

FISIOTERAPIA NA CESSAÇÃO TABÁGICA

Angela Dubiela (UNICENTRO) – angeladubiela@hotmail.com

RESUMO

Através do projeto de extensão: Fisioterapia no Programa de Cessação do Tabaco da Unidade de Saúde Cia Carli – Promoção de Saúde, foi realizado o presente estudo, onde constam resultados, relatos epidemiológicos e a importância de um trabalho multidisciplinar, visto que o tabaco configura atualmente um problema de saúde pública. A expectativa de vida em tabagistas é oito anos menor quando comparada com a de não fumantes. A Fisioterapia Respiratória intervém especificamente, afim de minimizar as repercussões cardiorrespiratórias que o cigarro traz. O tabagismo é classificado pela Organização Mundial de Saúde (OMS) como a principal causa evitável de doença e morte no mundo ocidental. Devido ao fato de a Fisioterapia ter a sua maior atuação dentro da reabilitação, ou seja, no terceiro nível de prevenção de saúde pública, a intervenção fisioterapêutica será destinada aos tabagistas que têm interesse em ingressar no grupo afim de cessarem a dependência psico química que o tabaco traz. O projeto em questão foi realizado em fevereiro de 2009 à fevereiro de 2010, com o objetivo de realizar reuniões quinzenais com grupos de indivíduos interessados em deixar o hábito tabágico. A avaliação foi realizada através da aplicação do teste de *Fagerstrong*. A dependência tabágica dos pacientes no início do tratamento ficou no parâmetro de 6 -7 elevado (fumantes de 10 a 20 cigarros/dia) pela *escala de Fagerstrong*, já, a cessação (final de tratamento) do tabaco ficou de 38 a 43%. Vale lembrar que a média de cessação a nível de Brasil está entre 28 a 32%.

PALAVRAS CHAVE: Tabagismo; Fisioterapia, Saúde Pública

INTRODUÇÃO

Através do projeto de extensão: Fisioterapia no Programa de Cessação do Tabaco da Unidade de Saúde Cia Carli – Promoção de Saúde, foi realizado o

presente estudo, onde constam resultados, relatos epidemiológicos e a importância de um trabalho multidisciplinar, visto que o tabaco configura atualmente um problema de saúde pública.

A expectativa de vida em tabagistas é oito anos menor quando comparada com a de não fumantes. A cessação tabágica, por sua vez, promove redução significativa na taxa de mortalidade antes dos 35 anos de idade e em menor escala na faixa etária acima de 65 anos, além de produzir inúmeros benefícios à saúde, representando uma intervenção custo-efetiva.⁽¹⁻²⁾ Porém, parar de fumar, na maioria dos casos, não é uma decisão simples e abrupta.

O tabagismo é classificado pela Organização Mundial de Saúde (OMS) como a principal causa evitável de doença de morte no mundo ocidental, já que é tratado como doença. Pensar em saúde coletiva é pensar nos múltiplos fatores que influem na qualidade de vida, no bem-estar social e nas múltiplas influências que alteram estes fatores para melhores ou piores condições de vida. A Saúde Pública tem como funções específicas as ações de proteção da saúde (através da melhoria do meio), a promoção (o aumento e o fomento de um nível de saúde), a prevenção (englobam-se aqui todas as atuações encaminhadas para evitar que se produza um processo mórbido não desejado), a assistência (referida à atenção e ao cuidado dos problemas de saúde) e a reabilitação (consistente em todas as atividades, programas e estratégias desenvolvidas pelos sistemas sanitários com o fim de restaurar os níveis de saúde, recuperar a autonomia, liberdade, funcionalidade e capacidades da pessoa, readaptando-a novamente a seu meio social).

1. Tabagismo

No Brasil existem 33 milhões de fumantes que abrange em 40% da população acima de 15 anos, com cerca de 100 mil óbitos/ ano. O fumo encerra nicotina, monóxido de carbono, 2 a 3 mil substâncias tóxicas, causa bronquite crônica, mediante ciliostase, edema e inflamação da mucosa traqueobrônquica, hipersecreção de muco, retenção e infecção do muco, perda das células de Clara (secretam surfactante), hipertrofia de músculos lisos e fibrose da parede brônquica. O tabagismo causa também enfisema pulmonar, doença broncopulmonar obstrutiva crônica e câncer do pulmão.

A Fisioterapia Respiratória intervém especificamente, afim de minimizar as repercussões cardiorrespiratórias que o cigarro traz.

As mulheres hoje também grandes fumantes, sofrem o mesmo efeito do fumo que os homens. Sabe-se, hoje, que os fumantes adultos são mais vulneráveis a infecções respiratórias agudas que os não-fumantes. É maior também o risco de adoecimento por tuberculose.

Os fumantes passivos ou involuntários (não- fumantes expostos à fumaça

dos cigarros) são prejudicados em ambientes carregados. As crianças de baixa idade, por exemplo estão em maior risco de infecção respiratória sob a influência tabágica: bronquite, bronquiolite, broncoespasmos e pneumonia. As crianças maiores e os adolescentes passivos também sofrem crises asmáticas e episódios bronquíticos. Os adultos saudáveis, mas fumantes passivos estão sujeitos a sofrerem alterações de suas pequenas vias respiratórias. As esposas não-fumantes de maridos fumantes têm maior mortalidade por câncer broncogênico que as mulheres de maridos não fumantes (SILVEIRA, ISMAR 2000).

O ato de fumar um cigarro gera, imediatamente, aumento de duas a três vezes a resistência das vias respiratórias. Esse aumento perdura de 10 a 30 minutos. Não chega a produzir dispnéia na pessoa normal. A broncoconstrição não se deve à nicotina inalada, mas sim às partículas submicroscópicas que se depositam nos receptores dos brônquios. O filtro comum dos cigarros retira somente as partículas maiores, mas não as submicroscópicas (MEDICAL PUBLISHERS, 1999).

Os males do tabagismo passivo vão de irritação nos olhos, tosse, dor de cabeça e aumento dos problemas alérgicos e cardíacos até efeitos de médio e longo prazo: pesquisas nacionais e internacionais indicam que os fumantes passivos têm um risco 23% maior de desenvolver doença cardiovascular e 30% mais chances de ter câncer de pulmão. Além disso, têm mais propensão à asma, redução da capacidade respiratória, 24% a mais de chances de infarto do miocárdio e maior risco de aterosclerose. Crianças expostas à fumaça do tabaco podem desenvolver doença cardiovascular quando adultas, infecções respiratórias e asma brônquica. Os filhos de gestantes que fumam apresentam o dobro de chances de nascer com baixo peso e 70% de possibilidades de sofrer um aborto espontâneo; 30% podem morrer ao nascer.

Durante o aleitamento, a criança recebe nicotina por meio do leite materno. A substância produz intoxicação, podendo ocasionar agitação, vômitos, diarreia e taquicardia, principalmente em mães fumantes de 20 ou mais cigarros por dia.

O cigarro mata cerca de cinco milhões de pessoas no mundo por ano. Só no Brasil ele é responsável por 200 mil mortes. Considerada pela OMS a principal causa de morte evitável em todo o mundo, o tabagismo é diretamente responsável ainda 90% das mortes por câncer de pulmão (entre os 10% restantes, 1/3 é de fumantes passivos).

O cigarro carrega mais de 4.700 substâncias tóxicas, como nicotina, monóxido de carbono e o alcatrão, que é constituído por aproximadamente 48 substâncias pré-cancerígenas, incluindo agrotóxicos e substâncias radioativas, dentre elas: amônia, cetonas, arsênico, níquel, benzopireno, cádmio, chumbo, responsáveis por irritações nos olhos, nariz, garganta e paralisia dos movimentos dos cílios dos brônquios, além de doenças como o enfisema, a DPOC (Doença Pulmonar Obstrutiva Crônica) e diversos tipos de câncer. Ao todo, são mais de 50 doenças relacionadas ao consumo do tabaco.

Segundo o Banco Mundial, o consumo do fumo gera uma perda mundial de 200 bilhões de dólares por ano, representados por: sobrecarga do sistema de saúde com tratamento das doenças causadas pelo fumo; mortes precoces de cidadãos em idade produtiva; maior índice de aposentadoria precoce; faltas ao trabalho de 33 a 45% a mais; menor rendimento no trabalho; mais gastos com seguros; mais gastos com limpeza, manutenção de equipamentos e reposição de mobiliários; maiores perdas com incêndios; redução da qualidade de vida do fumante e de sua família.

1.2 Fisioterapia e Saúde Coletiva

As medidas preventivas de saúde podem ser classificadas, de acordo com PEREIRA (2000), em: (1) prevenção primária – conjunto de medidas dirigidas à população sadia, para evitar a ocorrência de novos casos, visando reduzir a incidência. Pode ser dividida em promoção e proteção específica; (2) prevenção secundária – conjunto de medidas dirigidas à população doente, com o intuito de detectar os casos, clínicos ou subclínicos, e tratá-los, visando a diminuir a duração da doença e, conseqüentemente, a prevalência. É subdividida em diagnóstico e tratamento precoce e limitação do dano; (3) prevenção terciária (ou reabilitação) – conjunto de medidas para desenvolver a capacidade residual e potencial do indivíduo, após a passagem da doença, visando promover o ajustamento da pessoa à situações irreversíveis, atenuar a invalidez e evitar o óbito.

Devido ao fato de a Fisioterapia ter a sua maior atuação dentro da reabilitação, ou seja, no terceiro nível de prevenção de saúde pública, a intervenção fisioterapêutica será destinada aos tabagistas que têm interesse em ingressar no grupo afim de cessarem a dependência psico química que o tabaco traz.

A Fisioterapia é uma ciência que, através do conhecimento do corpo humano, utiliza métodos e técnicas fisioterapêuticas com a finalidade de ajudar o indivíduo a conservar sua funcionalidade, capacidade, potencialidade e autonomia, aumentá-las, se puder, e recuperá-las, quando estas se tiverem perdido, através do emprego de métodos e técnicas específicas; quando isto não é possível, ajudará o indivíduo a aceitar e a adaptar-se ao seu novo esquema corporal, conforme GABRIEL, PETIT e CARRIL, 2001.

O fisioterapeuta, devido às características de seu trabalho e à possibilidade de estar em contato direto e por tempo prolongado com seus pacientes, é considerado um “agente de mudanças”, por ter a possibilidade de ser promotor de saúde, principalmente do ponto de vista familiar e comunitário.

Por ser a Fisioterapia uma ciência relativamente nova no Brasil, ela vem sofrendo transformações ao longo de sua existência, segundo SHEPHERD (1996). O projeto Fisioterapia intervindo em grupos de apoio, tem o intuito de contribuir para a evolução desta área da saúde, visto que o tabagismo é considerado doença. .

A realização de um trabalho inter e multiprofissional na comunidade, consegue atender os indivíduos de maneira global, e não como problemas isolados. Este tipo de trabalho fornece uma estrutura para a revisão organizada das necessidades nos níveis físico, individual e social, segundo KOTTKE e LEHMANN (1994), o que é importante para o desenvolvimento de habilidades, cumprimento de tarefas, e preenchimento de papéis sociais e para uma qualidade de vida satisfatória. Sendo assim, o projeto em questão quer contribuir para as transformações da assistência à saúde e para a melhoria da qualidade de vida da população em geral.

2. Metodologia

O projeto em questão foi realizado de fevereiro de 2009 a fevereiro de 2010. Na primeira etapa, foi realizado um levantamento dos tabagistas interessados em participar das reuniões, através dos ACSs (agentes de saúde da vila Carli. Foram incluídos no programa os pacientes que manifestaram desejo próprio de abandonar o tabagismo. Após o contato inicial, o paciente era submetido à triagem médica, para se avaliar os perfis tabágico, psicológico, presença de co-morbidades, grau de dependência nicotínica (caracterizada de acordo com a pontuação do teste de Fagerstrom (tabela em anexo): 0 - 2 : muito baixa; 3 - 4: baixa; 5: média; 6 - 7: alta e 8 - 10: muito alta), motivação e preparação para a tarefa de parar de fumar, além de ser solicitada avaliação radiológica (radiograma de tórax, quando necessário) e funcional pulmonar (espirometria). Estabelecido o diagnóstico da dependência tabágica (teste de Fagerstrom), na presença de pneumopatia ou outra co-morbidade, e de desejo e aptidão para participação individual em dinâmica de grupo, o paciente foi encaminhado para o grupo de apoio para a realização das sessões de abordagem cognitivo-comportamental. Essas sessões foram programadas com duração de uma hora, com nutricionista, enfermeira, médico clínico geral e o fisioterapeuta, que, além de discutirem aspectos da dependência e abstinência tabágicas, coordenaram vivências com o objetivo de favorecer o auto-conhecimento da dependência nicotínica e a mudança de comportamento dos pacientes, visando à abstinência. Posteriormente, será realizada coleta de dados com informações relevantes para a Fisioterapia, através de questionário afim de enquadrar o perfil do tabagista nos moldes de entrevista que o Ministério da Saúde propõe, o questionário dentre os dados mais importantes inclui questionamento sobre depressão e doenças respiratórias pré-existentes. A segunda etapa consistiu na intervenção fisioterapêutica. Será agendada uma reunião semanal primeiramente, durante quatro semanas, onde será seguido o manual para deixar o tabaco, proposto pelo Ministério da Saúde.

Tabela - Sociedade Brasileira de Pneumologia e Tisiologia www.sbpt.org.br

___ **TESTE DE FAGERSTRÖM**

Quanto tempo depois de acordar você fuma o primeiro cigarro?

após 60 minutos	0
entre 31 e 60 minutos	1
entre seis e 30 minutos	2
nos primeiros cinco minutos	3

Você encontra dificuldades em evitar de fumar em locais proibidos, como por exemplo: igrejas, local de trabalho, cinemas, shoppings, etc?

não	0
sim	1

Qual o cigarro mais difícil de largar de fumar?

qualquer outro	0
o primeiro da manhã	1

Quantos cigarros você fuma por dia?

menos de 10 cigarros	0
entre 11 e 20 cigarros	1
entre 21 e 30 cigarros	2
mais de 30 cigarros	3

Você fuma mais freqüentemente nas primeiras horas do dia do que durante o resto do dia?

não	0
sim	1

Você fuma mesmo estando doente ao ponto de ficar acamado na maior parte do dia?

não	0
sim	1

3.Resultados obtidos

Foram realizadas 2 reuniões quinzenais. Sendo 15 pacientes nas segundas e 15 nas terças, estes, atendidos pela equipe já mencionada estes profissionais da Prefeitura Municipal e o serviço de fisioterapia, oferecido pelo projeto em questão que contou com uma docente e discentes. Ao longo do ano de 2009, foram atendidos quatro grupos de 15 pacientes, sendo dois no primeiro semestre e outros dois no segundo semestre.

Durante o ano do projeto foram realizadas 46 reuniões. Foi requisitado aos pacientes, exames laboratoriais, os quais foram realizados na própria Unidade de Saúde, e a espirometria realizadas na Clínica de Fisioterapia do CEDETEG.

Os resultados referentes ao trabalho são animadores. A dependência tabágica dos pacientes no início do tratamento ficou no parâmetro de 6 -7 elevado (fumantes de 10 a 20 cigarros/dia) pela escala de Fagerstrong, já, a cessação (final

de tratamento) do tabaco ficou de 38 a 43%. Vale lembrar que a média de cessação a nível de Brasil está entre 28 a 32%. Os dados mencionados anteriormente são dos pacientes que realmente cessaram, sem contar os pacientes que diminuíram significativamente o nível de dependência tabágica.

O resultado do projeto é satisfatório uma vez que teve o intuito de promover saúde da população da Vila Carli do Município de Guarapuava. Dessa forma os acadêmicos cada vez mais estão envolvidos em trabalhar visando a prevenção.

4. Considerações finais

O fisioterapeuta, como profissional da saúde, tendo conhecimento dos malefícios que o fumo acarreta à saúde da população, é capaz de intervir positivamente na prevenção das doenças tabaco-associadas, conscientizando os fumantes dos riscos e prejuízos decorrentes do tabagismo e da importância do abandono do hábito para a preservação da saúde. O objetivo do presente estudo foi demonstrar uma experiência de atuação da fisioterapia respiratória em saúde pública, especialmente na luta antitabagística, já que o tabagismo é apontado pela OMS como maior causa isolada de doença e morte no mundo ocidental.

Este tipo de trabalho fornece uma estrutura para a revisão organizada das necessidades nos níveis físico, individual e social, segundo KOTTKE e LEHMANN (1994), o que é importante para o desenvolvimento de habilidades, cumprimento de tarefas, e preenchimento de papéis sociais e para uma qualidade de vida satisfatória. Sendo assim, o projeto em questão quer contribuir para as transformações da assistência à saúde e para a melhoria da qualidade de vida da população em geral.

5. Referências

- AZEREDO, Carlos Alberto Caetano. Fisioterapia Respiratória Moderna. 3ª ed. São Paulo: Manole, 1999.
- AZEREDO, C.A.C., POLYCARPO, M.R., QUEIROZ, A.N. Manual prático de fisioterapia respiratória. Rio de Janeiro: Lidor, 2000.
- BENNET, J. Claude e PLUM, Fred. Cecil – tratado de medicina interna. 6ª ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, vol 1 e 2, 1997.
- CHAVES, Ismar Silveira. O Pulmão. 3ª. Ed. São Paulo, Guanabara Koogan, 2000.

- FILHO, Claudio Bertolli. História da Saúde Pública no Brasil. 2ª ed. São Paulo: Ática, 1998.
- FILHO, Eurico Thomaz de Carvalho e NETTO, Matheus Papaléo. Geriatria – fundamentos, clínica e terapêutica. São Paulo: Atheneu, 2000.
- KOTTKE, Frederic J. e LEHMANN, Justus F. Tratado de Medicina Física e Reabilitação de Krusen. 4ª ed. São Paulo: Manole, vol 1 e 2, 1994.
- MARLET, José Maria, MEIRA, Affonso Renato e D'ANDRETTA JR, Carlos. Saúde na comunidade – temas de medicina preventiva e social. 2ª ed. São Paulo: McGraw-Hill, 1978.
- PEREIRA, Maurício Gomes. Epidemiologia – teoria e prática. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 1995
- ROUQUAYROL, Maria Zélia e FILHO, Naomar de Almeida. Epidemiologia e Saúde. 5ª ed. Rio de Janeiro: Medsi, 1999.
- VITTA, Alberto de. Atuação preventiva em fisioterapia. Bauru: Caderno de divulgação cultural (Editora da Universidade do Sagrado Coração), 1999.
- Revista O COFFITO. Número 15, junho de 2002.