

**UNIVERSIDADE FEDERAL DE MINAS GERAIS UFMG
CURSO DE ESPECIALIZAÇÃO EM ESTRATÉGIA DA SAÚDE DA FAMÍLIA**

ERIC GUSTAVO REGGIANI

**DIMINUIÇÃO DO TABAGISMO EM TODAS AS IDADES NA ÁREA DA
ABRANGÊNCIA DA EQUIPE LILÁS DO VALE DO JATOBÁ:
proposta de intervenção.**

BELO HORIZONTE- MINAS GERAIS

2015

ERIC GUSTAVO REGGIANI

**DIMINUIÇÃO DO TABAGISMO EM TODAS AS IDADES NA ÁREA DA
ABRANGÊNCIA DA EQUIPE LILÁS DO VALE DO JATOBÁ:
proposta de intervenção.**

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

Orientadora: Profa. Ms. Eulita Maria Barcelos

BELO HORIZONTE- MINAS GERAIS

2015

ERIC GUSTAVO REGGIANI

**DIMINUIÇÃO DO TABAGISMO EM TODAS AS IDADES NA ÁREA DA
ABRANGÊNCIA DA EQUIPE LILÁS DO VALE DO JATOBÁ:
proposta de intervenção.**

Banca Examinadora

Prof^a Ms. Eulita Maria Barcelos(UFMG)

Prof. _____

Aprovado em Belo Horizonte,

DEDICATÓRIA

A todos os pacientes ex fumantes que conseguiram o objetivo comum depois de tanto esforço e comprometimento. Também para aqueles que não conseguiram mas pelo menos realizaram a tentativa e viram que é possível.

Também para os pacientes que hoje estão em tratamento da sessão de tabagismo.

AGRADECIMENTOS

Em primeiro lugar eu quero agradecer a minha família por estar ao meu lado durante e depois de tantas horas de investigação e esforço na hora da escritura.

Também quero agradecer a minha orientadora Eulita Maria Barcelos pela paciência, compreensão e dedicação neste trabalho.

À toda a equipe Lilás, gerência e equipe do NASF por compartilhar os mesmos objetivos na hora da luta contra o tabagismo.

À UFMG por esta possibilidade.

EPÍGRAFE

A verdadeira motivação vem de realização, desenvolvimento pessoal, satisfação no trabalho e reconhecimento.

Frederick Herzberg.

RESUMO

O hábito de fumar tabaco é muito antigo e encontrado em diversos povos ao redor do mundo, exercendo diferentes funções culturais e econômicas. Por considerar o tabagismo um fator modificável que eleva o risco de doenças cardiovasculares, câncer e de doenças respiratórias obstrutivas crônicas o presente estudo tem como objetivo elaborar um plano de intervenção para reduzir o número de fumantes que é bem elevado, aumentar o nível de informação dos tabagistas e promover de mudanças de hábitos de vida dos mesmos. A metodologia está embasada no método do Planejamento Estratégico Situacional. A elaboração do plano de intervenção partiu da priorização e da identificação dos problemas, seleção dos nós críticos, dos recursos críticos, proposta para a motivação dos atores e esquema do plano operativo. O plano de ação elaborado objetiva ações educacionais e terapêuticas realizadas na atenção primária na área de abrangência com o objetivo de diminuir o número de fumantes e criar novas estratégias de promoção e prevenção da doença no público alvo.

PALAVRAS CHAVE: Tabagismo. Prevenção ao tabagismo. Tratamento. Programa de Saúde da Família.

ABSTRACT

The habit of smoking tobacco is very old and found in many people around the world, performing different cultural and economic functions. Considering smoking a modifiable factor that increases the risk of cardiovascular disease, cancer and chronic obstructive respiratory diseases this study aims to draw up an action plan to reduce the number of smokers is quite high, increasing the level of information smokers and promote lifestyle changes thereof. The methodology is grounded in the method of the Situational Strategic Planning. The preparation of the action plan came from prioritization and identification of problems, selection of critical nodes, the critical resources proposed for the motivation of actors and operational plan of the scheme. The action plan prepared objective educational and therapeutic actions taken in primary care in the catchment area with the aim of reducing the number of smokers and create new promotion strategies and disease prevention in the target audience.

KEYWORDS: Smoking. Smoking Prevention. Treatment. Family Health program.

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

ACS – Agente Comunitária de Saúde

BVS - Biblioteca Virtual de Saúde

CAPS - Centro de Atenção Psicossocial

CID 10 - Código Internacional de Doenças

CRAS - Centro de Referência da Assistência Social

DATASUS - Departamento de Informática do SUS

DCNT - Doenças Crônicas Não Transmissíveis

DCV - Doenças Cardiovasculares

DRC - Doença Renal Crônica

ESF - Estratégia de Saúde da Família

HAS - Hipertensão Arterial Sistêmica

MS - Ministério da Saúde

NASF - Núcleo de Apoio a Saúde da Família

PMMB - Programa Mais Médicos para o Brasil

PSF- Programa da Saúde da Família

OMS - Organização Mundial de Saúde

RCV - Risco cardiovascular

SUS - Sistema Único de Saúde

UBS - Unidade Básica de Saúde

UPA -Unidade de Pronto Atendimento

UTI- Unidade de Terapia Intensiva

LISTAS DE TABELAS

Tabela 1- Percentual de óbitos por doenças relacionadas ao uso do tabaco -
2010.....Pag. 18

LISTAS DE QUADROS

Quadro 1 - Priorização dos problemas identificados segundo critérios de importância, urgência e capacidade de enfrentamento da equipe da ESF Lilás do Vale do Jatobá- 2015.....	Pag. 11
Quadro 2- Proposta de operações para resolução dos nós críticos.....	Pag. 30
Quadro 3- Identificação dos recursos críticos.....	Pag. 33
Quadro 4 - Ações estratégicas para viabilizar o plano.....	Pag. 34
Quadro 5- Plano Operativo	Pag. 35

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	12
2 JUSTIFICATIVA.....	17
3 OBJETIVO	19
4 PROCEDIMENTOS METODOLÓGICOS	20
5 REFERENCIAL TEÓRICO.....	21
6 PLANO DE INTERVENÇÃO.....	26
7 CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	37
REFERÊNCIAS.....	39

1 INTRODUÇÃO

Trata-se de um projeto de intervenção, dentro do Curso de Especialização em Atenção Básica em Saúde da Família, que foi realizado no Programa de Saúde da Família (PSF) – Unidade Básica de Saúde (UBS) Vale do Jatobá situado em Belo Horizonte, Minas Gerais, por meio do Programa Mais Médicos para o Brasil (PMMB).

Nas reuniões de equipe, identificamos certas doenças, como a hipertensão arterial (HA) e a diabetes Mellitus (DM), e outros fatores de riscos cardiovasculares (RCV), como o tabagismo, obesidade e sedentarismo, como importantes problemas de saúde responsáveis por grande parte da morbi-mortalidade da comunidade, não diferente do panorama mundial.

Foi consenso da equipe que o consumo de tabaco na área de abrangência é muito grande e cabe aos profissionais de saúde buscar estratégias para atuar no sentido de diminuir o índice de fumantes prevenindo assim as doenças advindas do ato de fumar constantemente.

Os males do tabagismo são amplamente conhecidos e divulgados. Sabe-se que o hábito de fumar é uma das causas de aproximadamente cinquenta diferentes tipos de enfermidades, destacando-se as doenças cardiovasculares, o câncer e as doenças respiratórias obstrutivas crônicas (ABREU; SOUZA; CAIAFFA, 2011.sp).

Segundo Abreu; Souza e Caiaffa (2011) existem milhares de pessoas na faixa etária de quinze anos ou mais que vivem em países de baixa ou média renda, que constituem uma parcela da população com um elevado risco de consolidação do consumo do tabaco e está mais exposta mais precocemente ao ato de fumar.

O tabagismo é considerado pela Organização mundial da saúde (OMS) a principal causa de morte evitável no mundo. A OMS estipula que um terço da população mundial adulta seja fumante.

“Vários estudos no mundo e no Brasil mostram idade cada vez mais precoce de início do vício de fumar e o aumento da prevalência do tabagismo em adolescentes. Essa tendência resultará em duzentos e cinquenta milhões de mortes em anos futuros” (MALCON; MENEZES; CHATKIN, 2002. sp)

“Entre os fatores individuais, bastante investigados, destacam-se características como sexo, idade, escolaridade, consumo de outras substâncias (álcool e drogas ilícitas) e bem-estar subjetivo” (ABREU; SOUZA; CAIAFFA, 2011.sp).

[...] do ponto de vista das interações sociais, deve-se destacar que a adolescência caracteriza-se pelo início da formação da própria identidade, quando o grupo social passa a ter relevância nos hábitos e comportamentos dos jovens, com repercussões positivas ou negativas (ABREU; SOUZA; CAIAFFA, 2011.sp).

Não menos relevante, a família, representada pelos pais e irmãos é entendida como modelo de referência para a vida dos adolescentes e jovens adultos, pode também atuar de forma positiva ou negativa para hábitos e comportamentos, inclusive o tabagismo. “As políticas públicas recentes na trajetória histórica do combate ao tabagismo vêm sofrendo intensificação nos últimos anos, com impacto relevante em saúde pública, como demonstra a redução geral da prevalência do tabagismo” (ABREU; SOUZA; CAIAFFA, 2011.sp).

Dentre as intervenções, destacam-se, em 2000, as proibições não só de propagandas de produtos do tabaco em todos os tipos de mídia, como também dos patrocínios a eventos culturais e esportivos, além do aumento da elevação da alíquota do IPI (Imposto sobre Produtos Industrializados) sobre cigarros no ano de 2000, outra intervenção foi a proibição de fumar em lugares fechados (lei 9294).” (ABREU; SOUZA; CAIAFFA, 2011.sp).

Entretanto, efeitos dessas intervenções no ambiente familiar e sua repercussão entre adolescentes e adultos jovens têm sido relativamente pouco investigados.

O bairro Vale do Jatobá, é um dos bairros mais antigos da regional Barreiro. Surgido em área ocupada por plantações criadas para abastecer a capital nos primeiros anos da cidade. O Vale do Jatobá foi idealizado por programas de moradia, localizado na área da antiga fazenda do Jatobá, que chegou a receber alguns colonos, e no limite com a cidade de Ibirité, o povoamento da região só se intensificou nos anos 1960. A população de Vale de Jatobá representa 0,34% da população do município de Belo Horizonte. O número de família e de habitantes e entorno de 20.000 habitantes sendo assim distribuídos por faixa etária: 0 a 14 anos: 20.4%, 15 a 64 anos: 69.1% e acima de 65 anos: 11.5% (BAIRROS DE BELO HORIZONTE, GEREPI. 2010).

A população moradora é de baixa e média renda. O nível de alfabetização: 3% o que significa que é também muito baixo (CENSO, IBGE, 2010).

Os principais postos de trabalho da região são principalmente: escolas, comércio, as indústrias aportam grande porcentagem dos postos de trabalho.

Em relação o estado de saúde os problemas que mais afetam aos moradores são tabagismo, alcoolismo, saúde mental, hipertensão arterial e diabetes.

A comunidade conta com os seguintes recursos: centro de saúde, igrejas católicas e evangélicas, creche, laboratórios particulares, escolas, campos de futebol, parques e muitos lugares de lazer, casas lotéricas, caixas eletrônicos do Banco do Brasil, luz elétrica, água, telefonia, comércio como, supermercados, 02 padarias, sacolões, açougues (os dados foram colhidos na mesma investigação de campo).

Em relação à assistência a saúde, o Centro de Saúde Vale do Jatobá está situada a Rua Leite de Farias número 171, na região do Barreiro. A estrutura física é ampla e adequada para seu funcionamento.

Assim a unidade está constituída por 06 equipes de saúde da família, 06 equipes de saúde bucal, 01pediatra, 01 ginecologista de apoio para toda a região, 14 técnicos em enfermagem, 06 enfermeiros, 01 assistente social, 01 psicólogo, 02 farmacêuticos, 06 cirurgiões dentistas, 01 gerente administrativo, 04 porteiros, e 03 auxiliares de serviços gerais, os dados acima foram coletados por meio de investigação e observação da equipe.

Faço parte da equipe LILÁS. A equipe tem 3.703 pessoas cadastradas, a demanda e os problemas de saúde mais concorridos são diabetes, hipertensão, dislipidemias, obesidade, intolerância a glicose, tabagismo, depressão, estresse, gravidez juvenil, doenças infecciosas, hepatopatias por álcool, entre outros.

A unidade atualmente está adequadamente equipada e conta com os recursos necessários para o desenvolvimento do trabalho.

É constituída por enfermeiro, técnico de enfermagem, ACS e médico de saúde da família.

O funcionamento da unidade é de segunda feira a sexta feira, de 07h00min as 17h00min horas. As atividades desenvolvidas pela equipe são o atendimento de

puericultura, pré-natal, preventivo de câncer de mama e colo, consulta individual, gestão clínica, visita domiciliar, organização da equipe, organização da agenda médica e a maior parte dele ao atendimento da demanda espontânea.

Durante esse curto período (08 meses) de trabalho na UBS-PSF Novo Vale do Jatobá, junto com toda a equipe, relacionamos alguns problemas, mas relevantes na nossa prática diária:

- Grande porcentagem da população com fatores de risco cardiovascular.
- Uso abusivo de álcool.
- Tabagismo.
- Polifarmácia em idosos.
- Uso excessivo de antidepressivos e benzodiazepínicos.

Dentre eles o tráfico, baixa renda e multiparidade estão fora da governabilidade da equipe.

Os outros foram classificados como pontos cruciais no processo de trabalho da equipe com necessidade de intervenção.

Os problemas foram priorizados utilizando os critérios mencionados por Campos; Faria; Santos (2010) tais como:

- grau de importância do problema,
- urgência do problema,
- capacidade de solucionar o problema .

Quadro 1 - Priorização dos problemas identificados segundo critérios de importância, urgência e capacidade de enfrentamento da equipe da ESF Lilás do Vale do Jatobá- 2015

Principais problemas	Importância	Urgência	Capacidade de enfrentamento	Seleção
Risco cardiovascular aumentado	Alta	Alta	Parcial	1
Tabagismo	Alta	Alta	Parcial	2
Tráfico	Alta	Alta	Fora	3

Baixa renda	Alta	Média	Fora	4
Multíparas(>3filhos)	Média	Média	Parcial	5
Polifarmacia em idosos	Alta	Alta	Parcial	6
Uso excessivo de antidepressivos /benzodiazepínicos	Alta	Média	Parcial	7

Fonte: o próprio autor.

A situação que se revelou com maior necessidade de intervenção foi o tabagismo, devido ser considerado um problema que afeta comunidade com repercussões na morbi-mortalidade.

2 JUSTIFICATIVA

Devido ao consumo do tabaco no Brasil é estimado que ocorra, a cada ano, 80 mil óbitos precoces, número que vem aumentando de ano a ano. Em outras palavras, cerca de oito brasileiros morrem por hora por causa do cigarro (INCA, 2010).

Tabela 1- Percentual de óbitos por doenças relacionadas ao uso do tabaco -2010

30%	Mortes por câncer
90%	Mortes por câncer de pulmão
85%	Mortes por doença pulmonar obstrutiva crônica
25%	Mortes por doença coronarianas
25%	Mortes por doença cerebrovascular

Fonte: INCA (2010) Incidência de Câncer no Brasil.

De acordo com o INCA (1996) –“Falando Sobre Tabagismo”, o uso do cigarro pode provocar outras doenças como: aneurismas arteriais, trombose vascular, úlcera do trato digestivo, infecções respiratórias, impotência sexual no homem. Os fumantes não são os únicos expostos à fumaça do cigarro, pois os não fumantes também são agredidos por ela, passando a ser fumantes passivos.

A fumaça que sai da ponta acesa do cigarro contém os mesmos componentes tóxicos que o fumante inala, porém em concentrações maiores: 3 vezes mais nicotina, 3 vezes mais monóxido de carbono, 50 vezes mais substâncias cancerígenas.

Foi consenso da equipe que o consumo de tabaco na área de abrangência é muito grande e cabe aos profissionais de saúde buscar estratégias para atuar neste problema. Com o fim de diminuir o índice de fumantes prevenindo assim as doenças advindas do ato de fumar.

Outra razão são os próprios pacientes que estavam solicitando uma solução para esse problema. A população estava precisando de um apoio profissional, estávamos percebendo uma conscientização crescente nos fumantes com baixa taxa de êxitos quando tentavam deixar o hábito de fumar por conta própria. Também é o momento para aproveitar a situação para conscientizar os tabagistas que ainda não desejam parar de fumar.

Acreditamos que trabalhando neste ponto, teríamos a possibilidade de trazer muitos benefícios aos usuários tabagistas e aos conviventes deles. Entre os

benefícios estariam, em primeiro lugar, diminuir ou sanar um fator de risco para múltiplas doenças já abordadas.

Outro ponto que abordamos e que os pacientes sentem como um problema o econômico, pois o lugar onde trabalhamos, a população tem baixa renda.

3 OBJETIVO

Elaborar uma proposta de intervenção que contribua para a diminuição do tabagismo em todas as idades na área da abrangência da Equipe Lilás do Vale do Jatobá-2015

4 METODOLOGIA

Foi realizado pela equipe o diagnóstico situacional, para conhecer a realidade tanto regional como local. Para isso foram utilizados dados obtidos por meio do IBGE, DATASUS, banco de dados do Sistema de Informação da Atenção Básica (SIAB) e próprios dados recolhidos na UBS. Os dados levantados no diagnóstico situacional, fórum discutidos em reunião de equipe e identificados os problema e posteriormente priorizado o de maior relevância segundo os critérios utilizados. Para subsidiar a elaboração da fundamentação teórica foi realizada uma revisão narrativa da literatura. Foram selecionados artigos, dissertações e teses nas bases de dados LILACS, Biblioteca Virtual em Saúde (BVS), por meio das palavras-chave: tabagismo, prevenção ao tabagismo, tratamento.

Segundo Campos; Faria e Santos (2010), todo método de planejamento deve conter passos ou etapas como uma seqüência lógica de ações ou atividades, no seu desenvolvimento. Para Matus (1993) são quatro momentos que caracterizam o processo de Planejamento Estratégico Situacional (PES).

- Momento explicativo: busca-se conhecer a situação atual, procurando identificar, priorizar e analisar seus problemas;
- Momento normativo: onde são formuladas soluções para enfrentamento dos problemas identificados, priorizados e analisados no momento explicativo;
- Momento estratégico: busca-se analisar e construir viabilidade para as propostas de soluções elaboradas, formulando estratégias para se alcançarem os objetivos traçados;
- Momento tático-operacional: é o momento de execução do plano. Aqui devem ser definidos e implementados o modelo de gestão e os instrumentos para o acompanhamento e avaliação do plano.

Esses momentos identificados por Matus (1993) encontram-se interligados na prática do planejamento, constituindo uma relação de complementariedade entre eles.

Para o desenvolvimento do Plano de Intervenção foi utilizado o método do Planejamento Estratégico Simplificado (PES) foram identificados os problemas, priorizando o de maior relevância, identificando os nós críticos, definido as operações (projetos) para cada nó crítico com detalhamento de resultados e produtos esperados e os recursos necessários para cada item (CAMPOS; FARIA; SANTOS, 2010).

5 REFERENCIAL TEÓRICO

Segundo a Décima Revisão de Classificação Internacional de Doenças (CID-10), a dependência da nicotina contida no tabaco é uma doença que está incluída no grupo dos transtornos mentais, e do comportamento decorrentes do uso de substância psicoativa (INCA, 2001).

Os profissionais de saúde devem ser cuidadosos na abordagem do paciente tabagista ao iniciar o tratamento para cessação do tabagismo para evitar recaídas que dificultam o resultado. Antes de realizar uma intervenção preventiva eficaz é necessário determinar o grau de interesse de abandonar o tabagismo de cada paciente (BRASIL, 2001)

O interesse para deixar de fumar é um fator imprescindível que deve ser avaliado pelo médico. Portanto foram efetuadas algumas perguntas que possibilite o profissional avaliar o grau de motivação e interesse do paciente tabagista em cessar de fumar. A partir daí de acordo com o grau de interesse serão formados grupos.

De acordo com a “Abordagem e Tratamento do Fumante”- (BRASIL, 2001, p.14), as perguntas sugeridas como suficientes para avaliar o fumante quanto à sua dependência de nicotina, e seu grau de motivação para deixar de fumar, são:

1. Você fuma? Há quanto tempo? (diferencia a experimentação do uso regular; por exemplo, se o fumante diz fumar 5 cigarros por dia e ter começado a fumar há 15 dias, de acordo com a OMS ele ainda não é um fumante regular e encontra-se em fase de experimentação).
2. Quantos cigarros fuma por dia? (pacientes que fumam 20 ou mais cigarros por dia provavelmente terão uma maior chance de desenvolverem fortes sintomas de síndrome de abstinência na cessação de fumar).
3. Quanto tempo após acordar acende o 1º cigarro? (pacientes que fumam nos primeiros 30 minutos após acordar, provavelmente terão uma maior chance de desenvolverem fortes sintomas de síndrome de abstinência na cessação de fumar).
4. O que você acha de marcar uma data para deixar de fumar? (permite avaliar se o fumante está pronto para iniciar o processo de cessação de fumar). Em caso de resposta afirmativa, perguntar: Quando?
5. Já tentou parar? Se a resposta for afirmativa, fazer a pergunta 6.
6. O que aconteceu? (permite identificar o que ajudou e o que atrapalhou a deixar de fumar, para que esses dados sejam trabalhados na próxima tentativa).

A partir das respostas é recomendado aconselhar o fumante a parar de fumar, “adaptando as mensagens ao perfil do fumante levando em consideração sexo, idade, existência de doenças associadas ao tabagismo, etc. A conduta deve estar de acordo com o interesse do fumante” deixando ou não de fumar, no momento do atendimento (BRASIL, 2001, p.13).

De acordo com a “Abordagem e Tratamento do Fumante”- (BRASIL, 2001) existem dois métodos eficazes utilizados na cessação de fumar o da abordagem cognitivo-comportamental e o medicamentoso.

- Abordagem cognitivo-comportamental

A abordagem utilizada combina intervenções cognitivas com treinamento de habilidades comportamentais. Os componentes principais dessa abordagem envolvem: a detecção de situações de risco de recaída e o desenvolvimento de estratégias de enfrentamento (FIORE *et al.*, 2000 *apud* BRASIL, 2001,p.13).

Em essência, essa abordagem envolve “o estímulo ao auto-controle ou auto-manejo para que o indivíduo possa aprender como escapar do ciclo vicioso da dependência, e a tornar-se assim um agente de mudança de seu próprio comportamento” (FIORE *et al.*, 2000 *apud*, BRASIL, 2001,p.13).

O profissional deve preparar os pacientes para encontrar sozinhos as soluções de seus problemas, estar sempre estimulando as habilidades para resistir o desejo de

fumar e assim prevenir recaídas, um fato importante é como lidar com o stress causado pela síndrome de abstinência (FIORE *et al.*, 2000 *apud* CONSENSO, 2001).

Para aqueles interessados em parar de fumar, o profissional deve prepará-los. Deve ser pactuado com o paciente uma data para cessar de fumar, os sintomas da abstinência devem ser explicados e sugestões de estratégias para controlar a vontade de fumar devem ser discutidas. Os fumantes que não estiverem dispostos a parar nos próximos 30 dias, devem ser estimulados a pensar sobre o assunto e abordá-lo no próximo contato (FIORE *et al.*, 2000 *apud* BRASIL, 2001).

Todos os fumantes que estão em processo de cessação de fumar devem ter acompanhamento sistematizado e um maior apoio na fase inicial da abstinência onde os riscos de recaída são maiores. A periodicidade das consultas devem ser pelo menos 3 vezes durante os seis meses subsequentes à parada de fumar FIORE *et al.*, 2000 *apud* BRASIL, 2001).

De acordo com a “Abordagem e Tratamento do Fumante” (BRASIL, 2001) em relação à abordagem para o fumante que não expressa o vontade de parar de fumar por vários motivos que vão além da vontade pode ser considerado os fatores como a falta de conhecimento sobre os efeitos nocivos do tabagismo, falta de recursos financeiros gerando ansiedade, crenças e receios relacionados ao processo de cessação, insegurança devido a tentativas anteriores sem sucesso ou mesmo recaídas, não desejam realmente, falta de estímulos, falta de conhecimento que pode fazer o tratamento nas unidades básicas de saúde.

Qualquer que seja a razão, esses pacientes poderão mudar seu nível de motivação, desde que a equipe de saúde junto com a família façam um trabalho de motivação do usuário fumante, apoiando-o quando necessário.

Cabe aos não fumantes que convivem com fumantes em casa ou no ambiente de trabalho a orientação sobre os riscos da exposição tabagística ambiental, correlacionando-a com a doença apresentada atualmente ou com o risco de desenvolver uma doença relacionada a essa exposição (BRASIL, 2001).

5.1 Tratamento farmacológico

O tratamento farmacológico é empregado como um apoio, em condições bem definidas, para alguns indivíduos que desejam parar de fumar. “Ele tem a função de facilitar a abordagem cognitivo-comportamental, que é a base para a cessação de fumar e deve sempre ser utilizada” (BRASIL, 2001,p.16).

As medicações de eficácia comprovada na cessação de fumar, são divididos em medicamentos nicotínicos e medicamentos não-nicotínicos.

Os primeiros apresentam em formas de adesivo, goma de mascar que correspondem a formas de liberação lenta de nicotina. O inalador e aerossol são formas de liberação rápida de nicotina e ainda não estão disponíveis em nosso mercado. As duas formas são denominadas de Terapia de Reposição de Nicotina (TRN) (BRASIL, 2001,p.16)

Os medicamentos não-nicotínicos: bupropiona e nortriptilina, e clonidina todos são antidepressivos. “A bupropiona é um medicamento que não apresenta, na grande maioria dos casos, efeitos colaterais importantes” (BRASIL, 2001,p.16)

O adesivo, a goma de mascar e a bupropiona são considerados medicamentos de 1ª linha, e devem ser utilizados preferencialmente. A nortriptilina e a clonidina são medicamentos de 2ª linha, e só devem ser utilizados após insucesso das medicações de 1ª linha (BRASIL, 2001,p.16).

Para prescrição de medicamentos, na publicação do Ministério de Saúde – “Abordagem e Tratamento do Fumante” (BRASIL, 2010,p.16) sugere critérios de acordo com o grau de dependência física da nicotina:

- Fumantes pesados, ou seja, que fumam 20 ou mais cigarros por dia;
- Fumantes que fumam o 1º cigarro até 30 minutos após acordar e fumam no mínimo 10 cigarros por dia;
- Fumantes com escore do teste de Fagerström (veja na Parte II), igual ou maior do que 5, ou avaliação individual, a critério do profissional;
- Fumantes que já tentaram parar de fumar anteriormente apenas com a abordagem cognitivo-comportamental, mas não obtiveram êxito devido a sintomas da síndrome de abstinência;
- Não haver contra-indicações clínicas

A principal dificuldade vivenciada pelos nossos pacientes em processo de abandono do tabagismo foi a abstinência. Começamos com um grupo de 20 pacientes dos quais 08 pararam de fumar. A fissura, foi também, uns dos problemas mais

abordados nas reuniões. A abstinência se apresentou de variadas formas, por exemplo: tonturas, ansiedade e agressividade. Tanto um, como o outro problema, foram amplamente discutidos no grupo de apoio, foram os mesmos pacientes que se passavam dicas entre eles de como se controlar. Nós, os profissionais deixávamos se intercomunicarem ouvindo as distintas estratégias criadas e depois como eles colocavam na prática.

Outro problema apontado foi o ganho de peso, os pacientes, especialmente, para as mulheres foi considerado um problema grave, mas reforçamos a importância de que ganhar um pouco de peso e parar de fumar é melhor que continuar fumando. Indicamos dieta, exercícios físicos (a maioria entrou na academia da cidade) e para alguns foi indicada a medicação bupropiona ou TRN. Na realidade a maioria dos pacientes fizeram o tratamento medicamentoso pelo tabagismo em si.

Além disso a tosse, foi um motivo de consulta recorrente. Este sinal também nos serviu de controle para os verdadeiros ex-fumantes. Nestes casos a conduta foi tranquilizar os pacientes e reforçando que isso é normal e que é passageiro.

Um problema, um tanto curioso mas de gravidade e sério, foi que no principio a maioria dos pacientes que usaram adesivos de nicotina, não entenderam bem, que deveriam parar de fumar e continuaram com o hábito. Eles apresentaram overdose de nicotina com aumento da pressão arterial, tonturas, náuseas e vômitos. Tivemos sorte que o problema foi detectado muito rápido.

Antes de realizar uma intervenção preventiva eficaz é necessário determinar o grau de interesse de abandonar o tabagismo de cada paciente.

Diehl; Cordeiro e Laranjeira, (2011) abordam que a nicotina causa dependência física ou biológica e a dependência: comportamental ou ambiental, onde o fumante cria uma rotina, hábitos que se tornam situações gatilhos para o desejo de fumar, como se fosse um condicionamento para repetição do hábito que são responsáveis pela síndrome de abstinência, Nessas situações a vontade de fumar ocorre automaticamente, pela lembrança do consumo naquela situação. A dependência psicológica está associada aos sentimentos, o ato de fumar, funciona como um amortecedor de emoções.

O Programa Nacional de Combate ao Tabagismo (PNCT) criado pelo Ministério de Saúde (MS) mediado pelo Instituto Nacional do Câncer (INCA) estimula através de medidas públicas, por meio da conscientização, educação em saúde, capacitação das equipes de saúde e uma das suas principais metas é capacitar os profissionais de saúde para a abordagem desses pacientes visando a diminuição do consumo do tabaco e prevenção de doenças advindas deste ato.

6 PROPOSTA DE INTERVENÇÃO

Campos; Faria e Santos (2010) descrevem que um projeto de intervenção sobre um problema detectado ou seja de um fato que incomoda uma pessoa ou prejudica uma comunidade deve ser solucionado em curto e médio prazos e deve permitir a participação de vários profissionais empenhados na resolução do mesmo. Contudo, é recomendado pelos autores considerarem a viabilidade de gerenciar o plano para obter os resultados satisfatórios.

Segundo o Planejamento Estratégico Simplificado (PES) apresentado pelos autores acima referidos na sua realização são percorridas etapas interligadas e sucessivas no desenvolvimento de um plano de ação.

No primeiro passo foram apresentados os problemas identificados na área de abrangência da equipe da ESF Lilás, depois no momento seguinte foi realizado a priorização do problema apresentada no quadro 1.

O problema priorizado segundo os critérios de importância, urgência e capacidade de enfrentamento da equipe sua resolução foi o alto índice de tabagismo.

➤ **Terceiro passo: descrição do problema**

O tabagismo é um fator de risco para outras doenças já descritas. Na nossa comunidade, este hábito, apresenta alta prevalência e alta incidência, assim como também, apresentam alta prevalência as doenças associadas.

➤ **Quarto passo explicação do problema**

O nosso problema é difícil de quantificar em valores absolutos, mas é observado pela população, pelos próprios pacientes e principalmente, pelos familiares das vítimas da nicotina. Estão amplamente difundidas as consequências de fumar e os benefícios de parar. Estes são os motivos pelos quais somos procurados, os profissionais da saúde, dia a dia.

Após este passo a equipe passou a discutir quais seriam as causas do tabagismo na área de abrangência. Quais seriam os nós críticos que contribuíam para o aumento do tabagismo?

Os nós críticos identificados pela equipe foram:

- Falta de conscientização dos usuários tabagista sobre os maus causados pelo tabaco.
- Falta de sistematização do atendimento ao usuário tabagista
- Falta de capacitação da equipe sobre a abordagem e tratamento do usuário tabagista.
- Falta de acesso a exames, consultas e medicamentos específicos.
- Falta de organização da agenda para atendimento individual e em grupo.

Sexto passo: Proposta de operações para resolução dos nós críticos.

Para Campos; Faria e Santos, (2010), a *proposta de operações para resolução dos nós críticos* é composta de operações estruturadas para enfrentar as causas mais importantes (ou os “nós críticos”) do problema selecionado. Para cada nó crítico deve ter uma operação, os resultados esperados, os produtos esperados e os recursos necessários como apresentado no quadro 2.

Quadro 2- Proposta de operações para resolução dos nós críticos.

Nó crítico	Operação/ projeto	Resultados esperados	Produtos	Recursos necessários
Falta de capacitação da equipe sobre a abordagem e tratamento do usuário tabagista.	Capacitação Capacitar a equipe para abordagem e tratamento do usuário tabagista.	Profissionais capacitados, interessados, seguros e empoderados de conhecimento.	Profissionais mais atuantes e seguros na abordagem e tratamento do usuário tabagista. Diminuição do índice de consumo de tabaco.	Politico Apresentar o projeto ao gestor e solicitar da prefeitura o oferecimento de cursos de capacitação, uma vez que a mesma dispõe de espaço profissionais capacitores e material adequado.
Falta de acesso a exames, consultas e medicamentos.	Disponibilização. -Facilitar consultas especializadas. -disponibilizar os medicamentos para	Maior número de consultas e medicamentos a disposição.	-Aumento do número e qualidade das consultas referidas ao tratamento antitabagismo e, concomitantemente, melhorar os critérios para solicitação de exames e	Organizacional: colocar a disposição os recursos necessários. Financeiros: aumentar pressupostos econômicos em exames e medicamentos.

	tratamento. - Facilitar a realização dos exames.		indicação de medicamentos.	
Falta de organização da agenda para atendimento individual e em grupo.	Organização Adequar a agenda para atendimento individual e em grupo.	Agenda adequada, consultas individuais realizadas e grupos operativos funcionando.	Atendimentos individuais com tempos de consultas adequados e atendimentos grupais com número de pacientes adequados.	Organizacional: Redistribuição da área de abrangência. Aumentar o número de equipes no centro de saúde. Financeiros: aumentar o número de profissionais.
Falta de conscientização dos maus causados pelo tabaco.	Sou tabagista Informar e conscientizar a comunidade tabagista sobre os maus causados pelo tabaco -Realizar campanha educacional sobre o tabagismo -Realizar palestras sobre os maus causados pelo tabaco e	Comunidade informada e consciente sobre os maus causados pelo tabaco e sensibilizados para deixar de fumar. Realização da campanha educacional sobre o tabagismo e palestras sobre os maus causados pelo tabaco e sobre as melhores formas de deixar de fumar.	Diminuição de 80% dos fumantes. Comunidade informada, consciente, sensibilizada e responsável pelo seu tratamento.	Organizacional: para organizar os grupos e a agenda em horários que possibilite a participação de todos. Cognitivo: informação sobre o tema e de como transmitir as informações. Político: Apresentação do projeto a secretária de educação. Divulgação sobre tabagismo em meios de informação local. Financeiro:

	sobre as melhores formas de deixar de fumar.			recursos audiovisuais, folhetos informativos.
Falta de sistematização do atendimento ao usuário tabagista	<p>Cuidar melhor</p> <p>Identificar pacientes com RCV médio-alto.</p> <p>Sistematizar o atendimento individual e de grupo do usuário tabagista.</p>	<p>-Sistematizado do atendimento do usuário tabagista.</p> <p>-Acompanhamento e monitoramento do usuário .</p>	<p>Atendimento sistematizado, monitorado e satisfatório</p> <p>Maior adesão ao tratamento.</p> <p>Cessaçã o do tabagismo</p>	<p>Organizacional: organizar agenda para atender pacientes com RCV.</p> <p>Cognitivo: elaboração de protocolo de linha de cuidado para RVC.</p> <p>Político: participação da coordenação da saúde da família para implantar linha de cuidado.</p> <p>Financeiro: recursos para exames, remédios, especialistas.</p>

➤ **Sétimo passo: identificação dos recursos críticos**

É importante que a equipe tenha clareza de quais recursos críticos que irá utilizar para operacionalizar o projeto, e criar estratégias para que se possa viabilizá-los (CAMPOS; FARIA; SANTOS, 2010). Os recursos críticos são aqueles indispensáveis para a execução de uma operação e que não estão disponíveis.

Quadro 3- Identificação dos recursos críticos

Nó crítico	Recursos necessários
------------	----------------------

Falta de capacitação da equipe sobre a abordagem e tratamento do usuário tabagista.	A prefeitura de Belo Horizonte conta com espaço, profissionais capacitores e material adequado.
Falta de acesso a exames, consultas e medicamentos.	<p>Organizacional: Redistribuição da área de abrangência. Aumentar o número de equipes no centro de saúde.</p> <p>Financeiros: aumentar o número de profissionais.</p>
Falta de organização da agenda para atendimento individual e em grupo.	<p>Organizacional: Redistribuição da área de abrangência. Aumentar o número de equipes no centro de saúde.</p> <p>Financeiros: aumentar o número de profissionais.</p>
Falta de conscientização dos maus causados pelo tabaco.	<p>Organizacional: para organizar os grupos e a agenda em horários que possibilite a participação de todos.</p> <p>Cognitivo: informação sobre o tema e de como transmitir as informações.</p> <p>Político: apresentação do projeto a secretária de educação.</p> <p>Divulgação sobre tabagismo em meios de informação local.</p> <p>Financeiro: recursos audiovisuais, folhetos informativos.</p>
Falta de sistematização do atendimento ao usuário tabagista	<p>Organizacional: organizar agenda para atender pacientes com RCV.</p> <p>Cognitivo: elaboração de protocolo de linha de cuidado para RVC.</p> <p>Político: participação da coordenação da saúde da</p>

	família para implantar linha de cuidado. Financeiro: recursos para exames, remédios, e médicos especialistas.
--	---

➤ **Oitavo passo: Análise de viabilidade do plano**

Quem está planejando, não consegue controlar todos os recursos necessários na operacionalização do mesmo, neste sentido é necessário que ele conheça como está o posicionamento de seus parceiros em relação ao problema para então definir ações estratégicas para até certo ponto transformar as motivações dos atores. Isto pode ser conseguido por meio de ações estratégicas que buscam mobilizar ou convencer certos atores para que mudem sua posição (CAMPOS; FARIA; SANTOS, 2010).

Quadro 4 - Ações estratégicas para viabilizar o plano

Operação	Recursos críticos	Ator que controla	Motivação	Ação estratégica
Sou tabagista	Meios de comunicação Palestras com informações Recurso financeiro para audiovisual e folhetos	Setor de comunicação Coordenadora ABS Coordenadora médica de ABS	Favorável Favorável	Apresentar projeto
Cuidar melhor	Implantar linha de cuidado de RCV e tabagista Mais recursos para exames, remédios e	Coordenadora ABS Coordenadora médica de ABS Secretario Municipal de Saúde	Favorável Favorável Favorável	Apresentar projeto

	especialistas.	Secretario Municipal de Saúde Prefeito	Indiferente Indiferente	
Capacitação	Capacitação da equipe de saúde para abordagem e tratamento do tabagista.	Secretaria municipal de saúde.	Favorável.	Apresentar projeto
Disponibilização	Disponibilizar consultas, exames e medicamentos antitabagismo.	Secretaria municipal de saúde. Gerencia distrital. UBS	Favorável. Favorável. Favorável.	Apresentar projeto
Organização	Organizar a agenda para melhorar a qualidade e os tempos de atendimentos, tanto individuais, como grupais.	Secretaria municipal de saúde. Gerencia distrital. UBS População.	Favorável. Favorável. Favorável. Favorável.	Apresentar projeto

➤ **Nono passo: elaboração do plano operativo**

Este passo é muito importante porque vai nomear os responsáveis por cada operação e estabelecer o prazo o cumprimento das ações. O gerente de cada operação é aquele que acompanha da execução de todas ações definidas, “ele pode contar com o apoio de outras pessoas”(CAMPOS; FARIA; SANTOS, 2010,p.73).

Quadro 5- Plano Operativo

Operações	Resultados	Produtos	Operações Estratégicas	Responsáveis	Prazo
Sou tabagista	Pacientes conscientes dos maus causados pelo ato de fumar.	Palestras sobre os maus causados pelo tabaco e sobre as melhores formas de deixar de fumar. Formação de ACS	Apresentar projeto	Eric Gustavo Reggiani Equipe lilás Coordenadora ABS	3 meses para inicio de atividades 3 meses para apresentar projeto e 6 meses para iniciar atividades 2 meses para inicio e 2 meses de duração.
Cuidar melhor	Identificar pacientes com RCV médio-alto.	Pacientes com RCV médio-alto identificados.	Apresentar projeto	Eric Gustavo Reggiani Equipe lilás	3 meses para inicio de atividades 3 meses para apresentar projeto e 6 meses para iniciar atividades 2 meses para inicio e 2

					meses de duração.
Capacitação	Capacitar a equipe para abordar e tratar pacientes tabagistas.	Equipe capacitada por meio de palestras e material áudio e vídeo gráfico.	Apresentar projeto	Eric Gustavo Reggiani Equipe lilás	3 meses para início de atividades 3 meses para apresentar projeto e 6 meses para iniciar atividades 2 meses para início e 2 meses de duração.
Disponibilização	Disponibilizar acesso a exames, consultas e medicamentos.	Acesso adequado a consultas, exames e medicamentos para tratamento antitabagista.	Apresentar projeto	Eric Gustavo Reggiani Equipe lilás UBS Secretaria municipal de saúde.	3 meses para início de atividades 3 meses para apresentar projeto e 6 meses para iniciar atividades 2 meses para início e 2 meses de

7 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Ao realizar este plano de intervenção, foi necessário conhecer melhor a população de abrangência da UBS-PSF Vale do Jatobá assim como realizar o diagnóstico situacional e identificar problemas mais relevantes e procurar soluções para eles.

Espero com este projeto de intervenção mobilizar não apenas a população, mas principalmente toda a equipe para o trabalho constante para minimizar o uso do tabaco e seus maus.

Além de conhecer a população, a equipe teve que se capacitar. A equipe NASF, pessoal da academia da cidade, cirurgião dentista, enfermeira e médico da equipe lilás, realizaram a capacitação oferecida pela Secretaria de Saúde do Belo Horizonte.

Depois, todas as agendas foram organizadas para os atendimentos individuais e grupos operativos pelos profissionais. O grupo antitabagista foi o primeiro realizado no centro de saúde vale do Jatobá. Também nos informamos e organizamos para solicitar a medicação, já que a medicação de primeira linha não estava disponível.

A tarefa de identificar pacientes tabagistas com médio e alto risco cardiovascular não foi fácil pela grande prevalência das doenças em nossa área de abrangência. O que tornou difícil a seleção de pacientes para o grupo.

Uma vez feitos os primeiros passos começamos a realizar as palestras no grupo à vez que já exercíamos o tratamento e escutávamos as experiências de cada indivíduo.

Como resultado do grupo observamos que oito pacientes deixaram de fumar de vinte que iniciaram o mesmo. Mas ainda, não apenas isso, ficou a esperança para quem não conseguiu e motivação para a equipe para realizar os próximos grupos. Por fim, já estamos realizando mais grupos operativos que, até agora, tem sido mais efetivo que as consultas individuais.

REFERÊNCIAS

ADDINGTON, J. et al. Smoking cessation treatment for patients with schizophrenia. **Am. J. Psychiatry**, v. 155, n. 7, p. 947-976, jul. 1998.

BLONDAL, T. Nicotine nasal spray with nicotine patch for smoking cessation: randomized trial with six year follow-up. **BMJ**, v. 318, p. 285-288, jan. 1999.

BALFOUR, D. et al. Diagnosis and treatment of nicotine dependence with emphasis on nicotine replacement therapy. **European Heart Journal**, v. 21, n. 6, p. 438-445, mar. 2000.

BRASIL. Ministério da Saúde. Instituto Nacional de Câncer. "**Falando Sobre Tabagismo**". Coordenação Nacional de Controle de Tabagismo - CONTAPP. Rio de Janeiro, 1996.

BRASIL. Ministério de Saúde. Instituto Nacional de Câncer/Fundação Getúlio Vargas. Cigarro Brasileiro. **Análises e Propostas para Redução do Consumo**. Rio de Janeiro, 2000.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Assistência à Saúde. Instituto Nacional de Câncer - INCA. **Estimativas da Incidência e Mortalidade por Câncer**. Rio de Janeiro: INCA, 2002.

BRITISH THORACIC SOCIETY. Smoking cessation in patients: two further studies by the British Thoracic Society. **Thorax**, v. 45, p. 835-840, 1990.

CINCIPRINI, P. M. et al. Tobacco addiction: implications for treatment and cancer prevention. **Journal of the National Cancer Institute**, v. 89, n. 24, p. 1852-67, dec. 1997.

CROGHAN I. T., OFFORD K. P., EVANS R. W. et al. Cost-effectiveness of treating nicotine dependence: the Mayo Clinic experience. **Mayo Clinic Proc**, 72:917-924. 1997.

DOLL R., PETO R., WHEATLEY K. et al. Mortality in relation to smoking: 40 years' observations on male British doctors. **BMJ** 1994; 309 : 901-910.

EIDE, T., VALBO, A. Smoking cessation in pregnancy: the effect of hypnosis in a randomized study. **Addictive Behaviors**, v.21, n. 1, p. 29-35, 1996.

ERSHOFF, D. H. et al. A randomized trial of a serialized self-help smoking cessation program for pregnant women in an HMO. **AJPH**, v. 79, n. 2, p. 182-187, feb. 1989.

FARNAM, C. R. Zyban: a new aid to smoking cessation treatment. **Journal of Psychosocial Nursing**, v. 7, n. 2, p. 36-44, 1999.

FIORE M. C., BAILEY W. C., COHEN S. J. et al. **Treating Tobacco Use and Dependence**. Clinical Practice Guideline. U.S. Department of Health and Human Services, Public Health Service. 2000.

HALL, S. M. et al. Weight gain prevention and smoking cessation: cautionary findings. **American Journal of Public Health**, v.82, n. 6, p. 799-803, jun.1992.

HALL, S. M. Nortriptyline and cognitive-behavioral therapy in the treatment of cigarette smoking. **Arch Gen. Psychiatry**, v.55, p. 683-690, aug. 1998.

HAYFORD, K. E. et al. Efficacy of bupropion for smoking cessation in smokers with a former history of major depression or alcoholism. **British Journal of Psychiatry**, v. 174, p. 173-178, 1999.

HJALMARSON, A. et al. The nicotine inhaler in smoking cessation. **Arch. Intern. Med.**, v. 157, p. 1721-1728, aug. 1997.

HURT, R. D. et al. Nicotine patch therapy for smoking cessation combined with physician advice and nurse follow-up. **JAMA**, v. 271, n. 8, p. 595-600, feb. 1994.

ISSA, J. S. et al. Intervenção sobre tabagismo realizado por cardiologista em rotina ambulatorial. **Arq. Bras. Cardiol.**, v. 70, n.4, p. 271-274, 1998.

JOENBY, D. E. et al. A controlled trial of sustained – release bupropion, a nicotine patch, or both for smoking cessation. The New Engl. **Journal of Medicine**, v. 340, n. 9, p. 685-691, mar. 1999.

LANDO, H. A. et al. Promoting abstinence among relapsed chronic smokers. **American Journal of Public Health**, v. 86, n. 12, p.1786-1790, dec. 1996.

MATUS, C. "**Fundamentos da planificação situacional.**" in. RIVERA. F.J.U. (ORg.). Planejamento e programação em saúde, um enfoque estratégico. São Paulo: Cortez. 1989. p.105-176.

MERY NATALI SILVA ABREU; CHARLES FERREIRA DE SOUZA; WALESKA TEIXEIRA CAIAFFA. Tabagismo entre adolescentes e adultos jovens de Belo Horizonte, Minas Gerais, Brasil: influência do entorno familiar e grupo social. **Revista de Saúde Pública** v.27, n.5 Rio de Janeiro May 2011

ROSEMBERG, J. Pandemia do tabagismo – Enfoques Históricos e Atuais. São Paulo – SES, 2002

U.S. Department of Health and Human Services. The health consequences smoking: a report of the Surgeon General. Washington DC; U.S. Government Printing Office, 2004.

World Health Organization. World no-Tobacco Day. Tobacco and poverty: a vicious circle, 2004.

World Health Organization (WHO). Tobacco Free Initiative.