

UNIVERSIDADE FEDERAL DE MINAS GERAIS
CURSO DE ESPECIALIZAÇÃO EM ATENÇÃO BÁSICA EM SAÚDE DA FAMÍLIA

VINICIUS LELES MIRANDA

**PROPOSTA DE INTERVENÇÃO PARA REDUÇÃO DO TABAGISMO
NO MUNICÍPIO DE SÃO MIGUEL DO ANTA - MG**

BELO HORIZONTE - MINAS GERAIS
2014

VINICIUS LELES MIRANDA

**PROPOSTA DE INTERVENÇÃO PARA REDUÇÃO DO TABAGISMO
NO MUNICÍPIO DE SÃO MIGUEL DO ANTA - MG**

Trabalho de Conclusão do Curso de Especialização em Atenção Básica em Saúde da Família, Universidade Federal de Minas Gerais para obtenção do Certificado de Especialista.

Orientadora: Profa. Ms. Maria Dolôres Soares Madureira

BELO HORIZONTE - MINAS GERAIS

2014

VINICIUS LELES MIRANDA

**PROPOSTA DE INTERVENÇÃO PARA REDUÇÃO DO TABAGISMO
NO MUNICÍPIO DE SÃO MIGUEL DO ANTA - MG**

Trabalho de Conclusão do Curso de Especialização em
Atenção Básica em Saúde da Família, Universidade
Federal de Minas Gerais para obtenção do Certificado
de Especialista.

Orientadora: Profa. Ms. Maria Dolôres Soares Madureira

Banca Examinadora

Profa. Ms. Maria Dolôres Soares Madureira - orientadora

Prof. Dr. Heriberto Fiuza Sanchez - examinador

Aprovado em Belo Horizonte,

Agradecimentos

A Deus por ter me dado saúde e força para superar as dificuldades.

A minha Professora Maria Dolôres Soares Madureira pelo suporte no pouco tempo que lhe coube, pelas suas correções e incentivos.

A Equipe e Saúde da Família de São Miguel do Anta.

Aos meus pais e a todos familiares.

E a todos que direta ou indiretamente fizeram parte da minha formação, o meu muito obrigado.

RESUMO

Atualmente na saúde pública há um grande número de doenças que são causas de internações, limitações permanentes e mortes, que muitas vezes podem ser prevenidas, como o uso do tabaco. Tem-se observado neste município uma grande prevalência do tabagismo e relação deste com muitas doenças na comunidade. Este trabalho objetiva elaborar um plano de intervenção com vistas à redução do tabagismo por meio da implantação de ações de promoção da saúde e de prevenção dos agravos relacionados ao tabaco, reduzindo a morbimortalidade associada ao uso do mesmo no município de São Miguel do Anta - MG. Os procedimentos metodológicos envolveram revisão de literatura e elaboração do plano de intervenção. Por meio deste projeto de intervenção espera-se poder educar, orientar e conscientizar a população geral para reduzir o tabagismo. Para isto pensou-se na capacitação da Equipe de Saúde e Família com posteriores intervenções, com orientações e conscientização na Unidade Básica de Saúde e na comunidade e a abordagem individualizada. Espera-se por meio de simples ações, pensando primariamente na prevenção, poder contribuir para reduzir o tabagismo e conseqüentemente diminuir as doenças relacionadas.

Palavras chave: Tabagismo. Atenção Primária à Saúde. Hábito de fumar. Abandono do ato de fumar.

ABSTRACT

Currently in public health there are a large number of diseases that are causes of hospitalizations, deaths and permanent limitations, which can often be prevented, as the use of tobacco. It has been observed in this town a great prevalence of smoking and relationship with many diseases in the community. This work aims to develop an intervention plan with a view to reducing smoking through the implementation of actions to promote health and prevention of diseases related to tobacco, reducing the morbidity and mortality associated with the use of the same in the municipality of São Miguel do Anta-MG. The methodological procedures involved literature review and preparation of the intervention plan. Through this intervention project is expected to be able to educate, guide and educate the general population to reduce smoking. For this it was thought in the training of Health staff and subsequent interventions with family guidance and awareness on basic health Unit and in the community and the individualized approach. It is hoped through simple actions, thinking primarily on prevention, can contribute to reduce smoking and therefore reduce related diseases.

Keywords: Smoking. Primary health care. Smoking habit. Abandonment of the Act of smoking.

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	8
2 JUSTIFICATIVA.....	10
3 OBJETIVO... ..	11
4 PROCEDIMENTOS METODOLÓGICOS.....	12
5 REVISÃO DE LITERATURA	13
5. 1 O tabagismo e suas conseqüências para saúde.....	13
5. 2 Abordagem do tabagismo	15
6 PLANO DE INTERVENÇÃO	19
6.1 Objetivos do Plano de Ação	20
6.2 Metodologia do Plano	21
6.3 Recursos Necessários	21
6.4 Gestão e Acompanhamento	22
6.5 Cronograma de Execução	23
7 CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	24
REFERÊNCIAS.....	25
ANEXO.....	28

1 INTRODUÇÃO

O município de São Miguel do Anta situa-se no estado de Minas Gerais e em consonância com o IBGE sua população em 2010 foi estimada em 6.760 habitantes (BRASIL, 2010).

Segundo a Enciclopédia dos Municípios Brasileiros (FERREIRA, 1959), o município de São Miguel do Anta não teve sua denominação relacionada aos nomes dos primeiros moradores da região; sabe-se que em 1810 foi doado um terreno por dois possuidores de grandes latifúndios, onde foi construída uma ermida com a participação dos mesmos e ajuda de outros proprietários da região.

Em torno desta ermida foram construídas casas de pau-a-pique e cobertura de sapé ou telha e seus primeiros moradores, Pedro Nolasco e Ovídio Lana, eram devotos de São Miguel e formaram o “topônimo São Miguel do Anta, por pertencer o povoado ao distrito do Anta, município de Mariana” (FERREIRA, 1959, sp.).

Tendo como orago São Miguel e subordinada à diocese de Mariana foi criada a paróquia em 1866, pela Provincial 1038. Distrito criado com a denominação de São Miguel do Anta, pela lei provincial nº 1308, de 05-11-1886, e lei estadual nº 2, de 14-09-1891, subordinado a vila de Ponte Nova. Pela lei provincial nº 1817, de 30-09-1871, o distrito de São Miguel do Anta foi transferido do município de Ponte Nova para a vila de Viçosa de Santa Rita (FERREIRA, 1959, sp.).

Em divisão administrativa referente ao ano de 1911, o distrito de São Miguel figura no município de Viçosa. Assim permanecendo em divisão territorial datada de 01-07-1950. Elevado à categoria de município com a denominação de São Miguel do Anta, pela lei nº 1039, de 12-12-1953, desmembrado de Viçosa. Sede no antigo distrito de São Miguel do Anta. Constituído de 2 distritos: São Miguel do Anta e Canaã, ambos desmembrados de Viçosa. Instalado em 01-01-1954. Em divisão territorial datada de 1-07-1955, o município é constituído de 2 distritos: São Miguel do Anta e Canaã. Assim permanecendo em divisão territorial datada de 1-07-1960 (FERREIRA, 1959, sp.).

O município foi desmembrado em 30 de dezembro de 1962 pela Lei Estadual nº 2674 (FERREIRA, 1959).

O município de São Miguel do Anta é um cenário com um número exacerbado de usuários de tabaco. Nos últimos anos houve uma grande demanda dos usuários de tabaco ao tratamento, esta situação fez com que a Secretaria de Saúde Municipal

almejasse a adesão a programas de combate ao tabaco. E o convite feito pela Secretaria Estadual de Saúde fomentou iniciativas do município de São Miguel do Anta, objetivando oportunidades de ajudar os usuários a viver sem o tabaco.

Um aspecto preocupante é que os adolescentes e os jovens são os grupos mais suscetíveis à influência do consumo do tabaco, uma vez que para a maioria dos mesmos o ato de fumar ou simplesmente experimentar o cigarro constitui um desafio às normas vigentes, tanto dos amigos como da publicidade (BRASIL, 2010).

Ações de controle do tabagismo na atenção primária à saúde são de suma importância, entretanto desenvolvê-las constitui um grande desafio para os profissionais de saúde, uma vez que envolve articulações com os demais setores da sociedade (PORTES *et al.*, 2014).

Nesta perspectiva, tenho intuito em criar um grupo de apoio ao tabagista, cujo projeto intitula-se “***O fim do vício - adeus, tabagismo!***”.

2 JUSTIFICATIVA

Segundo informações do Instituto Nacional de Câncer (INCA, 2012, sp.) ações desenvolvidas no Brasil para o controle do tabagismo “já salvaram 420 mil vidas”. O Instituto destaca que “o aumento do preço do produto é responsável por cerca da metade da redução do número de fumantes no país, seja por diminuir a iniciação ou por estimular a cessação”.

Ainda segundo estas informações, caso o Brasil não houvesse implantado estas ações de controle do tabagismo, o percentual de fumantes atual seria de 31%, prevalência bem maior do que a identificada em 2010 que foi de 16,8% fumantes no Brasil (INCA, 2012).

Com a continuidade das ações implementadas de controle do tabaco a projeção para 2050 está prevista em “10% de brasileiros, acima de 18 anos, fumantes”, sendo que este percentual pode ser reduzido ainda mais com a intensificação das ações para aproximadamente 6%. Entre estas ações estão: “o aumento dos impostos sobre os cigarros, maior vigilância na restrição de acesso aos produtos do tabaco por crianças e adolescentes e expansão da oferta do tratamento do fumante na rede SUS” (INCA, 2012, sp.).

Neste contexto das políticas antitabagistas enquadra este projeto que tem o intuito de regionalizar as ações com vistas a um resultado otimizado, atendendo um grande número de fumantes de São Miguel do Anta.

Estudos realizados revelam que o aconselhamento realizado pelo profissional de saúde é uma estratégia importante em relação à diminuição do tabagismo. Um dos estudos mostrou uma taxa estimada de abstinência de 10,9% quando o fumante tenta parar de fumar sozinho contra 13,4% se ele for submetido a um aconselhamento mínimo - < 3 minutos, 16,0% a um aconselhamento entre 3 a 10 minutos, e 22,1% se ele sofrer um aconselhamento intensivo - >10 minutos (GORIN; HECK, 2012)

3 OBJETIVO

Elaborar um plano de intervenção com vistas à redução do tabagismo por meio da implantação de ações de promoção da saúde e de prevenção dos agravos relacionados ao tabaco, reduzindo a morbimortalidade associada ao uso do mesmo no município de São Miguel do Anta.

4 PROCEDIMENTOS METODOLÓGICOS

Os procedimentos metodológicos envolveram revisão narrativa de literatura e elaboração do plano de intervenção.

Foi utilizada pesquisa bibliográfica na Biblioteca Virtual em Saúde (BVS), nas bases de dados da Literatura Latino Americana e do Caribe em Ciências de Saúde (LILACS) e no *Scientific Eletronic Libray Online* (SciELO) e sites do Ministério da Saúde. Nesta busca bibliográfica foram utilizados livros, artigos, tese entre outras publicações, a partir dos seguintes descritores: Tabagismo, Atenção Primária à Saúde, Hábito de fumar, Abandono do ato de fumar. Não houve definição quanto ao período pesquisado

Na elaboração do plano de intervenção, respaldou-se nos pressupostos de Campos, Faria e Santos (2010) trabalhados no módulo Planejamento e avaliação das ações em saúde.

5 REVISÃO DE LITERATURA

5.1 O tabagismo e suas consequências para saúde

O início do consumo mundial do tabaco data de longa data, aproximadamente no ano de 1000 a.C. Em alguns casos, o seu consumo esteve relacionado a rituais mágico-religioso como nas sociedades indígenas da América Central. O seu consumo foi incrementado ao longo da história, principalmente no século XX, em consequência das campanhas publicitárias de incentivo ao ato de fumar (INCA, 1996).

Neste sentido Perez e Mendes (2011, p.9) afirmam que:

Há mais de um século, companhias de tabaco desenvolvem sofisticadas estratégias de marketing para as embalagens de seus produtos, com o objetivo de reforçar a iniciação do tabagismo entre jovens e a manutenção da dependência e do consumo entre os usuários regulares. Essa estratégia tem se tornado cada vez mais utilizada, principalmente devido à tendência mundial de banir a propaganda dos produtos de tabaco.

O fumo é considerado pela a Organização Mundial da Saúde como uma das principais causas de morte evitável mundialmente. Estima-se que na população mundial adulta, cerca de 1,3 bilhão de pessoas fuma, com predominância do sexo masculino (47%) em comparação ao feminino (12%). Nos países em desenvolvimento, os fumantes representam 48% dos homens e 7% das mulheres. Por outro lado, nos países desenvolvidos a participação feminina é três vezes maior, num total de 42% de fumantes homens e 24% de mulheres fumantes. No Brasil, o Ministério da Saúde realizou uma pesquisa, por meio do Instituto Nacional de Câncer (INCA), cujos resultados mostraram que 18,8% da população brasileira são fumantes, sendo 22,7% dos homens e 16% das mulheres (INCA, 2004; BANDINI, 2006).

Informação mais recente do Ministério da Saúde (BRASIL, 2010), relata que a Organização Mundial de Saúde (OMS) estima que cerca de 1 bilhão e 200 milhões de pessoas no mundo são fumantes.

O tabagismo é reconhecido como uma doença crônica gerada pela dependência da nicotina, estando por isso inserido na Classificação Internacional de Doenças (CID10) da Organização Mundial da Saúde (OMS). É também o mais importante fator de risco isolado para cerca de 50 doenças, muitas delas graves e fatais, como o câncer, doenças cardiovasculares (angina e infarto), enfisema pulmonar, derrame cerebral, entre outras (CARDOSO, 2011, p.24).

De acordo com o Instituto Nacional de Câncer, o tabagismo é considerado uma doença crônica em decorrência da dependência provocada pela nicotina, que é uma droga (INCA, 2004).

Especificamente, o número de casos de câncer de pulmão no mundo aumentou significativamente em 1920. Três décadas depois, estudos evidenciaram pela primeira vez que este tipo de câncer estava intrinsecamente relacionado ao consumo de tabaco (SENAD, 2010).

Para Serradilha, Ruiz-Moreno e Seiffert (2010, p.480), citando a Organização Mundial de Saúde (2001), cerca de cinco milhões de pessoas morrem no mundo em consequência do consumo do tabaco. As autoras enfatizam também que o tabaco inalado, por meio de sua fumaça em grandes doses, contribui para a “ocorrência de doenças consideradas graves como câncer, doenças cardiovasculares e respiratórias, entre outras, gerando aos cofres públicos custos elevadíssimos para o tratamento, além de inúmeras sequelas e mortes”.

Segundo informações da Organização Mundial de Saúde (OMS, 2001 *apud* BRASIL, 2008, p.4), em torno de “10% das populações dos centros urbanos de todo o mundo consomem abusivamente substâncias psicoativas, independentemente da idade, sexo, nível de instrução e poder aquisitivo, sendo o mesmo observado no território brasileiro”.

Conforme consta em estudos feitos pelo Ministério da Saúde, no Brasil, estima-se que se as pessoas não consumissem o tabaco várias mortes, aproximadamente 200 mil, poderiam ser evitadas (INCA, 2004).

Serradilha, Ruiz-Moreno e Seiffert (2010, p.480) destacam alguns fatores que contribuem para a obtenção de cigarros: curiosidade do iniciante, custo acessível do

cigarro, propagandas publicitárias que enaltecem os seus efeitos simbólicos “como transgressão da ordem ou o direito à fantasia e ao inconsciente”. Estudos evidenciam que 90% dos fumantes iniciam este consumo antes dos 19 anos de idade.

Embora exista uma riqueza de conhecimento científico sobre o tabaco e seus riscos, seu consumo continua alarmando a sociedade, sendo que entre as mulheres e jovens esta tendência tem aumentado em consequências das campanhas publicitárias direcionadas a este público. Estima-se que no início da década de 1990, o tabaco era consumido mundialmente por cerca de 1,1 bilhão de pessoas e em 1998, esse número aumentou passou para 1,25 bilhão (OMS, 2001 *apud* SERRADILHA; RUIZ-MORENO; SEIFFERT, 2010).

Os números do tabagismo no mundo são alarmantes. Estima-se que, a cada dia, 100 mil crianças tornam-se fumantes em todo o planeta. Cerca de cinco milhões de pessoas morrem, por ano, vítimas do uso do tabaco. Caso as estimativas de aumento do consumo de produtos como cigarros, charutos e cachimbos se confirmem, esse número aumentará para 10 milhões de mortes anuais por volta de 2030 (WHO, 2001).

Por outro lado, constata-se que as propostas e estabelecimento de uma política de saúde por parte do Ministério da Saúde em relação ao tema são insuficientes para uma redução maior do consumo, resumindo-se em abstinência (BRASIL, 2010).

5.2 Abordagem do tabagismo

É importante na abordagem ao paciente tabagista “priorizar o aconselhamento profissional, procedimento este que aumenta a chance de cessação do tabagismo” (BRASIL, 2011, p.5).

Para Diclemente, Prochaska; Gibertine (1985) *apud* AMP (2011, p.32), nesta abordagem, primeiro é necessário que o paciente queira de fato parar de fumar, portanto deve-se identificar o seu interesse. Os autores classificam este processo “em fases motivacionais comportamentais: fase pré-contemplativo (não quer parar

de fumar), contemplativo (pensa em parar de fumar), ativa (preparado para iniciar tratamento), manutenção e recaída (voltou a fumar)”.

Segundo Michael e Fiori (2008), existem vários métodos utilizados para cessação do tabagismo, desde material de autoajuda, tipo folhetos, manuais, aconselhamento telefônico reativo, passando por aconselhamento telefônico pró-ativo, aconselhamento face a face mínimo, intensivo, individual ou em grupo de apoio.

Estudos de meta-análise mostram que a utilização de material de autoajuda apresenta baixa efetividade em termos de cessação do tabagismo, comparada a outras formas de cessação. O aconselhamento telefônico pró-ativo, realizado por um conselheiro com ligações posteriores aumenta as taxas de cessação comparado ao aconselhamento mínimo. O aconselhamento mínimo deve ser oferecido por todos os profissionais de saúde em suas consultas de rotina, pois, apesar de seu efeito ser relativamente pequeno, essa intervenção pode ter um importante impacto em termos de saúde pública, devido ao grande número de fumantes que são rotineiramente atendidos por profissionais de saúde (MICHAEL; FIORI, 2008).

O que fica claro nestes estudos é que quanto mais intensiva a abordagem, maior será a taxa de sucesso. A abordagem intensiva (> 10 min) pode ser realizada tanto de forma individual quanto em grupo. Apesar de alguns estudos apontarem para um discreto aumento na taxa de cessação da abordagem individual sobre a de grupo (16,8% contra 13,9%), podemos afirmar que tanto uma quanto a outra são efetivas, e devem ser utilizadas dependendo de cada caso. A abordagem em grupo permite que um número maior de pessoas seja tratado pelo mesmo profissional, o que a pode tornar, em termos de saúde pública, mais custo efetivo em relação à abordagem individual. Elas podem trocar suas experiências e relatar os benefícios do apoio mútuo entre os integrantes do grupo. Porém, não existe evidência suficiente para avaliar se a abordagem em grupo é mais efetiva ou custo efetivo, do que a abordagem individual intensiva (MICHAEL; FIORI, 2008).

Ainda segundo Michael e Fiori (2008), em relação ao tempo de abordagem, chegou-se à conclusão que uma abordagem intensiva de 90 minutos é o ideal. Não há evidência que mais tempo aumente substancialmente as taxas de cessação do tabagismo.

Quanto ao número de sessões, as evidências sugerem forte dose-reposta entre o número de sessões e a efetividade do tratamento, sendo o mínimo de quatro sessões para que se obtenha um resultado satisfatório (MICHAEL e FIORI, 2008).

O sucesso na cessação do tabagismo é tão maior quanto mais intensiva a abordagem. Tanto a abordagem individual quanto a em grupo são eficazes, sendo ideal um tempo de abordagem de 90 minutos, e um mínimo de quatro sessões para resultados satisfatórios.

De acordo com um estudo realizado por Halty *et al.* (2002), a utilização do Questionário de Tolerância de Fagerstron (QTF) mostrou ser simples de aplicar, rápido e barato. Sendo o QTF um instrumento confiável de avaliação do grau de dependência nicotínica, sua utilização deve ser rotineira na anamnese de todo doente tabagista. O resultado de 54,9% dos fumantes pertencentes ao grupo de elevada dependência à nicotina leva à possibilidade de ocorrência e/ou gravidade da síndrome de abstinência. Este resultado aponta também para a necessidade do tratamento de substituição e maior dificuldade de manter a abstinência em longo prazo, no caso de estes entrarem num programa de cessação do fumo.

O QTF é um instrumento com seis perguntas que incluem entre duas a quatro alternativas de resposta de acordo cada item (Anexo 1).

As ações de abordagem ao tabagismo devem-se dar, prioritariamente, na Atenção Básica que é caracterizada “como um conjunto de ações de saúde, no âmbito individual e coletivo, que abrangem a promoção e a proteção da saúde, a prevenção de agravos, o diagnóstico, o tratamento, a reabilitação e a manutenção da saúde” (BRASIL, 2007, p.10).

Portes *et al.* (2014) enfatizam a importância de se desenvolver ações educativas de controle do tabagismo no âmbito da Atenção Primária à Saúde, tais como programas educativos em escolas, domicílios, ambientes de trabalho, e unidades de saúde, entre outros equipamentos sociais. Para tal é estratégico envolver profissionais da equipe de saúde, educadores, profissionais da comunicação, lideranças comunitárias e gestores.

O desenvolvimento dessas ações de controle do tabagismo na atenção primária à saúde constitui um desafio para os profissionais de saúde na articulação com os diversos setores da sociedade.

Entretanto Portes *et al.* (2014, p.446) destacam que “o relevante impacto do tabagismo na saúde da população mundial aponta para a importância da superação das limitações e obstáculos que dificultam a real implementação” de projetos de controle do tabagismo na atenção básica, “como forma de modificação desta grave situação”.

6 PLANO DE INTERVENÇÃO

Definição do problema

Por meio do diagnóstico situacional realizado pela equipe de saúde, a partir da observação direta, identificou-se que o tabagismo no município de São Miguel do Anta vem mantendo uma prevalência muito elevada com o passar dos anos e a comunidade carece de campanhas de conscientização quanto aos seus efeitos deletérios e maléficos à saúde.

Descrição e explicação do problema

Por este motivo a Equipe de Saúde da Família priorizou entre os problemas de saúde da comunidade o tabagismo. O tabagismo leva a uma pior qualidade de vida do indivíduo uma vez que acarreta inúmeras limitações, como dispnéia ao esforço, amputação de membros devido prejuízo na circulação periférica.

Decidiu-se então por um plano de intervenção com o objetivo primordial a diminuição da prevalência do tabagismo no município de São Miguel do Anta e conseqüentemente diminuição das patologias e mortalidades relacionadas ao tabaco. Pretende-se mobilizar a comunidade, os profissionais da saúde e da UBS desenvolvendo uma campanha contra o tabagismo. Com isto, o plano tem em mente melhorar a qualidade de vida dos pacientes que já são dependentes do tabaco e os que poderão ser dependentes futuramente, tendo em vista a prevenção com a conscientização.

Com a cessação do tabagismo e diminuição da sua prevalência no município de São Miguel do Anta teremos como reflexo desta ação inúmeros fatores favoráveis, tanto para o lado de uma melhor qualidade de vida da população, diminuição da morbimortalidade relacionada ao tabaco e economia dos custos com a saúde.

Existem inúmeras doenças relacionadas ao tabagismo, como DPOC, Asma Brônquica, doenças cardiovasculares e etc. Com a diminuição do tabagismo, também haverá diminuição das patologias relacionadas ao tabaco.

Como visto anteriormente nos estudos relacionados, o sucesso relacionado a cessação do tabagismo é diretamente proporcional a intensidade que é abordado ao dependente da nicotina, e o plano além de ter em vista os já dependes do tabaco, visa a conscientização da população geral, quanto aos malefícios e assim uma forma de prevenção.

O programa atenderá aos funcionários da rede municipal e posteriormente aos demais interessados a aderir ao programa de acordo com os critérios estabelecidos pela comissão: portadores de Asma, Doença Pulmonar Obstrutiva Crônica, predisposição genética ao câncer, portadores de HIV, enfim, portadores de doenças crônicas, adolescentes e gestantes.

Seleção dos “nós” críticos

- Desinformação da comunidade sobre as consequências do tabagismo.
- Ausência de conscientização da comunidade quanto ao problema.
- Pouco envolvimento dos formadores de opinião sobre o problema.
- Informações reduzidas dos agentes comunitários de saúde sobre quais ações os mesmos podem realizar na comunidade e como podem estar ajudando as famílias no enfrentamento ao tabaco.

Identificados os nós críticos foram definidos os objetivos a serem alcançado no seu enfrentamento.

- Esclarecer a comunidade sobre as conseqüências do tabagismo e riscos à saúde.
- Conscientizar a comunidade sobre o prejuízo do tabaco para a saúde.
- Conscientizar os formadores de opinião municipal da necessidade de investimento no programa antitabagismo.
- Capacitar os agentes comunitários de saúde para identificar, preencher questionários de identificação dos fumantes e sobre quais ações os mesmos podem realizar na comunidade e como podem estar ajudando as famílias no enfrentamento ao tabaco.

Operações/ações a serem desenvolvidas

Para o enfrentamento dos “nós críticos” as ações/operações foram desenvolvidas em sete etapas:

- Primeira etapa e ação: Envolvimento e capacitação das equipes da área de saúde: Através de reuniões com funcionários, estes foram conscientizados dos malefícios oriundos do uso do tabaco, da importância do papel de cada um para a intervenção em prol do combate ao tabaco. Neste momento, as equipes foram capacitadas e foram repassadas todas as informações cabíveis.
- Segunda etapa e ação: Trabalho de campo: Preenchimento dos questionários de identificação dos fumantes pelos Agentes Comunitários de Saúde.
- Terceira etapa e ação: Criação do projeto: O projeto será elaborado após a reunião com a comissão executiva.
- Quarta etapa e ação: Criação do ambiente Livre de tabaco: Através de folders, cartazes, vídeos e panfletos restringindo a área onde será proibido o consumo de tabaco.
- Quinta etapa e ação: Divulgação do projeto: Através de folders, cartazes, vídeos, palestras, meios de comunicação e panfletos.
- Sexta etapa e ação: Criação dos grupos de tratamento ao tabagismo.
- Sétima etapa e ação: Realização das sessões de apoio: Haverá no primeiro mês quatro sessões semanais, posteriormente uma sessão a cada quinze dias, uma sessão mensal por dois meses, uma sessão a cada 3 meses, uma sessão a cada 6 meses, terminando com uma sessão por ano, com objetivo de manutenção e também avaliar a dependência nicotínica através do questionário de Fagerström.

Além destas ações pretende-se:

- Construir um quadro de novas ações que poderão ser realizadas através dos Agentes Comunitários de Saúde;

- Realizar rodas de conversas com o objetivo de conscientizar a população dos efeitos nocivos do cigarro e conseqüentemente prevenir possíveis futuros usuário;
- Implantar o ambiente livre de tabaco, primeiramente nas áreas em que se encontram os prédios da rede municipal de saúde e posteriormente nas áreas próximas às escolas;
- Implementar e propagar ações antitabagistas em locais de grande movimento de pessoas(escolas, igrejas, bares, etc).

Identificação dos recursos

Recursos humanos: Vamos dispor de uma equipe que inclui:

- 1 (um) médico
- 1 (um) enfermeiro
- 1 (um) farmacêutico
- 1 (um) fisioterapeuta
- 1 (um) técnico de enfermagem
- 1 (um) odontologista
- 1 (um) nutricionista
- 6 (seis) agentes comunitários de saúde

Recursos materiais

De consumo: papéis, canetas, pastas etc; 500 folhas papel A4 para questionário de identificação tabagistas.

Permanentes: mesa, cadeiras, computador, telefone etc; 01 sala para reuniões (já possui na UBS); 01 Televisão (já possui na UBS); 05 placas antitabagismo para fixação na UBS para o ambiente antitabagismo

Financeiros: recursos próprios da Unidade Básica de Saúde.

Parceiros e instituições apoiadoras: Teremos apoio dos seguintes órgãos: Secretária Municipal de Saúde, Prefeitura Municipal de São Miguel do Anta e Equipe da Saúde e da Família.

Viabilidade do plano

O plano é viável, considerando que a equipe de saúde e os gestores estão motivados e envolvidos e que não haverá custos operacionais elevados.

Plano operativo

As ações serão desenvolvidas pelos membros da equipe e seus parceiros, mediante definição em reunião onde serão definidos os responsáveis específicos para cada ação e as suas estratégias. Espera-se atingir o objetivo até o fim do ano de 2015. As etapas serão desenvolvidas de acordo com o cronograma a seguir.

Cronograma das etapas do plano

Etapas	1º mês	2º mês	3º mês	4º mês	5º mês	6º mês	7º mês	8º mês	9º mês	10º mês	11º mês	12º mês
Primeira	50%	50%										
Segunda	100%											
Terceira	50%	50%										
Quarta		25%	25%	25%	25%							
Quinta		15%	25%	25%	25%	10%						
Sexta						100%						
Sétima			5%	5%	5%	15%	15%	10%	10%	10%	10%	10%

Gestão e Acompanhamento

O projeto de acordo com avaliação possui um custo muito baixo, apresenta uma alta eficácia quando se diz a respeito á cessar o tabagismo, de fácil execução e envolve todos da Equipe da Saúde e a comunidade. A equipe discutirá instrumentos para fazer o seu acompanhamento e mudanças necessárias.

7 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Como demonstrado por vários estudos científicos o tabagismo traz muitos malefícios à saúde do paciente, um prejuízo financeiro de grande valia aos cofres públicos e enormes problemas na saúde secundária e terciária, sendo que um grande número destes problemas pode ser prevenido por meio de ações simples.

Como demonstrado podemos reduzir este mal que assola vários brasileiros com intervenções de baixo custo e de fácil manejo, assim podendo melhorar a qualidade de vida das pessoas e diminuição com os problemas de saúde relacionados ao tabaco.

Por isso e pela importância que vejo destas ações na Estratégia da Saúde da Família, uma vez que previne problemas futuros, venho propor por meio deste trabalho uma intervenção para redução do número de tabagistas na saúde primária no município de São Miguel do Anta. Espero que possamos cortar este mal pela raiz.

REFERÊNCIAS

AMP. Associação Médica Brasileira. Tabagismo. **Revista debates em psiquiatria clínica**, Ano 1, n.1, p. 30-40, Jan/Fev 2011.

BANDINI, M. **Impacto de ações de promoção da saúde incluídas no Programa de Controle Médico de Saúde ocupacional de empresa do ramo alimentício**. Tese (doutorado). Faculdade de Medicina da Universidade Federal de São Paulo. Departamento de patologia. São Paulo, 2006. 246p.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Política Nacional de Atenção Básica**, Departamento de Atenção Básica. 4. ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2007, 68 p. (Série E. Legislação de Saúde) (Série Pactos pela Saúde 2006; v. 4)

BRASIL. Agência Nacional de Saúde Suplementar. **Diretrizes assistenciais para a saúde mental na saúde suplementar**. Rio de Janeiro: ANS, 2008. 63 p. Disponível em:
http://www.saudedireta.com.br/docsupload/1340370239Dir_Assist_Saude_Mental_S.pdf. Acesso em: 22 abr. 2014.

BRASIL. Presidência da Republica. **Secretária Nacional de Políticas sobre Drogas: cartilha sobre tabaco/Secretária Nacional de políticas sobre drogas**. – Brasília: Previdência da Republica, Secretária Nacional de Políticas sobre Drogas 2010.

BRASIL. Associação Médica Brasileira. Agência Nacional de Saúde Suplementar. **Diretrizes clínicas na saúde suplementar**. São Paulo, 2011. <http://www.projetodiretrizes.org.br/ans/diretrizes/tabagismo.pdf>. Acesso em: 22 abr. 2014.

CAMPOS, F.C; FARIA, H.P; SANTOS, M.A. **Planejamento e avaliação das ações em saúde**. 2ª ed. Belo Horizonte: NESCON/UFMG, 2010. 118p. : il.

CARDOSO, A. R. Tabagismo entre adolescentes: tabagismo como problema de saúde pública no mundo e no Brasil. 2011. In Tabagismo: Relevância da temática na educação. Ano XXI **Boletim 06** - Maio 2011. ISSN 1982 – 0283. Disponível em: <http://www.tvbrasil.org.br/fotos/salto/series/15013006-Tabagismo.pdf>

DICLEMENTE, C. C.; PROCHASKA, J. O.; GIBERTINE, M. **Self-Efficacy and the Stages of Self-Change of Smoking. Cognitive Therapy and Research**, v. 9, n. 2, p. 181-200, 1985. Disponível em: < <http://link.springer.com/article/10.1007%2FBF01204849#close> >. Acesso em: 21 jul. 2014.

FERREIRA, J. P. **Enciclopédia dos Municípios Brasileiros**. 1ª edição. Volume XXVII, 1959. Disponível em: <http://biblioteca.ibge.gov.br/visualizacao/dtbs/minasgerais/saomigueldoanta.pdf>

GORIN, S. S.; HECK J. E.; Meta-analysis of the efficacy tobacco counseling by health care providers. **Cancer Epidemiol Biomarkers**, v. 13, dez. 2012. Disponível

em: <<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/15598756>>. Acesso em: 12 jul. 2014.

HALTY L. S.; HUTTNER M. D.; NETTO I. C. de O.; SANTOS V. A.; MARTINS G.; Análise da utilização do Questionário de Tolerância de Fagerström (QTF) como instrumento de medida da dependência nicotínica. **Pneumol**, v. 28, n. 4, jul.ago. 2002. Disponível em: <<http://www.scielo.br/>>. Acesso em: 11 ago. 2014.

IBGE. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. 2010. Disponível em: <http://www.ibge.gov.br/home/>. Acesso em: 14 jan. 2013

INCA. Instituto Nacional do Câncer, Coordenação Nacional de controle de tabagismo e prevenção primária. **Falando sobre tabagismo**. Rio de Janeiro (RJ): Ministério da Saúde, INCA; 1996. Disponível em: http://www.faac.unesp.br/pesquisa/nos/olho_vivo/porque_fumamos/out_inf.htm Acesso: 14 jan. 2013.

INCA. Instituto Nacional de Câncer. **Ação global para o controle do tabaco: por um mundo sem tabaco: mobilização da sociedade civil**. 3 ed. Rio de Janeiro: Ministério da Saúde, INCA, 2004.

INCA. Instituto Nacional do Câncer. **Políticas antitabagismo no Brasil já salvaram mais de 400 mil vidas**. 2012. Disponível em: http://www2.inca.gov.br/wps/wcm/connect/agencianoticias/site/home/noticias/2012/politicas_antitabagistas_ja_salvaram_mais_de_400_mil_vidas_brasil. Acessado: 10 dez. 2012.

MICHAEL, C.; FIORE, M. D.; M. H. P.. A Clinical Practice Guideline for Treating Tobacco Use and Dependence: 2008 Update. **American Journal of Preventive Medicine**, v. 5, p. 158-176, ago. 2008. Disponível em <[http://www.ajpmonline.org/article/S0749-3797\(08\)00332-2/fulltext](http://www.ajpmonline.org/article/S0749-3797(08)00332-2/fulltext)> Acesso em: 27 maio 2014.

PEREZ, C. A.; MENDES, F. L. Tabagismo: relevância da temática na educação. TV Escola/ Salto para o Futuro, Ano XXI **Boletim 06** - Maio 2011 p.4-19. Disponível em: www.tvbrasil.org.br/salto

PORTES, L. H. et al. Ações voltadas para o tabagismo: análise de sua implementação na Atenção Primária à Saúde. **Ciênc. saúde coletiva** [online], v.19, n.2, p.439-448, 2014. ISSN 1413-8123.

SENAD. Secretaria Nacional de Políticas sobre Drogas. **VI Levantamento Nacional sobre o Consumo de Drogas Psicotrópicas entre Estudantes do Ensino Fundamental e Médio das Redes Pública e Privada de Ensino nas 27 Capitais Brasileiras – 2010/E**. Brasília: SENAD, 2010. 503 p. ISBN: 978-85-60662-63-0

SERRADILHA, A. de F. Z.; RUIZ-MORENO, L.; SEIFFERT, O. M. L. B.. Uso de tabaco entre estudantes do ensino técnico de enfermagem. **Texto contexto - enferm.** [online]. 2010, vol.19, n.3, pp. 479-487. ISSN 0104-0707.

WHO. World Health Organization. **Confronting the tobacco epidemic in an era of trade liberalization**. Geneva (CH): WHO; 2001.

ANEXO 1	
Nome: _____ Nº Registro ou leito: _____	
Local: _____	
Data: ___/___/___ Idade: ___ Sexo: <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F	
m/a <input type="checkbox"/> Motivado a deixar o fumo Sim <input type="checkbox"/>	
nos próximos seis meses? Não <input type="checkbox"/>	
1. Quanto tempo após acordar você fuma a seu primeiro cigarro?	
• dentro de 5 minutos	(3)
• entre 6 e 30 minutos	(2)
• entre 31 e 60 minutos	(1)
• após 60 minutos	(0)
2. Você acha difícil não fumar em locais onde o fumo é proibido (como igrejas, biblioteca, etc.)?	
• sim	(1)
• não	(0)
3. Qual o cigarro do dia que traz mais satisfação (ou que mais detestaria deixar de fumar)?	
• o primeiro da manhã	(1)
• outros	(0)
4. Quantos cigarros você fuma por dia?	
• 10 ou menos	(0)
• 11 a 20	(1)
• 21 a 30	(2)
• 31 ou mais	(3)
5. Você fuma mais freqüentemente pela manhã (ou nas primeiras horas do dia) que no resto do dia?	
• Sim	(1)
• Não	(0)
6. Você fuma mesmo quando está tão doente que precisa ficar de cama a maior parte do tempo?	
• Sim	(1)
• Não	(0)
Total: <input type="checkbox"/>	
Tabela de Fagerström	
Conclusão quanto ao grau de dependência	
• 0 a 2 pontos – muito baixo	
• 3 a 4 pontos – baixo	
• 5 pontos – médio	
• 6 a 7 pontos – elevado	
• 8 a 10 pontos – muito elevado	
Uma soma acima de seis pontos indica que provavelmente o paciente terá desconforto (síndrome de abstinência) ao deixar de fumar ⁽⁵⁾ .	