

UNIVERSIDADE FEDERAL DE OURO PRETO

**TABAGISMO DURANTE A PANDEMIA DO CORONAVÍRUS-19: RELATO
DE EXPERIÊNCIA DE UM GRUPO TERAPÊUTICO EM OURO PRETO,
MINAS GERAIS**

OURO PRETO

2021

THIAGO LEISTER DE MEDEIROS

**TABAGISMO DURANTE A PANDEMIA DO CORONAVÍRUS-19: RELATO
DE EXPERIÊNCIA DE UM GRUPO TERAPÊUTICO EM OURO PRETO,
MINAS GERAIS**

Trabalho de conclusão de Residência apresentado à Universidade Federal de Ouro Preto, como requisito parcial para obtenção do título de Médico de Família e Comunidade.

Orientador: Leonardo Cançado Monteiro Savassi

Coorientador: Vinicius Barcelos de Carvalho

OURO PRETO

2021

SISBIN - SISTEMA DE BIBLIOTECAS E INFORMAÇÃO

M488t Medeiros, Thiago Leister de.

Tabagismo durante a pandemia do coronavírus-19 [manuscrito]:
Relato de experiência de um grupo terapêutico em Ouro Preto, Minas
Gerais. / Thiago Leister de Medeiros. - 2021.

19 f.: il.: tab.. + Ficha de avaliação. + Formulário de triagem.

Orientador: Prof. Dr. Leonardo Cançado Monteiro Savassi.

Coorientador: Esp. Vinicius Barcelos de Carvalho.

Produção Científica (Especialização). Universidade Federal de Ouro
Preto. Escola de Medicina.

1. Tabagismo. 2. Atenção primária à saúde. 3. Educação em saúde.
4. COVID-19. 5. Abandono do uso de tabaco. I. Carvalho, Vinicius Barcelos
de. II. Savassi, Leonardo Cançado Monteiro. III. Universidade Federal de
Ouro Preto. IV. Título.

CDU 613.84

Bibliotecário(a) Responsável: Angela Maria Raimundo - SIAPE: 1.644.803



MINISTÉRIO DA EDUCAÇÃO
UNIVERSIDADE FEDERAL DE OURO PRETO
REITORIA
ESCOLA DE MEDICINA



FOLHA DE APROVAÇÃO

Thiago Leister de Medeiros

Tabagismo durante a pandemia do Coronavírus-19: Relato de experiência de um grupo terapêutico em Ouro Preto, Minas Gerais

Monografia apresentada ao Curso de Residência Médica em Medicina de Família e Comunidade da Universidade Federal de Ouro Preto como requisito parcial para obtenção do título de Especialista em Medicina de Família e Comunidade.

Aprovada em 1º de março de 2021.

Membros da banca

Doutor em Educação em Saúde - Prof. Leonardo Cançado Monteiro Savassi - Orientador - Universidade Federal de Ouro Preto
Especialista em Preceptoría no SUS - Vinicius Barcelos de Carvalho - Prefeitura Municipal de Ouro Preto
Doutora em Ciências Humanas - Profª Adriana Maria de Figueiredo - Universidade Federal de Ouro Preto
Especialista em Família, Casal e Grupo - Tatiany Fátima de Carvalho - Clínica de atendimento pediátrico domiciliar a crianças com síndromes raras (Pedilar)

Prof. Leonardo Cançado Monteiro Savassi, orientador do trabalho, aprovou a versão final e autorizou seu depósito na Biblioteca Digital de Trabalhos de Conclusão de Curso da UFOP em 01/03/2021.



Documento assinado eletronicamente por **Leonardo Cancado Monteiro Savassi, PROFESSOR DE MAGISTERIO SUPERIOR**, em 08/10/2021, às 13:56, conforme horário oficial de Brasília, com fundamento no art. 6º, § 1º, do [Decreto nº 8.539, de 8 de outubro de 2015](#).



A autenticidade deste documento pode ser conferida no site http://sei.ufop.br/sei/controlador_externo.php?acao=documento_conferir&id_orgao_acesso_externo=0, informando o código verificador **0230103** e o código CRC **764CBEF8**.

Referência: Caso responda este documento, indicar expressamente o Processo nº 23109.010635/2021-45

SEI nº 0230103

R. Diogo de Vasconcelos, 122, - Bairro Pilar Ouro Preto/MG, CEP 35400-000
Telefone: - www.ufop.br

AGRADECIMENTOS

Em meio a um momento de distanciamento e emoções divergentes, voltei minha atenção e busca por força e inspiração naqueles que nunca contaram esforços por mim: meus familiares. Agradeço a vocês todo o apoio nessa nova etapa da minha vida que está prestes a se concluir. A minhas Mães Mafalda e Silvana, meu Pai Juarez, meus irmãos Pedro, João Vitor e Valter, além de meus tios, tias, primos, primas e outros entes queridos, obrigado por toda força e energia positiva compartilhada!

À Maria Leister: Vó, guerreira e eterna Rainha. Seus ensinamentos e seu Amor vão seguir comigo ao longo da vida. Obrigado.

À meus orientadores, Leonardo e Vinicius, que foram pilares do meu aprofundamento no campo do combate ao tabagismo, meus agradecimentos pelos ensinamentos e habilidades compartilhadas.

Aos participantes do grupo de tabagismo agradeço pela oportunidade das análises realizadas e todas experiências de vida e momentos compartilhados.

À Equipe de Saúde da UBSF local agradeço por terem me recebido de braços abertos ao longo de 2020. Vocês fazem parte da minha história e foram determinantes por minha paixão pela Atenção Primária à Saúde. Que nos próximos anos eu possa retribuir à cidade de Ouro Preto tudo o que ela têm me proporcionado.

Por último, ao sexteto fantástico e todos integrantes da Residência de MFC da UFOP, o meu muito obrigado por proporcionar vivências fantásticas ao longo dos dois últimos anos. Minha família agora é maior do que quando cheguei à essa cidade.

VIDA LONGA AO SUS!

RESUMO

Apesar de ser referência nas políticas de combate ao fumo e na redução do uso da substância nas últimas décadas, o Brasil apresenta morbimortalidade elevada associada ao tabaco. Um estudo recente estimou que 12,6% das mortes ocorridas no país em 2015 foram atribuídas ao tabagismo, gerando um custo direto da assistência à saúde das doenças com atribuição ao tabagismo de mais de 39 bilhões de reais. O estímulo à cessação ao tabagismo é orientado pelo Ministério da Saúde em todos os níveis de assistência, porém é na Atenção Primária à Saúde que ele ganha enfoque através de diversas ferramentas, entre elas, os grupos terapêuticos. Este trabalho relata as experiências obtidas através do seguimento de um grupo terapêutico em uma Unidade Básica de Saúde em Ouro Preto, Minas Gerais. Foi constatada a importância da abordagem cognitivo comportamental e do método clínico centrado na pessoa para a exploração das vivências dos participantes com o tabaco, levando ao autoconhecimento e auto-eficácia necessárias ao caminho da cessação.

Palavras-chave: Tabagismo; Atenção Primária a Saúde; Educação em Saúde; COVID-19; Abandono do uso de tabaco

ABSTRACT

Although a reference in combat smoking policies and tobacco control, Brazil's morbidity and mortality associated with tobacco are high. A recent study estimated 12,6% of deaths in Brazil were attributed to smoking in 2015, with a healthcare-related costs amounting to 39 billion reais. Ministry of Health encourages smoking cessation at all levels of assistance, with focus in Primary Health Care. This work reports experiences obtained with a therapeutic smoking cessation group in Ouro Preto, Minas Gerais. It was observed Cognitive Behavioral Approach and Patient-Centred Care as effective methods to explore tobacco related experiences, leading to self-knowledge and self-efficacy required to cessation.

Keywords: Smoking; Primary Health Care; Health education; COVID-19; Tobacco Use Cessation

LISTA DE SIGLAS

ACS: Agente Comunitário de Saúde

APS: Atenção Primária à Saúde

COVID-19: Coronavírus subtipo 19

DATASUS: Departamento de Informática do Sistema Único de Saúde

INCA: Instituto Nacional do Câncer

OMS: Organização Mundial de Saúde

PNCF: Programa Nacional de Combate ao Fumo

PNCT: Programa Nacional de Controle do Tabagismo

PNS: Pesquisa Nacional de Saúde

SUS: Sistema Único de Saúde

UBSF: Unidade Básica de Saúde da Família

VIGITEL: Vigilância de Doenças Crônicas por Inquérito Telefônico

SUMÁRIO

1. INTRODUÇÃO -----	02
2. JUSTIFICATIVA -----	08
3. OBJETIVO -----	09
4. METODOLOGIA -----	10
5. RESULTADOS E DISCUSSÃO -----	11
6. CONCLUSÕES -----	14
7. REFERÊNCIAS -----	15
8. ANEXOS -----	18
8.1. ANEXO 1 -----	18
8.2. ANEXO 2 -----	19

1. INTRODUÇÃO

Ao longo do século atual, ao redor do globo, o tabagismo se enquadra como a maior causa de morbimortalidade prevenível conhecida. Além disso, o seu tratamento possui ótima relação custo-benefício, justificando os esforços direcionados à cessação. (BRASIL, 2015). Apesar dos esforços de controle, o uso do tabaco e seus derivados se mantêm prevalentes na maioria dos países. Assim, desde 2001 a Organização Mundial de Saúde (OMS) caracteriza o tabagismo como uma epidemia mundial. (BRASIL, 2015). Atualmente estima-se que 942 milhões de homens e 175 milhões de mulheres com 15 anos ou mais sejam fumantes ativos no mundo. Além disso, em 2016 estimou-se que um quinto dos homens e um terço das mulheres foram fumantes passivos. Com tamanho consumo os danos consequentes são enormes: 7,1 milhões de mortes causadas diretamente pelo tabaco, sendo, aproximadamente, 12,5% dessas por fumo passivo. Em relação aos custos econômicos, em torno de dois trilhões de dólares foram gastos ou perdidos em 2016 por consequência da morbimortalidade tabágica – cerca de 2% do rendimento global anual. Desse valor, estima-se que 70% sejam relacionados à menor produtividade – adoecimento populacional ou falecimento – e os outros 30% com gastos em saúde. (DROPE; SCHLUGER, 2018).

Nosso país é destaque nas políticas de combate ao fumo e na redução do uso da substância nas últimas décadas – entre os anos de 1990 a 2015 houve uma redução em 56,5% dos homens e 55,8% das mulheres fumantes (GBD 2015 TOBACCO COLLABORATORS, 2017). Essa redução é fruto de ações da legislação nacional que reduziram a atratividade do cigarro, focadas no aumento da visibilidade dos danos causados pelo tabaco, na legislação antifumo, no aumento de impostos dos produtos fumígenos e em programas específicos de abordagem e tratamento. (INSTITUTO NACIONAL DO CÂNCER, 2014).

A Pesquisa Nacional de Saúde (PNS) de 2013 também revelou consequências importantes das ações macroregulatórias. As investidas no controle publicitário surtiram efeito considerável: a exposição à mídia antitabaco foi muito superior à pró-tabaco (52,1% e 28,7%, respectivamente) e 86,2% dos fumantes foram expostos à advertências de saúde nos maços de cigarro. Ademais um dado promissor: 17,5% da população adulta atual são ex-fumantes, superando a prevalência de tabagismo atual. (IBGE, 2014).

Entretanto os números associados ao uso de tabaco no Brasil ainda assustam: de acordo com a pesquisa VIGITEL de 2019 (TABELA 1) foi estimado que

a frequência de adultos fumantes era de 9,8%, sendo maior no sexo masculino (12,3%) do que no feminino (7,7%) e maior na faixa etária de 25 a 65 anos de idade. A frequência de fumantes passivos em domicílio foi de 6,8% e de 6,6% no local de trabalho. (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2020a, p.31,34,37).

Outro estudo, realizado pela Fundação Oswaldo Cruz, estimou que 12,6% das mortes ocorridas no país em 2015 foram atribuídas ao tabagismo – um número total de 156.337 óbitos. Esse número foi mais elevado em mortes atribuídas à Doença Pulmonar Obstrutiva Crônica (74% das mortes) e Câncer de pulmão (78%). O tabagismo passivo e causas perinatais totalizaram 18093 mortes nesse ano. Toda essa carga gerou um custo direto da assistência à saúde das doenças com atribuição ao tabagismo de mais de 39 bilhões de reais (PINTO, 2019).

→ O SUS como pilar do combate ao tabagismo

O Brasil é considerado referência mundial no controle do tabaco, resultado de um longo trabalho voltado a este propósito. O Programa Nacional Contra o Fumo foi criado em 1979, mas foi em 1985 que houve uma participação mais efetiva do governo federal, primeiro com a criação do Grupo Assessor para o Controle do Tabagismo no Brasil e, no ano seguinte, com a criação do Programa Nacional de Combate ao Fumo (PNCF), vinculado ao Ministério da Saúde.

Apesar das iniciativas citadas anteriormente, foi com a criação do SUS em 1988 que o combate ao fumo recebeu organização e abrangência, já que um contexto de crescente reconhecimento e valorização do conceito da Promoção de Saúde entrou em voga no Brasil. No ano seguinte, o Ministério da Saúde, através do Instituto Nacional do Câncer (INCA), assumiu o controle das ações. Foi criado então o Programa Nacional de Controle do Tabagismo (PNCT), cujo objetivo é a redução da prevalência de fumantes e das comorbidades associadas através das ações macroregulatórias mencionadas previamente. (BRASIL,2015, p.31; ROMERO; COSTA E SILVA, 2011).

Importante ressaltar que desde o PNCF, de 1986, nosso país já se alinhava com as expectativas de combate à epidemia do tabaco da OMS. Esse programa, por exemplo, antecipou medidas recomendadas pela estratégia MPOWER – plano de medidas da OMS lançado em 2003 visando: “reverter a Epidemia do Tabagismo – que foram o monitoramento do uso de tabaco e criação de políticas de prevenção; proteger a população contra a fumaça do tabaco; oferecer ajuda para a cessação do fumo; advertir sobre os perigos do tabaco; fazer cumprir as proibições sobre publicidade, promoção e patrocínio; aumentar os impostos sobre o tabaco” (ROMERO;COSTA E SILVA,2011, p.4-5).

No âmbito legislativo várias medidas merecem destaque, como o artigo 49 da Lei nº 12.546 de 14 de dezembro de 2011, que tornou proibido o uso de cigarros, cigarrilhas, charutos, cachimbos ou qualquer outro produto fumígeno, derivado ou não do tabaco em recintos coletivos, total ou parcialmente fechados, privados ou públicos e determinou a vedação de propaganda de tabaco e seus derivados, com exceção apenas para a exposição dos produtos fumígenos nos locais de vendas, desde que acompanhada de várias cláusulas de advertência sobre os malefícios de fumar; o artigo 81 da lei nº 8.069, de 13 de julho de 1990 – Estatuto da Criança e do Adolescente – proíbe vender, fornecer ou entregar, à criança ou ao adolescente, produtos cujos componentes possam causar dependência física ou psíquica e a resolução da Agência Nacional de Vigilância Sanitária nº 304, de 7 de novembro de 2002 – Proíbe a produção, importação, comercialização, propaganda e distribuição de alimentos na forma de cigarros, charutos, cigarrilhas, ou qualquer outro produto derivado do tabaco.

Por último, é imprescindível o destaque à Portaria MS/GM nº 571, de sete de abril de 2013 que estabelece que “a atenção às pessoas tabagistas deverá ser realizada em todos os pontos de atenção do SUS, prioritariamente nos serviços de Atenção Básica” incluindo “avaliação clínica, abordagem mínima ou intensiva, individual ou em grupo e, se necessário, terapia medicamentosa”, além da disponibilização de adesivos, goma de mascar e pastilhas de nicotina e comprimidos de bupropiona pelo SUS a todo município cadastrado no Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade (PMAQ) que opte por “por ofertar o tratamento do tabagismo à população assistida”.

→ O controle na Atenção primária à saúde

A Atenção Primária à Saúde (APS) sendo o primeiro nível de contato dos indivíduos, das famílias e da comunidade com o Sistema Único de Saúde (SUS) contempla as demandas necessárias ao cuidado atrelado ao tabagismo. A capilaridade das Unidades Básicas de Saúde da Família (UBSF) é ideal para atividades de promoção da saúde e prevenção do tabagismo. A longitudinalidade do serviço e a interprofissionalidade, principalmente o conhecimento dos Agentes Comunitários de Saúde (ACS), favorecem um tratamento individualizado dos tabagistas.

O vínculo entre os profissionais de saúde e pacientes facilita as fases do processo de realização do grupo. Desde o início, em que a seleção de possíveis participantes é guiada pelo conhecimento dos profissionais, principalmente os agentes comunitários, passando pela busca ativa, até a realização, em que a motivação dos participantes deve ser trabalhada de forma multiprofissional. A efetividade do tratamento passa por essa dinâmica (BRASIL, 2015, p.15-17).

→ Grupos terapêuticos: a abordagem cognitivo comportamental sobre a dependência à nicotina

No apoio à cessação do tabagismo o Ministério da Saúde orienta a realização de grupos terapêuticos, prioritariamente nas UBSF. A abordagem em grupo propicia maior chance de cessação do que o aconselhamento breve, apoio por ferramentas de telecomunicação e quando o apoio ao paciente é por materiais específicos sem suporte profissional. Não há diferenças estatísticas entre o apoio em grupo e o individual intensivo. A maioria dos grupos é feita baseando em seis a oito encontros e seguimento posterior por, pelo menos, doze meses após a cessação (STEAD; CARROL; LANCASTER, 2017, p.9,18).

O Ministério da Saúde orienta quatro encontros baseados nos manuais “deixando de fumar sem mistérios”. Nestes encontros, é realizado o acolhimento dos pacientes, escuta sobre a história individual de cada um com o cigarro, orientações sobre os malefícios de fumar e os benefícios da cessação, estímulo à parada e são orientadas estratégias para conviver com os sintomas de abstinência à nicotina. Para seguimento dos pacientes é instruído dois encontros quinzenais para a fase de manutenção, seguidos de encontros mensais até doze meses da cessação para prevenção de recaídas (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2020b).

Além da abordagem cognitivo-comportamental, pode ser orientado o tratamento farmacológico com a Terapia de Reposição de Nicotina (TRN) e/ou uso a bupropiona, salvo exceções. Sabe-se que a abordagem combinada aumenta a chance de cessação (WEST, 2015).

Para otimização dos esforços é necessária avaliação dos tabagistas visando à definição de qual grau de motivação à cessação eles se encontram, previamente à participação nos grupos terapêuticos. Considerando o modelo de Prochaska e DiClemente (DICLEMENTE, 1991), os dependentes podem se encontrar desde a fase pré-contemplativa, em que não há crítica sobre os danos da dependência até a fase de manutenção, em que já houve a cessação e os esforços são voltados para a não ocorrência de recaídas. Aqueles na fase de preparação para a ação – em que há o desejo de parar o uso de fumo em até 30 dias – são os mais indicados à participar de grupos terapêuticos pois têm maior chance de sucesso na cessação comparado à pessoas em graus de

motivação prévios. Também são presentes no modelo a fase contemplativa - em que o tabagista entende os riscos do tabaco, mas não tem planos de interromper o uso – e a fase de ação, em que ocorre a cessação e os esforços são voltados para o combate aos sintomas de abstinência.

Sabe-se que a nicotina é estimuladora do sistema mesolímbico, atuando no Sistema de Recompensa Cerebral, principalmente no neurotransmissor dopamina, gerando os reforços positivos e negativos. Definem-se como reforço positivo, as respostas prazerosas desencadeadas pelo uso de algum psicotrópico. O negativo, a retirada dos sintomas negativos – ansiedade, nervosismo, estresse, gerados pela abstinência - com o uso da substância. Ao longo do uso, os reforços contribuem consideravelmente na impulsividade e compulsão presentes nos dependentes químicos (CHAIM; BANDEIRA; ANDRADE, 2015).

No processo da dependência, a tolerância também é um fator importante: por atuar no sistema GABA (ácido gama-aminobutírico) gradativamente é necessário maior nicotemia para gerar os efeitos esperados da nicotina. Além dos fatores químicos e das associações psicológicas vistas nos reforços, associações comportamentais também contribuem para o vício. Essas são geralmente atitudes diárias que aos poucos se tornam hábitos vinculados ao fumo, como ingestão de café, bebidas alcoólicas, antes ou depois de refeições e dirigir.

O apoio aos tabagistas nos grupos deve ser baseado na terapia cognitivo comportamental. Essa caracteriza o hábito de fumar como um comportamento aprendido e determinado pelas dependências do corpo à nicotina. Para a cessação é necessário o autoconhecimento desse processo permitindo que os tabagistas sejam agentes da mudança de seus hábitos a partir da criação de novos comportamentos pautados nos ganhos com a cessação (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2020; UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA, 2016).

Para o desenvolvimento de novos comportamentos é necessário conhecer as particularidades de cada tabagista, no que tange as motivações para fumar e os vínculos cotidianos associados à dependência. Técnicas de entrevista motivacional costumam ser utilizadas com o intuito de direcionar os participantes do grupo para o caminho da cessação e na sua manutenção, estimulando-os à auto-eficácia (UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA, 2016). Durante a fase de ambivalência entre continuar fumando ou não, informações a respeito dos ganhos da cessação e os desejos individuais associados à essa são essenciais. Nos grupos de seguimento, as melhoras percebidas devem ser estimuladas e associadas à técnicas para o controle dos sintomas de abstinência, visando aumento da chance de sucesso.

Do primeiro ao último contato com o grupo, empatia e sinceridade da parte dos coordenadores são fundamentais. Digno de nota são, também, as particularidades do grupo terapêutico, em que aspectos individuais se associam aos coletivos permitindo que os participantes encontrem amparo, motivação e co-responsabilização no combate ao fumo.

➔ Efeitos da Pandemia de Covid-19 sobre as ações de controle do Tabagismo

Em março de 2020 foi declarada, pela Organização Mundial de Saúde, a pandemia do Coronavírus subtipo 19 (COVID-19). Até o dia 13 de fevereiro de 2021, foram registrados 9.809.754 casos e 238.532 óbitos confirmados no Brasil (BRASIL, s/d).

O tabagismo é fator de risco estabelecido para o desenvolvimento de quadros mais severos por infecção do vírus (CDC, 2021). Além desse fato, sabe-se que o compartilhamento de cigarros, mangueiras de narguilé e similares aumentam à exposição a possíveis infecções, como o COVID-19 (WHO, 2021). Justificativas pertinentes para a cessação.

Entretanto, durante a pandemia, a procura por atendimentos visando auxílio na cessação do tabaco diminuiu consideravelmente, possivelmente pela necessidade de isolamento e restrição à certos tipos de demandas nos locais de atendimento, em períodos de maior risco de infecção, as ondas vermelhas. O isolamento social pode ser relacionado à ansiedade, estresse e tristeza, podendo levar os tabagistas à aumentarem sua carga tabágica e a maior resistência à cessação.

Visando equilíbrio entre o apoio à cessação tabágica e o distanciamento social necessário ao momento, o Ministério da Saúde, através do INCA, orientou a avaliação criteriosa dos casos em acompanhamento individual e a preferência por abordagens através de ferramentas de comunicação online (INCA, 2020). Em determinados momentos da pandemia, em que as taxas de infecção e o número de casos locais eram menores - ondas verdes e amarelas, a realização de grupos terapêuticos foi permitida, como foi o caso da cidade de Ouro Preto no período de realização do grupo referido nesse estudo.

Tabela 1: Percentual de estimativa da prevalência de fumantes (≥ 18 anos), por sexo, nas capitais dos estados brasileiros e o Distrito Federal em 2019 – Pesquisa Vigitel 2019

Cidades	Total (%)	Masculino (%)	Feminino (%)
Aracaju	4,7	5,7	3,9
Belém	6,6	10,9	3,0
Belo Horizonte	9,9	12,0	8,2
Boa Vista	7,2	10,2	4,3
Campo Grande	10,3	14,2	6,9
Cuiabá	7,9	10,7	5,3
Curitiba	11,3	11,7	11,0
Florianópolis	10,7	14,1	7,7
Fortaleza	7,9	10,7	5,4
Goiânia	8,7	14,0	4,0
João Pessoa	6,8	10,0	4,2
Macapá	7,3	9,8	5,1
Maceió	5,5	5,9	5,1
Manaus	5,2	8,5	2,2
Natal	7,6	9,1	6,3
Palmas	7,0	10,4	3,8
Porto Alegre	14,6	15,2	14,1
Porto Velho	8,0	11,7	3,9
Recife	7,9	10,6	5,7
Rio Branco	11,9	17,1	7,2
Rio de Janeiro	10,1	12,5	8,1
Salvador	5,4	7,6	3,5
São Luís	4,8	7,4	2,7
São Paulo	13,5	15,6	11,7
Teresina	4,4	6,4	2,8
Vitória	7,5	10,0	5,4
Distrito Federal	12	15,8	8,6
Total	9,8	12,3	7,7

Fonte: BRASIL (2020a, p.29)

2. JUSTIFICATIVA

Sendo responsável, direto ou indiretamente, por mais de um décimo das mortes em nosso país anualmente, a epidemia do Tabagismo exige especial atenção na prática diária, principalmente em um contexto de pandemia de COVID-19. Somada à demanda de atividades visando o controle do tabagismo na comunidade local – fato trazido por pacientes e pela equipe de saúde – houve o interesse pelo desenvolvimento de uma atividade educativa em saúde em meu projeto de intervenção comunitária no segundo ano de residência em Medicina de Família e Comunidade. Desse modo, em um momento oportuno, foi realizado o grupo terapêutico de auxílio à cessação do tabagismo, que permitiu minhas percepções sobre esse processo e aprofundamento em minhas habilidades para a realização de próximos grupos.

3. OBJETIVO

O objetivo do presente estudo foi analisar o grupo terapêutico de tabagismo realizado em uma UBSF de Ouro Preto, Minas Gerais.

4. METODOLOGIA

Trata-se de um relato de experiência de um grupo de Tabagismo realizado em uma UBSF no município de Ouro Preto, Minas Gerais. Durante os encontros foram realizadas anotações das percepções obtidas que foram utilizadas para as análises deste estudo.

Todos os participantes do estudo tiveram suas identidades e especificidades preservadas. Somado a isso, o pequeno período de seguimento do grupo limitou em partes a análise desenvolvida e exposta.

A análise do grupo foi realizada com base na teoria da dependência à nicotina e na abordagem cognitivo-comportamento da dependência química. Como referencial teórico realizou-se revisão bibliográfica utilizando-se a base de dados da *Scientific Electronic Library On-Line* (SciELO) buscando pelas palavras-chave: tabagismo, atenção primária à saúde, dependência à nicotina, abordagem cognitivo comportamental e grupo de tabagismo. Além disso, foram utilizadas publicações dos sites do Ministério da Saúde, do Instituto Nacional do Câncer (INCA), da Universidade Aberta do SUS (UNA-SUS), do Portal Telessaúde do estado de Santa Catarina e o Protocolo Clínico de Diretrizes terapêuticas do Tabagismo de 2020 (BRASIL, 2020).

Como base para a escrita deste trabalho de conclusão de curso foi utilizado o modelo SQUIRE de avaliação de relatos de experiência. Foram respeitadas as normas analisadas por esse, considerando as limitações do presente estudo.

(O método Squire pode ser acessado em <http://www.squire-statement.org/index.cfm?fuseaction=page.viewpage&pageid=471>)

5. RESULTADOS E DISCUSSÃO

O grupo terapêutico foi coordenado por três profissionais de nossa UBSF, de mais de uma área de formação em saúde, devido à demanda previamente existente. A partir daí foram coordenados esforços da equipe inerentes ao grupo, passando pela capacitação dos médicos residentes a respeito das abordagens terapêuticas necessárias, divulgação por todos os profissionais de saúde, até a busca ativa realizada pelos agentes comunitários. Os pacientes que demonstraram interesse inicial foram convidados à participar do grupo, assim como outras pessoas que estavam em fase contemplativa ou de preparação para a ação e foram abordados pelos agentes comunitários.

Para a análise desse trabalho foram acompanhados sete encontros presenciais durante os meses de Outubro/2020 à Janeiro/2021. Como material de apoio foram utilizados os manuais do Ministério da Saúde/Instituto Nacional De Câncer “Deixando de fumar sem mistérios”, além de podcasts e um vídeo motivacional.

Distinto do recomendado pelo Ministério da Saúde (BRASIL, 2020b) os seis primeiros encontros tiveram espaçamento de uma semana. Já que o grupo ocorreu em um período próximo às festas do final do ano, existia o receio dos encontros familiares e com outras pessoas queridas trouxessem estímulos à fumar, por exemplo, através do consumo de bebidas alcoólicas e da própria convivências com essas pessoas. Entre o sexto e o sétimo encontro o espaçamento foi de um mês.

No total, sete tabagistas participaram. A maior parte desses se encontrava em fase de preparação para a ação e a minoria em fase de contemplação. Um desses iniciou no segundo encontro e outro no terceiro. Houve duas desistências ao longo dos encontros. Do total dos participantes, apenas um não fazia uso do cigarro e sim de rapé – pó utilizado para inalação feito de tabaco e outros componentes, podendo conter nicotina. Além da abordagem cognitivo comportamental foi disponibilizado aos participantes adesivos de nicotina compatíveis com sua carga tabágica, de acordo com os cálculos orientados pelo Ministério da Saúde (BRASIL, 2020b, p.20). Todos participantes tiveram dados coletados de acordo com a ficha do Programa Nacional do Tabagismo (Anexo 1).

O grupo foi pensado e programado para ocorrer dentro das possibilidades da pandemia de Coronavírus-19 e respeitando as limitações de espaço da UBSF. Por ser uma unidade não estruturada, não possui espaço amplo para realização de atividades. Dessa forma, respeitando o distanciamento de 1,5m entre cada pessoa, foi pensado em um número máximo de sete participantes, considerando já a presença de três coordenadores. Em todas as reuniões o uso de máscara foi obrigatório e duraram de 40 minutos à uma hora, inferior ao tempo para realização do encontro preconizado pelo Ministério da Saúde (INSTITUTO NACIONAL DO CÂNCER, 2004, p.4) no intuito de diminuir o tempo de contato e o risco de possível infecção. Ainda, as atividades ocorreram em uma área externa, aberta e ventilada e, antes de entrar na UBSF, os participantes respondiam um questionário de rastreio de sinais de síndrome gripal (Anexo 2) utilizado de rotina em nossa UBSF, visando direcionar pacientes com suspeita de infecção pelo coronavírus ao fluxo correto.

Seguindo os passos do PCDT e dos manuais “deixando de fumar sem mistérios”, o primeiro encontro foi utilizado para conhecer a história da relação de cada participante com o tabaco, as angústias relacionadas e as motivações para a cessação. Esse momento propiciou a percepção de pontos em comum: a maioria dos participantes era homem, possuía entre 50 e 60 anos de idade e tinham iniciado o hábito em uma época em que

fumar era uma forma de destacar socialmente – dados epidemiológicos concordantes com os achados da Pesquisa Vigitel de 2019 (BRASIL, 2020a). Ademais, havia pessoas próximas tabagistas, principalmente o pai, mãe ou irmão/irmã. Todos os integrantes do grupo tinham ciência de, pelo menos, alguma comorbidade associada ao uso do tabaco – conhecimento adquirido através de familiares, profissionais de saúde ou publicidade antitabaco.

Além do exposto acima, parte considerável dos participantes utilizava o cigarro como método ansiolítico em momentos de estresse. Para explorar tal fato foi exposto ao grupo que, de acordo com a teoria da dependência à nicotina, ao longo do uso do cigarro, os participantes desenvolveram nele um hábito relacionado aos momentos de estresse, que ao longo do tempo e associado à ação da nicotina no córtex cerebral, contribuiu à dependência. Para a mudança desse hábito, é importante o desenvolvimento de novas formas para lidar com o estresse. A fisiopatologia da dependência também foi utilizada, através de termos coloquiais e exemplos práticos, para explicar os sintomas de abstinência referidos por todos os integrantes.

Várias foram as motivações para interromper o uso: diminuir o risco de desenvolver agravos em saúde, desenvolver hábitos de vida mais saudáveis, recuperar capacidade física pregressa para retornar à prática de atividades, ir de acordo com a expectativa e desejo de cessação de familiares. Apesar das motivações, apenas três participantes já haviam tentado parar de fumar anteriormente a esse grupo, sendo que apenas um obteve êxito e ficou mais do que um ano em cessação. Esse fato vai ao encontro dos estudos que apontam que os fumantes necessitam, em média, de cinco a seis tentativas para atingirem a cessação (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2020b, p.25). Todas as motivações foram acolhidas pelos profissionais de saúde do grupo e reforçadas ao longo dos encontros, como forma desestimular o desejo e tentativa de cessação.

No fim do primeiro encontro, apresentaram-se aos participantes os tipos de parada sugeridas pelo Ministério da Saúde: a parada gradual – redução ou adiamento - e abrupta. Eles foram orientados a pensar sobre as formas e escolher uma delas para iniciar a cessação na semana seguinte, em um dia também escolhido por cada um. É importante salientar que a decisão compartilhada no processo de cessação, vista no exemplo acima, é uma ferramenta de empoderamento e estímulo à auto-eficácia dos tabagistas.

No segundo encontro tivemos a presença de um participante. Esse fato propiciou uma abordagem diferente e novas percepções. Primeiramente, a despeito de uma pequena angústia pelo não comparecimento de outras pessoas, acolhemos o participante e asseguramos que sua vinda não seria em vão. Foi feita uma abordagem individualizada, em que foi permitido conhecer mais sobre a história de saúde e doença do mesmo, incluindo mais informações de sua história tabágica - toda essa abordagem utilizando o material do Programa Nacional de Controle do Tabagismo. Também foi utilizado um *podcast* em que o Dr. Dráuzio Varela fala sobre sua própria história tabágica e seu esforço atual para controlar os danos causados pelo vício ao tabaco no Brasil (VARELLA, 2018).

Com o compartilhamento do processo da dependência espera-se que os tabagistas fiquem mais abertos às mudanças comportamentais futuras importantes no caminho para a cessação. Nesse sentido é importante salientar, desde o primeiro encontro, que os sintomas de abstinência fazem parte do processo de cessação, duram poucas semanas e que há formas de torna-los menos incômodos e parte do processo de mudança do hábito. São sugeridas práticas de relaxamento e outras atividades, como ingestão hídrica ou prática de atividade física nos momentos de desejo intenso de fumar – popularmente conhecido

como fissura – na intenção de desviar a atenção momentânea e diminuir a chance de fumar. Outro fato importante é orientar que a fissura é mais intensa nas primeiras duas semanas e diminui gradativamente (INSTITUTO NACIONAL DO CÂNCER, 2004). Os participantes tiveram boas experiências do controle da fissura com tais práticas, principalmente ingestão hídrica e atividade física.

Durante os grupos subsequentes alguns sintomas de abstinência foram comuns, sendo os mais presentes a irritabilidade, aumento do apetite, sensação de cabeça vazia, constipação e dificuldade para dormir. Todos os sintomas acima relacionam com a falta de nicotina no sangue. Importante também salientar que a dependência tátil dos cigarros na boca costuma levar ao aumento da ingestão como forma de gratificação oral e controle dos sintomas (UNIVERSIDADE DE SANTA CATARINA, 2016, p.42). Por isso, além de atividades de relaxamento e prática de exercícios para o controle da irritabilidade, a alimentação equilibrada sem abuso de carboidratos e gorduras foi e deve ser estimulada visando evitar ganho de peso excessivo.

Em todos os encontros houve participação ativa de todos os integrantes, seja questionando dúvidas ou colaborando com experiências individuais vividas ao longo do período. A maioria dos encontros terminou dentro do prazo estabelecido e as temáticas discutidas não fugiam muito do orientado pelos manuais do Ministério da Saúde. O estímulo à participação, o respeito ao tempo de duração e a temática estipulada para os encontros são aconselhados visando maior eficácia (INSTITUTO NACIONAL DO CÂNCER, 2004)

6. CONCLUSÕES

A experiência com a vivência do grupo de tabagismo e as análises obtidas com ele possibilitaram um leque de aprendizados. Talvez o maior deles seja o de que, independente da cessação, o processo de autoconhecimento em relação às nuances da dependência à nicotina obtidos pelos tabagistas é imprescindível. Mais do que expor o conhecimento teórico, o grupo permite a reflexão das vivências cotidianas e suas relações com o ato de fumar, ampliadas com as experiências dos outros participantes.

Não existe dúvida para mim que a realização de grupos terapêuticos deve ser priorizada nas Equipes de Saúde da Família. Além de todas as características da atenção primária que vão ao encontro de atividades de promoção da saúde, muito do que é demandado de quem coordena o grupo vai ao encontro da abordagem centrada na pessoa, essencial aos profissionais que atuam em UBSF e desenvolvida por mim durante a Residência Médica. Empatia, o respeito às individualidades, o uso de perguntas abertas, a busca por um plano compartilhado com os participantes: todas características do método clínico centrado na pessoa.

No que tange o combate ao fumo e seus danos, a minha experiência é que grande parte dos fumantes não procura auxílio para a cessação. Dentro do consultório grande parte desses não expõe fazer uso de cigarro ou de seus derivados, a não ser quando questionados, mesmo que esteja pensado em parar de fumar. Desse modo, as intervenções orientadas pelo ministério da saúde, seja breve ou intensiva, são de extrema valia para a diminuição do número de fumantes ativos e passivos na comunidade. De igual importância são as atividades de prevenção e promoção desenvolvidas fora do consultório ou do grupo terapêutico. Uma Equipe de Saúde engajada no processo de cessação tabágica é determinante para esse fim.

Além do referido acima, a presença do grupo na UBSF gerou uma nova possibilidade para o fluxo de atendimento dos tabagistas. Mesmo após o início do grupo, novos tabagistas que foram atendidos por outros motivos, que não o desejo de cessação, receberam o convite de participar de um encontro com o intuito de conhecer o funcionamento e ter melhor noção do apoio dado. Essa ideia é de extrema valia dado que pode propiciar maior adesão em grupos futuros e ajudar a divulgar a existência desses e do apoio à cessação do tabagismo na UBSF.

Outro ponto importante é que a presença de um coordenador ex-tabagista propiciou ótimo vínculo com os participantes. Os questionamentos e exposições feitas por esse eram carregadas de “vivência tabágica” e estimularam de forma mais instigante a participação do grupo. Termos, sensações e emoções que foram revelados pelo coordenador, eram acolhidas pelos participantes e engajavam nesses confiança para expor suas experiências sem receio de serem mal interpretados.

O fato do quinto e o sexto encontro do grupo terem ocorrido com um espaço de tempo menor que orientado –houve espaçamento de uma semana ao invés de duas – levantou o questionamento de que uma maior proximidade de encontros em um período em que os sintomas de abstinência são mais intensos, principalmente em um período do ano em que há maior estímulo ao consumo do tabaco, possa influenciar positivamente na cessação. Não foi encontrada referência a essa dúvida na revisão bibliográfica realizada, sendo necessário estudos posteriores para averiguar essa indagação.

7. REFERÊNCIAS

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. 154 p.: il. (**Cadernos da Atenção Básica, n. 40**)

BRASIL. **Lei nº 12.546 de 14 de dezembro de 2011.** Altera a Lei nº 9.294, de 15 de julho de 1996. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2011-2014/2011/lei/112546.htm. Acesso em: 15 fev. 2021.

BRASIL. **Lei nº 8.069, de 13 de julho de 1990.** Dispõe sobre a proteção integral à criança e ao adolescente. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/18069.htm. Acesso em: 15 fev. 2021.

BRASIL. **Resolução da Agência Nacional de Vigilância Sanitária nº 304, de 7 de novembro de 2002.** Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/anvisa/2002/rdc0304_07_11_2002.pdf. Acesso em 15 fev. 2021.

BRASIL. **Portaria MS/GM nº 571, 7 de Abril de 2013.** Atualiza as diretrizes de cuidado à pessoa tabagista no âmbito da Rede de Atenção à Saúde das Pessoas com Doenças Crônicas do Sistema Único de Saúde (SUS) e dá outras providências. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2013/prt0571_05_04_2013.html. Acesso em 15 fev. 2021.

BRASIL. Ministério da Saúde; Secretaria de Vigilância em Saúde. **Vigitel Brasil 2019: vigilância de fatores de risco e proteção para doenças crônicas por inquérito telefônico.** Brasília, 2020a.

BRASIL. Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção Especializada à Saúde. **Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas, Tabagismo.** Brasília, 2020b. Disponível em <https://www.inca.gov.br/sites/ufu.sti.inca.local/files//media/document//protocolo-clinico-e-diretrizes-terapeuticas-do-tabagismo.pdf>. Acesso em 14 de fev. de 2021.

BRASIL. Ministério da Saúde. Datasus. **Painel Coronavírus.** Disponível online: <https://covid.saude.gov.br/>. Acesso em 14 fev 2021.

Center for Disease Control and Prevention (CDC). **Certain Medical Conditions and Risk for Severe COVID-19 Illness.** Disponível em: <https://www.cdc.gov/coronavirus/2019-ncov/need-extra-precautions/people-with-medical-conditions.html#smoking>. Acesso em 14 de fev. de 2021.

CHAIM C.H., BANDEIRA K.B.P. ANDRADE G.A. Fisiopatologia da Dependência Química. **Revista Médica de São Paulo**, v.94, n.4, p. 256-262, 2015.

DICLEMENTE, C. C. et al. The process of smoking cessation: An analysis of precontemplation, contemplation, and preparation stages of change. **Journal of Consulting and Clinical Psychology**, v. 59, n. 2, p. 295-304, 1991.

DROPE,J; SCHLUGER, N. **The Tobacco Atlas**. 6. ed. Atlanta: American Cancer Society, 2018.

Instituto Nacional do Câncer (INCA). ESCLARECIMENTO à Rede Nacional de Coordenadores do Programa Nacional de Controle do Tabagismo - Programa de Cessação do Tabagismo. **Instituto Nacional do Câncer**. Ministério da Saúde. 22 de maio de 2020. Disponível em <<https://www.inca.gov.br/sites/ufu.sti.inca.local/files//media/document//nota-esclarecimento-programa-cessacao-do-tabagismo-22-05.pdf>>. Acesso em 14 de fev. De 2021.

GBD 2015 Tobacco Collaborators. **Smoking prevalence and attributable disease burden in 195 countries and territories, 1990-2015**. Lancet, p.4, 2017. DOI: [http://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736\(17\)30819-X](http://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736(17)30819-X). Acesso em 15 fev. 2021.

IBGE – INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. **Pesquisa Nacional de Saúde 2013: percepção do estado de saúde, estilos de vida e doenças crônicas**. Rio de Janeiro: IBGE, 2014. Disponível em: <https://biblioteca.ibge.gov.br/index.php/biblioteca-catalogo?id=291110&view=detalhes> Acesso em: 15 fev. 2021.

Instituto Nacional de Câncer; Observatório da Política Nacional de Controle do Tabaco. **Convenção-Quadro: o que é. Apresenta uma descrição do que é a Convenção-Quadro para o Controle do Tabaco**. 2014. Disponível em: <https://www.inca.gov.br/observatorio-da-politica-nacional-de-controle-do-tabaco/convencao-quadro>. Acesso em: 15 jan. 2021.

Instituto Nacional do Câncer. Coordenação de Prevenção e Vigilância – Conprev. **Deixando de Fumar sem Mistérios. Manual do Coordenador**. Rio de Janeiro: MS/INCA, 2004. 54p.

PINTO, M. Et al. Carga do tabagismo no Brasil e benefício potencial do aumento de impostos sobre os cigarros para a economia e para a redução de mortes e adoecimento. **Caderneta de Saúde Pública** 35. 2019.

ROMERO, L. C., COSTA E SILVA, V. L. 23 Anos de controle do tabaco no Brasil: a Atualidade do Programa Nacional de Combate ao Fumo de 1988. **Revista Brasileira de Cancerologia**, Rio de Janeiro, v. 57, n. 3, p. 305-314, 2011

STEAD L.F., CARROLL A.J., LANCASTER T. Group behaviour therapy programmes for smoking cessation. **Cochrane Database of Systematic Reviews** 2017, Issue 3. Art. No.: CD001007. DOI: 10.1002/14651858.CD001007.pub3

Universidade Federal de Santa Catarina. Centro de Ciências da Saúde. Núcleo Telessaúde Santa Catarina. **Abordagem e Tratamento do Tabagismo** [Recurso eletrônico]: modalidade EaD. Florianópolis: CCS/UFSC, 2016. 2ª ed. 76 p. Disponível em: <https://ares.unasus.gov.br/acervo/handle/ARES/15191?mode=full>. Acesso em 15 fev. 2021.

VARELLA, D. **DRAUZIICAST 18: Confissão sobre o cigarro.** [Locução de]: Dráuzio Varella. [S.I.]: Uol Podcasts, 19 Ago. 2018. Podcast. Disponível em: <https://drauzioarella.uol.com.br/podcasts/drauziocast/drauziocast-018-confissao-sobre-o-cigarro/>. Acesso em: 15 fev. 2021.

WEST R. Et al. Health-care interventions to promote and assist tobacco cessation: a review of efficacy, effectiveness and affordability for use in national guideline development. **Addiction Monograph** 2015. DOI:10.1111/add.12998

WHO. Who Framework Convention on Tobacco Control. **Increased risk of COVID-19 infection among smokers and waterpipe users.** Disponível em: <https://untobaccocontrol.org/kh/waterpipes/covid-19/>. Acesso em 14 de fev. de 2021.

8. ANEXOS

8.1. ANEXO 1

Ficha de avaliação dos tabagistas do Programa Nacional de Controle de Tabagismo

PROGRAMA NACIONAL DE CONTROLE DO TABAGISMO	
Abordagem e Tratamento do Tabagismo	
I- Identificação do Paciente	
Nome: _____	
Nº do prontuário: _____	Sexo: <input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Feminino
II- História Patológica Progressiva	
1. Você tem ou teve freqüentemente aftas, lesões (feridas), e/ou sangramento na boca?	
<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	Está em tratamento? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não
2. Você tem diabetes mellitus?	
<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	Está em tratamento? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não
3. Você tem hipertensão arterial?	
<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	Está em tratamento? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não
4. Você tem ou teve algum problema cardíaco?	
<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	Se sim, qual? _____ Está em tratamento? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não
5. Você tem ou teve freqüentemente queimação, azia, dor no estômago ou úlcera ou gastrite?	
<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	Está em tratamento? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não
6. Você tem ou teve algum problema pulmonar?	
<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	Se sim, qual? _____ Está em tratamento? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não
7. Você tem alergia respiratória?	
<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	Está em tratamento? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não

Fonte:

https://www.pmf.sc.gov.br/arquivos/arquivos/pdf/21_01_2010_10.13.14.5991ccae079788376bc97d286f9dc0f9.pdf Acesso em 14 de fev. de 2021.

8.2. ANEXO 2

Formulário de triagem COVID-19

FORMULÁRIO DE TRIAGEM		
Identificação:	DN : ____/____/____	Data ____/____/____
Nome: _____		
1 - Apresenta sintomas respiratórios? como: () Tosse () dor de garganta () falta de ar () esforço ou desconforto respiratório?		
2 - Apresenta ou apresentou febre? () Sim () Não		
3 - Apresenta sintomas gastrointestinais? () Sim () Não		
4 - Você está sentindo mais alguma coisa que acha importante relatar? : () Sim () Não		
se sim descreva: _____		
5 - Viajou nos últimos 14 dias? () sim () não se sim para onde?		

6 - Teve contato com pessoas que viajaram nos últimos 14 dias ? () Sim () Não		
7 - Caso suspeito de síndrome gripal? () Sim () Não ()		

Fonte: Arquivo Digital da UBSF em que foi realizado o grupo de tabagismo