cadastrados para o tratamento do PMCT, na Abordagem Intensiva ao Fumante, em sessões de grupo de 12 Unidades de Atenção Básica à Saúde (UABS) de Goiânia, conforme um cronograma, podendo ser acompanhados pelo período de 1 ano ou mais conforme necessidades individuais. Durante este período as pessoas que deixaram de fumar (fumantes abstêmios) sem medicação podem continuar participando das reuniões como apoio. Porém, após 6 meses de participação nestes grupos terapêuticos com a abordagem comportamental sem parar de fumar, preconiza-se a utilização de medicamento aos pacientes com alto nível de dependência (segundo critérios do *Teste de Fagerström* = ou > 5, pacientes que fumam 20 ou mais cigarros/dia ou fumam o 1º cigarro até 30 minutos após acordar com consumo mínimo de 10 cigarros/dia e pacientes que não conseguiram parar de fumar durante a abordagem com sintomas de abstinência insuportáveis, não havendo contra-indicações). O *Teste de Fagerström* é utilizado para classificar o grau de dependência à nicotina, variando de 0 (muito baixo) a 10 (muito elevado).

Os dados foram coletados em um questionário por entrevista direta, adaptado da Ficha de Avaliação Clínica do fumante, do PNCT/MS. O trabalho foi aprovado e seguiu as normas do Comitê de Ética em pesquisa da Universidade Federal de Goiás.

Foi feita a caracterização dos grupos de tratamento, e a partir desses dados foram estudadas variáveis demográficas e realizada a classificação do hábito tabagístico dos entrevistados.

A elaboração do banco de dados com as variáveis de interesse para o estudo proposto, foi realizada em programa EXCEL/97. A análise dos dados foi realizada em programa de informática específico com o pacote estatístico Epi Info, versão CDC 2004, disponível na Internet.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

A Abordagem Intensiva ao Fumante do PMCT foi implantada para a população de Goiânia, no ano de 2005 com participação de 12 grupos em 12 UABS, onde 143 pacientes iniciaram o tratamento e 75 (52,4%) finalizaram. No ano de 2006, foram iniciados 15 grupos em 12 UABS dos 09 Distritos Sanitários de Saúde do município, sendo que 236 pacientes foram inscritos, e até o momento da

realização da pesquisa, 130 (55,1%) pacientes continuavam sendo acompanhados nos grupos; verificando-se então que do total de 379 pacientes, dos grupos de 2005 e 2006, que iniciaram o tratamento na Abordagem Intensiva ao Fumante, 54,1% permaneceram até o final das reuniões, e 45,9% desistiram.

Dos pacientes que finalizaram o tratamento, pararam de fumar sem medicamento 11,2%; e, 55,6% receberam medicamento, após os 6 meses de abordagem cognitivo-comportamental.

Estudos rigorosos comprovam que os ex-fumantes têm mais anos de vida e em melhores condições de saúde, em relação àqueles que fumam. Quanto mais cedo se abandona o cigarro, menor será o risco de contraírem as doenças tabaco-relacionadas (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 1997).

Pesquisas mostram que cerca de 80% dos fumantes querem parar de fumar. No entanto, apenas 3% conseguem a cada ano. De acordo com o Ministério da Saúde (2001), quanto maior for o tempo dedicado em cada abordagem do fumante, maior a taxa de cessação.

Nesse estudo observou-se que a maioria dos pacientes que não conseguiram deixar de fumar, pelo menos reduziu o número de cigarros/dia (ao longo do tratamento). Pacientes que deixaram de fumar sem medicamento, em alguns grupos, não freqüentaram as reuniões até o final, pois já haviam alcançado seu objetivo. Apesar de todos os pacientes inscritos (n=379) terem sido convocados para participar das reuniões e realizar o tratamento disponível nas UABS capacitadas pela Divisão de Doenças Crônico-Degenerativas da Secretaria Municipal de Saúde de Goiânia; a maior parte desiste, e as fazem nas reuniões iniciais.

Foram entrevistados 140 pacientes, 76% do sexo feminino e 24% do sexo masculino, com faixa etária entre 18 e mais de 60 anos de idade. Do total de pacientes estudados 85% (n=119) eram fumantes e 15% (n=21), considerados fumantes abstinidos e ex-fumantes.

Os dados sobre a proporção de fumantes no Brasil revelam que grande parte dos brasileiros fuma, mas que essa proporção vem diminuindo ao longo dos anos, já que em 1989 (PNSN), 32% dos brasileiros fumavam e, em 2003, essa porcentagem reduziu para 19% (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2004). Dos indivíduos fumantes em todas as faixas etárias, os homens fumam em maior proporção que as mulheres. No entanto, na faixa etária mais nova (entre 20 e 49 anos), a mulher vem fumando mais, diminuindo-se a relação homem/mulher (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 1998).

Em inquérito domiciliar sobre a prevalência do tabagismo por sexo, realizado pelo Ministério da Saúde (2004), verifica-se que 53,5% dos fumantes eram do sexo masculino e 46,5% do sexo feminino reforçando a preocupante tendência de crescimento da exposição tabagística no sexo feminino, indo de encontro aos resultados obtidos nesse estudo, onde a grande maioria foi do sexo feminino.

Algumas condições observadas durante a coleta de dados devem ser ressaltadas, visto que existe uma maior busca de tratamento nas UABS por mulheres, bem como uma maior disponibilidade de tempo para manter o acompanhamento durante as reuniões em grupo.

A escolaridade encontrada entre os fumantes foi de 34% entre os que não completaram o ensino fundamental; e 31% tinham o ensino médio. Já entre os fumantes abstinidos e ex-fumantes, 24% não completaram o ensino fundamental e 33% cursaram o ensino médio. Observa-se então, que cerca de 32,8% dos entrevistados possuem grau de escolaridade menor que ensino fundamental, confirmando a tendência observada em vários países, onde há uma prevalência

maior dos fumantes nos grupos populacionais com menor escolaridade (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2004; WORLD BANK, 1999).

Quando observada a idade de início do hábito tabagístico de todos os pacientes estudados verificou-se que 47,8% iniciaram este hábito entre 7 e 14 anos de idade, 33,6%, entre os 15 e 19 anos e 18,6% a partir de 20 anos, ou seja, 81,4% iniciaram o hábito tabagístico antes dos 20 anos, dados esses que se aproximam aos encontrados em estudos realizados no Brasil (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2004) onde observa-se que 70% dos fumantes regulares começaram a fumar nessa mesma faixa etária; e de acordo com dados de estudos internacionais (WHO, 1998), onde esses valores situam na faixa de 80 a 90%.

Em relação à duração do hábito tabagístico em anos, observou-se que 86,5% e 90,5% dos pacientes fumantes e fumantes abstêmios, respectivamente, fumam ou fumavam há mais de 21 anos, confirmando o início precoce do hábito. Sabe-se que quanto mais precocemente se estabelece o tabagismo, maior o risco de mortes prematuras na meia-idade ou na idade madura. A diferença em alguns anos no início do tabagismo pode aumentar, em quase o dobro, os riscos de danos à saúde (DOLL; PETO, 1981, *apud* MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2004).

No que se refere ao número de cigarros fumados ao dia, foram encontrados os seguintes resultados: 9,5% dos fumantes abstêmios e ex-fumantes fumavam menos que 10 cigarros/dia, 52,4% de 11 a 20, 14,3% de 21 a 30 e 23,8% fumavam mais de 31. Já entre os indivíduos fumantes, 33,6% menos que 10 cigarros/dia, 48,7% de 11 a 20, 12,6% de 21 a 30 e 5% mais de 31; ou seja, do total dos entrevistados 30% fumavam menos de 10 cigarros/dia; 49,3% de 11 a 20 e 20,7% acima de 21 cigarros/dia (fumante pesado).

Segundo os resultados obtidos a partir da realização do Teste de Fagerström nos pacientes fumantes verificou-se que 25,2% e 16,8% apresentaram grau de dependência à nicotina, elevado e muito elevado, respectivamente.

A distribuição segundo o número de cigarros fumados ao dia, associada aos resultados do Teste de Fagerström, possibilitam a avaliação da proporção de fumantes pesados a qual pode refletir a carga de doenças associadas ao hábito de fumar. A proporção encontrada de fumantes pesados é considerada elevada, e esse resultado é de grande importância para o planejamento do tratamento da dependência com determinação da estratégia terapêutica a ser estabelecida (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2004).

CONCLUSÕES

Desta forma, observou-se que a amostra levantada foi representativa em relação ao número de pacientes participantes do PMCT e que mais da metade dos pacientes finalizavam o tratamento, aumentando as expectativas das ações desenvolvidas em prol da cessação do hábito tabagístico. Concluiu-se que a maioria dos pacientes entrevistados era do sexo feminino; possuía baixa escolaridade; apresentou redução do número de cigarros fumados; fumava há mais de 20 anos, confirmando o início precoce do hábito tabagístico, entre 7 e 14 anos de idade; e quase a metade apresentou grau de dependência a nicotina elevado; e do total de entrevistados, 15% dos pacientes já haviam parado de fumar.

Sendo a motivação fator fundamental para uma alteração de comportamento tão importante como a de parar de fumar, a tarefa dos profissionais de saúde é, principalmente, a de auxiliar os fumantes a se tornarem altamente motivados para a etapa da ação e, depois, ajudá-los a se manterem abstêmios. É indispensável o apoio aos fumantes para abandonar o tabaco e, portanto prolongar suas vidas.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- BRITTON, J. Tobacco: the epidemic we could avoid. *Thorax* 1997; 52: 1021-2.
- HAGGSTRÄM, F.M.; CHATKIN, J. M.; CVALET-BLANCO, D.; RODIN, V.; FRITSCHER, C.C. Tratamento do tabagismo com bupropiona e reposição nicotínica. *J. Pneumol.* 27 (5), set-out., 2001.
- MENEZES, A.; PALMA, E.; HOLTHAUSEN, R.; OLIVEIRA, R. *et al.* Evolução temporal do tabagismo em estudantes de medicina, 1986, 1991, 1996. *Revista de Saúde Pública*, 2001; 35 (2): 165-169.
- MINISTÉRIO DA SAÚDE (MS). Brasil. Instituto Nacional de Câncer (INCA). Coordenação de Prevenção e Vigilância (CONPREV). *Abordagem e tratamento do fumante - Consenso 2001*. Rio de Janeiro: INCA, 2001. 38p.
- MINISTÉRIO DA SAÚDE (MS). Brasil. Secretaria de Vigilância em Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Instituto Nacional de Câncer (INCA). Coordenação de Prevenção e Vigilância (CONPREV). *Plano para implantação da Abordagem e Tratamento do Tabagismo*, Anexo 1, 2005. 8p.
- MINISTÉRIO DA SAÚDE (MS). Brasil. Secretaria de Vigilância em Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Instituto Nacional de Câncer (INCA). Coordenação de Prevenção e Vigilância (CONPREV). *Inquérito domiciliar sobre comportamentos de risco e morbidade referida de doenças e agravos não transmissíveis: Brasil, 15 capitais e Distrito Federal, 2002-2003*. Rio de Janeiro: INCA, 2004. 186p.
- MINISTÉRIO DA SAÚDE (MS). Brasil. Secretaria Nacional de Assistência à Saúde. Instituto Nacional de Câncer (INCA). Coordenação Nacional de Controle do Tabagismo e Prevenção Primária de Câncer (Contapp). *Falando sobre tabagismo*. 3. ed. Rio de Janeiro: Ministério da Saúde, 1998. 72p.
- MINISTÉRIO DA SAÚDE (MS). Instituto Nacional do Câncer (INCA). Coordenação Nacional de Controle do Tabagismo e Prevenção Primária de Câncer. Centro Colaborador da OMS Programa Tabaco ou Saúde. *Ajudando seu paciente a deixar de fumar*. Secretaria Nacional de Assistência à Saúde. Rio de Janeiro INCA, 1997. 52p.
- OMS. ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. *Cuidados inovadores para condições crônicas: componentes estruturais de ação*. Relatório mundial. Brasília - Brasil, 2003. 105 p.
- OPAS. ORGANIZACIÓN PANAMERICANA DE LA SALUD. *Guías para el Control y Monitoreo de la Epidemia Tabaquica*, 1995.
- PEIXOTO, S.V., FIRMO, J.O.A., LIMA-COSTA, M.F. Factors associated to smoking habit among older adults (The Bambuí Health and Aging Study). *Rev. Saúde Pública*, 2005; 39 (5): 745-53.
- SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE DE GOIÂNIA (SMS). Divisão de Doenças Crônicas Degenerativas (DDCD). Rede Básica. *Protocolo do Programa Municipal de Controle do Tabagismo (PMCT) – Versão Preliminar*. Goiânia, 2005. 26p.
- SUTHERLAND, G. Smoking: can we really make a difference? *Heart* 89 (Suppl II): 1125-7, 2003.
- THE WORLD BANK. *Curbing the epidemic: governments and the economics of tobacco control*. Washington, D.C., 1999.
- WHO. WORLD HEALTH ORGANIZATION. *The ICD-10. Classification of Mental and Behavioural Disorders*. Clinical descriptions and diagnostic guidelines, 1992.