

UFMG - UNIVERSIDADE FEDERAL DE MINAS GERAIS

CURSO DE ESPECIALIZAÇÃO EM ATENÇÃO BÁSICA EM SAÚDE DA FAMÍLIA

**PROPOSTA DE INTERVENÇÃO PARA TRATAMENTO DO TABAGISTA NA
ESTRATÉGIA DE SAÚDE DA FAMÍLIA EM TABOQUINHA, BURITIS, MINAS
GERAIS**

KARLA CAMPOS BESCKOW

BURITIS - MG

2015

KARLA CAMPOS BESCKOW

**PROPOSTA DE INTERVENÇÃO PARA TRATAMENTO DO TABAGISTA NA
ESTRATÉGIA DE SAÚDE DA FAMÍLIA EM TABOQUINHA, BURITIS, MINAS
GERAIS**

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado ao Curso de Especialização em Atenção Básica em Saúde da Família, Universidade Federal de Minas Gerais, para obtenção do Certificado de Especialista, sob orientação do (a) Prof. (a) Silvana Spindola de Miranda.

BURITIS - MG

2015

KARLA CAMPOS BESCKOW

**PROPOSTA DE INTERVENÇÃO PARA TRATAMENTO DO TABAGISTA NA
ESTRATÉGIA DE SAÚDE DA FAMÍLIA EM TABOQUINHA, BURITIS, MINAS
GERAIS**

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado ao Curso de Especialização em Atenção Básica em Saúde da Família, Universidade Federal de Minas Gerais, para obtenção do Certificado de Especialista, sob orientação do (a) Prof. (a) Silvana Spindola de Miranda.

Banca Examinadora

Silvana Spindola de Miranda – Orientadora

Eulita Maria Barcelos – Examinadora

RESUMO

O tabagismo é considerado pela Organização Mundial de Saúde como a maior causa evitável de doença e morte no mundo. Provoca mais mortes prematuras do que a soma das mortes por Síndrome da Imunodeficiência Adquirida, cocaína, heroína, álcool, acidentes de trânsito, incêndios e suicídios. O objetivo deste trabalho foi elaborar uma proposta de intervenção para melhorar o acesso ao tratamento dos tabagistas de Taboquinha, Buritis, Minas Gerais. O estudo contou com uma revisão de literatura sobre as consequências do fumo na saúde e na qualidade de vida da população, utilizando artigos da Biblioteca Virtual em Saúde e artigos científicos disponíveis em bases de dados do Scientific Electronic Library On line – SciELO, além da utilização de manuais do Ministério da Saúde e do Instituto Nacional do Câncer. Para elaborar a proposta de intervenção para a cessação do tabagismo na atenção primária utilizou-se o método do Planejamento Estratégico Situacional. O plano proposto pretende colaborar na construção de melhor acesso aos usuários ao programa de abordagem aos tabagistas e com isso contribuir para a adoção de um estilo de vida mais saudável.

Palavras chave: Tabagismo. Tratamento dos tabagistas. Programa de Saúde da Família. Cessação do tabagismo.

ABSTRACT

Smoking is considered by the World Health Organization as the most preventable cause of disease and death worldwide. Causes more premature deaths than the sum of deaths from acquired immunodeficiency syndrome, cocaine, heroin, alcohol, car accidents, fires and suicides. The objective of this study was to develop a proposal for intervention to improve access to treatment for smokers of Taboquinha, Buritis, Minas Gerais. The study included a review of literature on the consequences of smoking on health and people's quality of life, using articles of the Virtual Health Library and scientific articles available in the Scientific Electronic Library On line databases - SciELO, besides the use manuals of the Ministry of Health and the National Cancer Institute. In preparing the proposal for intervention for smoking cessation in primary care used the method of Situational Strategic Planning. The proposed plan aims to collaborate in the construction of better access to the users to approach smokers program and thereby contribute to the adoption of a healthier lifestyle.

Keywords: Smoking. Treatment of smokers. Family Health Program. Smoking cessation.

SUMÁRIO

1. INTRODUÇÃO.....	7
2. JUSTIFICATIVA.....	13
3. OBJETIVOS.....	14
4. METODOLOGIA.....	15
5. BASES CONCEITUAIS.....	16
5.1 Tratamento do tabagista.....	17
5.2 Abordagem cognitivo-comportamental e farmacoterapia.....	18
6. PROPOSTA DE INTERVENÇÃO.....	20
7. CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	25
REFERÊNCIAS.....	27

1. INTRODUÇÃO

Historicamente a região dos Chapadões de Paracatu onde está localizado o município de Buritis, foi habitada presumidamente, por indígenas de diversas tribos nômades. No início do século XVIII os bandeirantes desbravaram a região, cursando os rios à busca de ouro e diamantes e terras férteis. Os primeiros moradores brancos de que se tem notícia foram Francisco Alvares de Carvalho, apossando-se da sua sesmaria, em 1739, no qual iniciou o arraial com o nome de Sítio do Buriti. O ponto escolhido para implantação do núcleo de passagem obrigatória dos que buscavam o eldorado Centro-Oeste, especialmente o rico sertão Goiano. As terras eram de enorme fertilidade, muito propícias à agricultura e as pastagens naturais eram vastas e verdejantes. Esta gama de condições veio provocar a fixação de incontáveis famílias de colonos e outros aventureiros, contribuindo para o crescimento do aglomerado, atual município de Buritis. O topônimo, Buritis, teve sua origem na existência de uma árvore nativa em todo território municipal, denominada "Buriti". Gentílico: buritisense

Em divisão territorial datada de 2001, o município é constituído de 03 distritos: Buritis, São Pedro do Passa Três e Serra Bonita (INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA, 2010)

O município de Buritis está localizado no noroeste de Minas Gerais; Zona de Paracatu a 750 km de Belo Horizonte. O clima é quente, semiúmido; a precipitação pluviométrica média anual é de 1100 mm. A sede do Município é rodeada por serras, onde se localizam chapadas muito utilizadas para a agricultura. A população é de 23.979 pessoas de acordo com Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE) 2013.

Em relação aos aspectos demográficos o município tem uma área total de 5.225,186 km². Sua área urbana tem aproximadamente 18.000 habitantes e a área rural, aproximadamente 6.000 habitantes (IBGE 2013). Tem aproximadamente 8.715 domicílios e aproximadamente 8.00 famílias (IBGE 2010).

Quanto aos aspectos socioeconômicos, o Índice de Desenvolvimento Humano (IDH): 0,672 (ATLAS BRASIL 2013). Segundo o Sistema de Informação da Atenção Básica-SIAB (2010) a taxa de Urbanização é de 75%. A renda familiar rural é R\$ 273,00 e a urbana é R\$370,00

(IBGE 2010). 86,40% da população tem o abastecimento de água tratada e 65% das moradias possuem recolhimento de esgoto por rede pública de segundo dados Secretaria municipal de obras.

As principais atividades econômicas são Agricultura de arroz, feijão, milho, soja, café, sorgo, laranja, armazenamento de cereais, comércio, atividades autônomas e serviço público, responsável pelo maior número de empregos diretos.

Demograficamente município de Buritis tem uma população de 22.737 na área urbana e rural (Quadro 1) (IBGE 2010).

Quadro 1- População de Buritis segundo faixa etária- 2010

>1	1-4	5-9	10-14	15-19	20-25	25-39	40-59	60 e +	Total
542	1346	2218	2437	2222	1843	5309	4617	2201	22737

Segundo o IBGE (2010) e SIAB (2010)

-A taxa de crescimento anual é de 37%

-Densidade demográfica: 4,35 hab./km²

-Taxa de escolaridade: 91,42% alfabetizados

-Proporção de moradores abaixo da linha da pobreza: 27,56%

-População (%) usuária da assistência a Saúde no SUS: 90% (estimativa do município).

Abordando o Sistema Local de Saúde, o Programa Saúde da Família (PSF) foi implantado no município a partir de 1996 e hoje conta com 07 equipes de Estratégia de Saúde da Família (ESF) 01 oitava equipe esta em fase de implantação, quando alcançará 100% de cobertura. O município conta ainda com 06 equipes de saúde Bucal, sendo 02 de modalidade II e 04 de modalidade I, 01 equipe do Núcleo de Apoio de Saúde da Família (NASF) modalidade II, 01 unidade de Centro de Atenção Psicossocial (CAPS), Casa Saúde e Mulher e Núcleo de Prevenção à Violência Contra a Mulher. O Município conta com 01 Unidade Mista de Saúde, de média complexidade e 01 hospital particular, também de média complexidade.

Em relação aos recursos humanos em saúde, a Secretaria Municipal de saúde conta com 222 profissionais médicos, enfermeiros, técnico em enfermagem, farmacêuticos, técnico de Raios-X, fisioterapeutas, psicólogos, dentistas, ASB, TSB, ACS, além dos profissionais que ocupam o cargo administrativo, serviços gerais e outros. A carga horária semanal é de 40 horas de segunda a sexta-feira, sendo que a Unidade Mista de saúde funciona 24 horas por dia, na forma de turnos de trabalho. A equipe de trabalho é composta de servidores efetivos e contratados que se faz por meio de processo seletivo e licitação.

Os recursos da comunidade, inclui a área de saúde (hospitais, clínicas, laboratórios, escolas, creches, igrejas, etc.). O Município conta com um hospital particular conveniado ao SUS, duas clínicas médicas, também particulares e não conveniadas, quatro laboratórios de análises clínicas, 05 escolas municipais, 03 escolas estaduais, 02 creches 10 igrejas católicas e inúmeras outras evangélicas.

Serviços existentes: O Município possui serviço de água, telefonia fixa e móvel (três operadoras), uma agência dos correios e quatro agências bancárias

A área de abrangência é constituída de 507 famílias e totalizando em 1.617 habitantes.

O nível de alfabetização é considerado satisfatório, pois possui 90,74% de pessoas alfabetizadas. O nível de desemprego é preocupante, as taxas de desemprego são relativamente elevadas, principalmente entre jovens. Os maiores empregadores são a prefeitura, o comércio e a agricultura.

A Unidade básica de saúde: ESF III – Taboquinha localiza-se à Avenida Nossa Senhora da Pena, nº 484, Bairro Taboquinha, com fácil acesso aos moradores do Bairro Planalto.

Seu horário de Funcionamento: é de 07h30min as 11h30min e de 13h30min as 17h30min, de segunda a sexta-feira.

Os recursos humanos disponíveis são 12 servidores, todos contratados e com carga horária de 40 horas semanais, sendo: 01 médico, 01 enfermeiro, 01 Técnico em enfermagem, 01 recepcionista, 03 agentes comunitários de saúde, 01 dentista, 01 Auxiliar de saúde bucal, 03 Auxiliares de serviços gerais.

A Unidade de Saúde ESF III Taboquinha funciona em prédio próprio, com salas para médico, enfermeiro, vacinas, Agentes Comunitárias de Saúde (ACS), recepção, consultório dentário, dispensação, um auditório, dois banheiros, sala de escovação e cantina. Conta ainda com cinco computadores, duas impressoras, cadeiras na recepção para usuários em espera, um trio, aparelhagem completa para serviços odontológicos. Todos os serviços oferecidos aos usuários são realizados na Unidade de Saúde.

Ações de promoção e prevenção têm como objetivo intervir no processo de adoecimento dos usuários do SUS. A prefeitura do município propõe desenvolver, através das unidades básicas de saúde, diversas ações de promoção e prevenção, como a oferta do tratamento do tabagismo que foi proposta no intuito de prevenir as doenças crônicas não transmissíveis e os agravos decorrentes das mesmas (TURCI, 2008),

No contexto dos serviços de saúde, a realização do Curso de Estratégia de Saúde da Família (CEABSF), além de ampliar minha visão em relação aos processos de gestão da assistência na Atenção Primária à Saúde (APS), instrumentalizou-se para elaboração de um plano de ação visando à organização do processo de trabalho, identificação de nós críticos e o estabelecimento de estratégias para ampliação do acesso dos usuários ao tratamento do tabagismo.

O programa de cessação do tabagismo visa qualificar e planejar as ações de prevenção e tratamento do tabagismo realizado na atenção primária. E a oferta de tratamento dos tabagistas se dá nos moldes propostos pelo Instituto Nacional do Câncer (INCA) e Ministério da Saúde (MS). No entanto, os grupos de tabagismo realizados pela Unidade são ineficientes, uma vez que não tem continuidade. Diante desta realidade, iniciamos a discussão para

execução de um plano que pudesse contribuir para o sucesso deste programa de tratamento do tabagista, através de alternativa baseada em técnicas cognitivas comportamentais e na elaboração do plano de ação.

A Organização Mundial de Saúde considera o tabagismo como a maior causa evitável de doença e morte no mundo. Causando mais mortes prematuras do que a soma das mortes por AIDS, cocaína, heroína, álcool, acidentes de trânsito, incêndios e suicídios (OMS, 2005).

Nos dias de hoje, morrem cerca de 5 milhões de tabagistas no mundo, sendo 200 mil no Brasil. A cessação do tabagismo é a estratégia isolada mais eficaz para a redução da morbimortalidade por doenças coronarianas. Além disso, parar de fumar aumenta a expectativa e a qualidade de vida (OMS, 2005).

De um modo geral, quando conseguem parar definitivamente de fumar, as pessoas já fizeram 3 a 5 tentativas, sem êxito. Cerca de 80% dos tabagistas querem parar de fumar, mas somente 3% conseguem a cada ano, sem ajuda profissional. Entre tabagistas que não conseguem parar espontaneamente, 40 a 50% apresentam graus leves de dependência à nicotina, com a possibilidade de abandonarem o tabagismo através de abordagens breves, que podem ser realizadas por qualquer profissional de saúde, em qualquer local (unidades básicas de saúde, unidades de referência secundária, serviços de urgência, hospitais, consultórios médicos e odontológicos, etc.). São intervenções com 3 a 10 minutos de duração, que demandam uma capacitação mínima dos profissionais, tem baixo custo e são muito abrangentes. Os restantes 50 a 60% dos tabagistas, que não conseguem abandonar o tabaco com abordagens breves, necessitando de um acompanhamento especializado – a abordagem intensiva - baseada em técnicas cognitivo-comportamentais. (INCA, 2010)

A terapia cognitivo-comportamental, apesar de apresentar maiores taxas de cessação, necessita uma capacitação mais aprofundada dos profissionais, tem custo mais elevado e menor abrangência, em virtude do tipo e do tempo de acompanhamento. Alguns indivíduos, pelo grau de dependência a nicotina necessitarão, também, de um apoio medicamentoso. O ministério da saúde fornece adesivos, pastilhas e bupropiona. Para fornecimento destas medicações é necessário que o usuário esteja inserido nos grupos de terapia cognitivo comportamental. (BRASIL, 2004)

Em se tratando da relação de custo benefício por ano de vida salva, o tratamento do tabagismo é muito mais efetivo que o das doenças por ele causadas ou agravadas. Abordagem

breve U\$ 748; reposição de nicotina: U\$ 4100; tratamento Hipertensão Arterial: U\$ 11 mil; tratamento do Câncer de Pulmão: U\$ 16 mil; tratamento do Infarto do Miocárdio: U\$ 55 mil; tratamento Hipercolesterolemia: U\$ 65 mil (INCA 2001).

Atualmente a rede de assistência não atende a demanda de tabagistas adequadamente, neste âmbito toma-se importante o estudo referente a uma proposta de intervenção para acesso ao tratamento do tabagista de forma integral e adequada, baseado em técnicas cognitivo-comportamentais.

2. JUSTIFICATIVA

Atualmente, as unidades que ofertam o programa de abordagem intensiva aos tabagistas, trabalham nos moldes do protocolo do INCA/MS, realizam grupos de 10 a 15 pessoas ou individualmente, com duração de um ano de seguimento. Os grupos têm a participação de pelo menos um profissional de saúde nível universitário, capacitado para abordagem e o tratamento do tabagismo de acordo com a metodologia proposta por esta referida instituição, baseada em evidências científicas (BRASIL, 2004).

Em virtude da alta prevalência de tabagistas no município e na dificuldade para iniciar o grupo operacional para a cessação do tabagismo na ESF III, no município de Buritis através das 10 unidades de saúde da cidade, onde nenhuma realiza a abordagem ao tabagista de forma integral e coletiva, principalmente no que diz respeito à continuidade dos grupos operacionais. Entre as principais causas desta baixa oferta, pode-se apontar a sobrecarga de agenda dos profissionais das equipes de saúde, a dificuldade na organização do programa e na condução dos grupos no nível local.

Para tanto, torna-se necessário melhorar a estruturação do programa de abordagem aos tabagistas e também a implantação e ampliação deste projeto em todas as unidades básicas de saúde do município, para que assim todas as unidades possam trabalhar de forma igualitária suprimindo as necessidades do paciente tabagista.

3. OBJETIVOS

Elaborar uma proposta de intervenção para a ampliação do acesso aos usuários para a cessação do tabagismo na área de abrangência da ESFIII, Taboquinha, bem como para as demais unidades de saúde do município de Buritis.

4. METODOLOGIA

O estudo contou com duas etapas. Primeiro realizamos uma revisão da literatura sobre as consequências do fumo na saúde e na qualidade de vida da população, utilizando publicações nacionais e internacionais, e artigos científicos disponíveis em bases de dados SciELO (Scientific Eletronic Library On Line) além de manuais do Ministério da Saúde e do INCA (Instituto Nacional do Câncer). A segunda etapa foi à elaboração de um plano de intervenção para a ampliação do tratamento do tabagismo na atenção primária de Buritis.

Elaborar uma proposta de intervenção para a cessação do tabagismo na atenção primária se deu a partir da utilização do método do Planejamento Estratégico Situacional (PES), conteúdo apreendido no módulo de Planejamento e Avaliações das Ações de Saúde autoria de Campos; Faria e Santos, (2010).

Segundo Campos; Faria e Santos (2010), todo método de planejamento deve conter passos ou etapas como uma sequencia lógica de ações ou atividades, no seu desenvolvimento. Matus identifica quatro momentos que caracterizam o processo de PES. São eles:

- Momento explicativo: busca-se conhecer a situação atual, procurando identificar, priorizar e analisar seus problemas. Neste momento é que se considera a existência de outros atores, com explicações diferentes sobre os problemas.
- Momento normativo: momento de elaboração de propostas de solução dos problemas identificados, priorizados e analisados.
- Momento estratégico: momento de analisar e construir viabilidade para as propostas de solução, elaborando estratégias se atingir os objetivos.
- Momento tático-operacional: quando o plano é executado. Neste momento devem ser estabelecidas e implementadas as formas de gerir, acompanhar e avaliar o plano.

Esses momentos, apesar de serem específicos, estão inter-relacionados e, de forma bastante dinâmica, se complementam.

5. BASES CONCEITUAIS

“Um dos conceitos de qualidade de vida é valorizar parâmetros mais amplos do que apenas o controle de sintomas físicos ou psicológicos, a diminuição da mortalidade ou o aumento da expectativa de vida” (MOREIRA *et al.*, 2011, p 330).

Qualidade de vida pode ser entendida também como fator fundamental para saúde do ser humano, englobando fatores básicos para como sentir-se bem e ter um bem estar físico e mental. (MOREIRA *et al.*, 2011)

O uso de algumas substâncias psicoativas e suas consequências pode constituir um dos fatores que interferem na qualidade de vida. A dependência ao fumo esta entre elas, pois piora a saúde e a qualidade de vida da população, uma vez que é um dos principais fatores de risco para doenças e incapacidades (MOREIRA *et al.*, 2011).

“A sociedade aceita cada vez menos o tabagismo faz com que um número cada vez maior de tabagistas deseje parar de fumar. Vem contribuindo para isso as ações educativas, legislativas e práticas do Programa nacional de controle ao tabagismo.” (INCA, 2010, p 100)

“O tabagismo está relacionado a uma elevada morbimortalidade, é responsável por cerca de 5 milhões de mortes ao ano e considerado pela OMS como a maior causa de morte evitável e que mais cresce no mundo” (OMS, 2003, p. 4).

“80% dos fumantes desejam parar de fumar, mas apenas 3% o conseguem a cada ano – desses, a maior parte (95%) sem ajuda. O restante necessita de apoio formal, o que demonstra que a conscientização do profissional [...] deve ser estratégia fundamental” (INCA, 2010 , p 100).

O choque do tabagismo e principalmente patologias consequentes a ele relacionados, na vida do indivíduo, tem sido medido a partir do conceito de qualidade de vida, pela OMS (The WHOQOL Group -THE WORLD HEALTH ORGANIZATION QUALITY OF LIFE, 1994, p. 42) que é "a percepção do indivíduo de sua posição na vida, no contexto da cultura e sistema de valores nos quais ele vive e em relação aos seus objetivos, expectativas, padrões e preocupações” (CASTRO *et al.*, 2007).

Alguns estudos comparam a qualidade de vida de tabagistas e não tabagistas, onde o ponto comum observado foi que, os não tabagistas têm melhor qualidade de vida. No que diz respeito à cessação do tabagismo, diversos estudos o relacionaram à melhora da qualidade de vida, configurando assim uma excelente maneira para motivar os tabagistas a pararem de

fumar. Utilizando o contexto relacionado à qualidade de vida, pode-se medir a eficácia terapêutica principalmente naqueles indivíduos usuários de substâncias psicotativas. “Neste sentido, deve-se ressaltar que muitos fatores interferem no tratamento, tais como: sintomas psiquiátricos, situações sócio-familiar, física e psicológica e gravidade da dependência” (MOREIRA *et al.*, 2011, p 333).

Nota-se um aumento considerável do tabagismo no sexo feminino em relação aos homens, mesmo a prevalência deste hábito ser maior no sexo masculino. Este exemplo pode ser observado nos países desenvolvidos onde a tendência à cessação do tabagismo é maior em homens e este mesmo parâmetro não é observado nas mulheres. Ou seja, os homens tem maior território de fumantes, porém a população de mulheres tabagistas vem aumentando consideravelmente ao passo que os homens estão deixando deste hábito com maior frequência o que não é observado em relação às mulheres (VIEGAS *et al.*, 2004).

Alguns fatores são fundamentais para alcançar o sucesso da cessação do hábito de fumar e podem ser caracterizada como aquelas relacionadas ao grau de dependência, personalidade do paciente, motivação pessoal, gravidade da abstinência. Existem também ações de apoio profissional, com a formação e condução de grupos operativos para tabagistas com profissionais capacitados associados à infraestrutura adequada para maior suporte aos fumantes e continuidade do programa, também são fatores ligados ao coletivo que contribuem para objetivo final que é a cessação do tabagismo (VIEGAS *et al.*, 2004).

O Programa Nacional de Controle do Tabagismo (PNCT) objetiva diminuir a prevalência de fumantes associado à redução da morbimortalidade que se relaciona com o uso do tabaco e seus derivados no Brasil, agindo através de ações educativas e atenção à saúde, com o intuito de prevenir a iniciação do tabagismo, promover a cessação do de fumar e proteção da população contra a fumaça liberada pelo cigarro, reduzindo o dano ambiental, individuais e sociais relacionados a esta exposição (INCA, 2003).

5.1 TRATAMENTO DO TABAGISTA

O principal objetivo na assistência aos tabagistas é oferecer tratamento da dependência a nicotina com foco na cessação do tabagismo (SANTOS, 2011).

Um estudo aponta que há uma elevada redução da mortalidade em relação ao tabagismo associado a um baixo custo e que recomendam fortemente a ampliação de oferta de tratamento aos tabagistas. Deve-se realizar um treinamento de habilidades para solução de problemas visando reconhecer as situações de risco relacionadas ao tabagismo, além de desenvolver estratégias para driblar situações em qualquer que seja o estágio motivacional. Aqueles pacientes que aceitam escolher uma estratégia para mudança de hábitos podem ser bons candidatos à um tratamento mais estruturado associado ou não ao uso de medicação (SANTOS, 2011).

Os medicamentos usados no apoio à cessação do tabagismo têm importante papel no processo, que é o de minimizar os sintomas da síndrome de abstinência da nicotina. Deve ser empregado de forma usada a abordagem cognitivo-comportamental, e nunca de forma isolada (INCA, 2010).

Segundo o Ministério da Saúde o apoio medicamentoso é feito para os seguintes pacientes:

1. tabagistas pesados, ou seja, que fumam 20 ou mais cigarros por dia;
2. tabagistas que fumam o 1º cigarro até 30 minutos após acordar e fumam no mínimo 10 cigarros por dia;
3. tabagistas com escore do teste de Fagerström, igual ou maior do que 5, ou avaliação individual, a critério do profissional;
4. tabagistas que já tentaram parar de fumar anteriormente apenas com a abordagem cognitivo-comportamental, mas não obtiveram êxito devido a sintomas da síndrome de abstinência;
5. não haver contra-indicações clínicas. (INCA, 2001, p.16)

5.2 ABORDAGEM COGNITIVO-COMPORTAMENTAL E FARMACOTERAPIA

Atualmente existem dois grandes grupos para abordagem aos pacientes que desejam parar de fumar. São elas a abordagem cognitivo-comportamental e alguns medicamentos (INCA, 2001).

A abordagem cognitivo-comportamental se relaciona com a intervenção cognitiva com habilidades comportamentais. Para que seja possível a utilização deste método, é necessária a detecção de situações de risco de recaída; desenvolvimento de estratégias de enfrentamento, auto-monitorização, controle de estímulos, técnicas de relaxamento. Em resumo, são abordagens que envolvem principalmente o auto-controle para que o indivíduo possa aprender como escapar do ciclo vicioso da dependência mudando seu próprio comportamento (INCA, 2001).

Já a farmacoterapia pode ser utilizada como apoio em determinadas situações daqueles que desejam parar de fumar. O principal objetivo é facilitar a abordagem cognitivo-comportamental, que é de fato, a base para a cessação do tabagismo (INCA, 2001).

O tratamento medicamentoso pode ser feito através da Terapia de Reposição de Nicotina (TRN), entre elas podem ser usados a goma de mascar, inalador oral, adesivo transdérmico, spray nasal, comprimido sublingual e a bupropiona, que é um medicamento não nicotínico muito utilizado para controle e cessação do tabagismo, agindo como antidepressivo (INCA, 2001).

O adesivo, a goma e a bupropiona, são as TRN disponíveis no país. O tratamento varia de acordo com a escolha médica juntamente com a disponibilidade do paciente, podendo ser usados de forma isolada ou combinada (INCA, 2001).

O Programa de Tratamento de Tabagismo propõe um Consenso de Abordagem e Tratamento do Tabagista. A avaliação inicial com uso de questionário padronizado sobre história tabágica, presença de comorbidades, grau de dependência de nicotina (Teste de Fagerstrom) e estágio motivacional é a primeira recomendação. A segunda trata-se da participação dos usuários em grupos de terapia cognitivo-comportamental com sugestão de encontros semanais no primeiro mês, quinzenais no segundo mês e mensais nos demais 10 meses. As quatro primeiras sessões terapêuticas trazem roteiro bastante estruturado a partir de um manual padronizado para cada uma delas. A terceira recomendação é o uso de apoio medicamentoso para pacientes com elevado e muito elevado grau de dependência (BRASIL, 2004).

6. PROPOSTA DE INTERVENÇÃO

Mediante a dificuldade para iniciar o grupo operacional para a cessação do tabagismo, vimos à necessidade de elaborar uma proposta de intervenção com a participação de todos os membros da equipe de saúde III/Taboquinha. Mas antes de iniciar a apresentação do plano de ação é importante destacar que foram feitos encontros com todos os participantes do NASF, outros médicos que atuam no município, gestores de saúde entre outros, para que assim todas as dúvidas fossem esclarecidas e visando o apoio de todos na participação do grupo para cessação do tabagismo. É importante salientar o envolvimento do agente comunitário de saúde em todo o processo, como elo para a busca ativa e promoção da adesão dos tabagistas aos grupos terapêuticos.

Os médicos das unidades serão responsáveis pela avaliação clínica inicial de todos os tabagistas, pelo referenciamento de casos que necessitem de avaliação complementar, pela prescrição dos medicamentos nos casos indicados e pelo acompanhamento clínico (consulta mensal, no mínimo) dos mesmos.

A coordenação do cuidado e seguimento individual dos tabagistas será realizada pelos profissionais que conduzem os grupos e compartilhados com os profissionais médicos.

Será realizada uma palestra motivacional aos usuários interessados em participar da abordagem intensiva do tabagismo, para esclarecimento do cronograma das atividades e verificação de sua disponibilidade para comparecerem nas reuniões dos grupos. Esta ação visará reduzir perdas de acompanhamento e propiciar acesso aos usuários mais motivados, aumentando a efetividade da abordagem.

O tratamento em grupo compreenderá quatro sessões semanais no primeiro mês, seguidas de duas sessões quinzenais no segundo mês e uma sessão mensal no terceiro mês. Na sequência, haverá mais três sessões mensais de manutenção, para as quais todos os usuários deverão ser encaminhados. A metodologia das sessões adota como fundamento teórico as técnicas cognitivo-comportamentais. Nesta perspectiva, é também importante que os tabagistas sejam mobilizados a refletir sobre mudanças no estilo de vida, como mudanças cognitivo-comportamentais, prática de exercícios físicos, adoção de alimentação saudável, etc.

As atribuições do NASF será programar junto com os coordenadores dos grupos os insumos necessários (manuais e medicamentos), organizar a distribuição dos mesmos. Solicitar a presença do farmacêutico no terceiro encontro dos grupos de terapia cognitivo-comportamental para auxiliar na orientação sobre as medicações.

Participação da equipe de saúde bucal, nutricionistas e outros profissionais nas sessões de manutenção também foi orientada para melhor adesão e tratamento aqueles que desejam parar de fumar.

Para o desenvolvimento da proposta de intervenção foram identificadas as causas consideradas mais importantes na origem do problema. Para definição destas causas foi utilizado o conceito de “nó crítico”, proposto pelo PES.

“Nó crítico” é um tipo de causa de um problema que quando atacada, é capaz de impactar o problema principal e efetivamente transformá-lo.” O “nó Crítico” traz também a ideia de algo sobre o qual eu posso intervir (CAMPOS; FARIA; SANTOS, 2010,p.65).

Os nós críticos identificados foram 03.

- Dificuldade de alguns profissionais para organização e condução de grupos.
- Falta de infraestrutura para realização dos grupos.
- Indisponibilidade de medicamentos.

Nós Críticos (NC) + Operação/ Projeto de cada nó crítico e recursos necessários para a realização do mesmo:

- **NC 1**

Dificuldade de alguns profissionais para organização e condução de grupos.

Operação/projeto: Capacitação profissional

Objetivo: capacitar dos profissionais que estão atuando na rede quanto à organização e condução de grupos operativos.

Resultado esperado: profissionais capacitados na metodologia de condução de grupos operativos / Grupos formados e conduzidos.

Produto esperado: grupos de tratamento de tabagistas formados e funcionando.

Recursos necessários: instrutores para ministrar a capacitação específica em condução de grupos operativos; Material didático para usuários e profissionais.

- **NC 2**

Falta de infraestrutura para realização dos grupos.

Operação / Projeto: Localização específica

Objetivo: definir os possíveis locais de realização dos grupos previstos, nomes dos educadores físicos, profissionais do NASF e médicos que farão parte do projeto;

Resultado esperado: viabilização de locais para realização dos grupos operativos

Produto esperado: espaços mapeados e definidos para realização dos grupos.

Recursos: Pactuarão com gerentes, profissionais das unidades e parceiros da comunidade; Material didático para usuários e profissionais.

- **NC 3**

Indisponibilidade de medicamentos.

Operação / Projeto: Medicamentos para todos

Objetivo: redimensionar a quantidade de medicamentos repassados pela secretaria de Estado da Saúde (SES).

Resultado esperado: aumento gradativo da quantidade de medicamentos fornecidos; regularidade no fornecimento dos medicamentos para os usuários em tratamento do tabagismo.

Produto esperado: planilhas de acompanhamento corretamente preenchidas e encaminhadas às farmácias. Medicamentos disponíveis.

Recursos: Repactuação com a SES quanto ao aumento gradativo do fornecimento dos medicamentos.

No momento estratégico, foi elaborado o Plano operativo. Os objetivos desse passo são designar os responsáveis por cada operação e definir prazos para a execução das operações.

QUADRO 2: Plano Operativo

Operações/ Projetos	Resultados Esperados	Produtos Esperados	Ação Estratégica	Responsável	Prazo
Capacitação específica dos profissionais que estão atuando na rede quanto à organização e condução de grupos.	Todas as unidades com profissionais capacitados na metodologia de condução de grupos operativos em sua área de abrangência.	Grupos operativos de tratamento aos tabagistas formados e em funcionamento	Não é necessária	Secretaria de Saúde e Profissionais de Saúde	Abril a Set/2015
Definir Locais para a realização dos grupos e profissionais que farão parte do projeto	Mapear e definir espaços para realização dos grupos operativos.	Locais mapeados e definidos para realização dos grupos operativos	Apresentar o mapeamento e os planos para a secretaria de saúde, NASF e demais colaboradores do projeto.	Madalena- Coordenadora da Atenção Básica de Saúde do município	Abril/2015
Repasse da quantidade de e de quais medicamentos a serem utilizados	Regularizar o fornecimento dos medicamentos para os tabagistas em	Acompanhar a distribuição de medicamentos e repassar a farmácia responsável.	Apresentar o plano a Secretaria de Saúde e a Farmácia local.	Coordenadora da Atenção Básica, Farmácia Local e Profissionais	3/3 meses a partir do início do programa de cessação

	tratamento.			envolvidos no projeto.	do tabagismo
--	-------------	--	--	------------------------	--------------

As reuniões mensais com a Equipe de Saúde da Família e NASF para avaliação e monitoramento das atividades serão realizadas durante a fase de implantação do plano de intervenção.

O acesso dos usuários ao tratamento que é definido conforme o número de tabagistas avaliados pelo programa em relação ao total de tabagistas estimados para a população do município é um indicador que avalia a efetividade e o impacto do Programa de Cessação do Tabagismo no SUS. (SANTOS, 2011)

Após a implantação da proposta de intervenção serão realizadas avaliações semestrais do plano de ação.

7. CONSIDERAÇÕES FINAIS

O controle do tabagismo é importante para evitar o adoecimento ou a piora da saúde da população. Dessa forma a equipe do PSF exerce importante papel na conscientização da população atendida acerca dos males causados à saúde e no apoio aqueles que desejam abandonar o hábito de fumar.

Muitos malefícios causados pelo uso do tabaco muitas vezes são percebidos somente após anos ou décadas do início do uso e diante dessa realidade nota-se a importância da realização do controle dessa doença que é o tabagismo.

A equipe de saúde do PSF está envolvida no auxílio aos usuários de tabaco, com ações de promoção, prevenção, assistência à saúde e reabilitação da saúde destes pacientes. Entre elas ofertamos o tratamento do tabagismo, prevenindo assim as doenças relacionadas ao uso do tabaco e aos agravos relacionados ao mesmo.

Os agentes comunitários de saúde devem alertar os moradores das suas micro áreas sobre os riscos advindos do uso do tabaco e incentivá-los a participar dos grupos de apoio desenvolvidos na UBS. Neste momento sentido, os dentistas, o enfermeiro e o médico podem atuar tanto na sensibilização dos que procuram por atendimento e são tabagistas como na condução dos grupos. Por fim, o médico também participa do processo com a prescrição dos medicamentos de apoio e no tratamento de problemas de saúde decorrentes do uso do tabaco já instalados.

É importante ressaltar que ao desenvolver ações que cultivam hábitos saudáveis na população da nossa área de abrangência estamos apostando na promoção da saúde que transcende a visão reducionista que trabalha com o conceito de saúde como ausência de doença. Cabe a todos os profissionais da equipe o esforço de investir na melhoria do modo de viver cotidiano.

Portanto, o controle do tabagismo pode e deve ser incluído na área de promoção da saúde uma vez que o seu abandono resulta em prevenção de incapacidade e mortes causadas por varias doenças. E, em razão disso, as equipes de PSF devem desenvolver ações no sentido de auxiliar aqueles que desejam deixar o hábito de fumar e sensibilizar, em relação aos males advindos do fumo, aqueles que não fumam e aqueles que fumam e não desejam cessar o uso do tabaco.

De posse das informações encontradas haverá necessidade de repassar essas informações aos demais profissionais que integram a minha equipe de trabalho e assim teremos maiores possibilidades para auxiliar os tabagistas no enfrentamento das dificuldades em abandonar e permanecer sem o uso do tabaco. Acreditamos também que a expansão deste projeto para toda a rede assistencial primária no município, com a ajuda de outros profissionais para a formação e condução dos grupos, onde todos poderão ter acesso ao tratamento, contribuirá para que possamos enfrentar os problemas atuais relacionados ao tabagismo, prevenindo assim a morbidade e a mortalidade dos usuários.

REFERÊNCIAS

BRASIL. Ministério da Saúde. **Plano de Implantação da Abordagem e Tratamento do Tabagismo na Rede SUS**: Brasília, Distrito Federal: INCA, 2004. Disponível em:

http://www.inca.gov.br/tabagismo/publicacoes/plano_abordagem_sus.pdf>. Acesso em: 14 mar. 2015.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria GM/MS 1035/04, de 31 de maio de 2004, **Diário Oficial da União**. Brasília. 1 de Junho de 2004.

CAMPOS, F.C.; FARIA H.P.; SANTOS, M.A. **Planejamento e avaliação das ações de saúde**. NESCON/UFMG - Curso de Especialização em Atenção Básica em Saúde da Família. 2. ed. Belo Horizonte: Coopmed, 2010. 114p.

CASTRO, M. G. et al. Qualidade de vida e gravidade da dependência de tabaco. **Revista de Psiquiatria Clínica**. São Paulo. v.34, n.2:61-67, 2007.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA (IBGE). **Censo demográfico de 2010**. Rio de Janeiro: IBGE, 2010.

BRASIL. INSTITUTO NACIONAL DE CÂNCER (INCA). **Abordagem e tratamento do fumante - consenso 2001**. Rio de Janeiro: Inca; 2001.

BRASIL. INSTITUTO NACIONAL DE CÂNCER (INCA). Ministério da Saúde. Programa Nacional do Controle do Tabagismo e Outros Fatores de Risco de Câncer. **Modelo Lógico e Avaliação**. Rio de Janeiro: Inca; 2003.

BRASIL. INSTITUTO NACIONAL DE CÂNCER (INCA). **Inquérito domiciliar sobre comportamento de risco e morbidade referida de doenças e agravos não transmissíveis: Brasil, 15 capitais e Distrito Federal, 2002-2003**. Rio de Janeiro: INCA, 2004.

MOREIRA, T.C. et al. Qualidade de vida em tabagistas que buscaram auxílio para deixar de fumar por meio de aconselhamento telefônico. **Revista Brasileira de Cancerologia**. Brasília. v. 57 n.3:329-335, 2011.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE (OMS). The WHOQOL Group: The development of the World Health Organization Quality of Life assessment instrument (the WHOQOL). In: ORLEY, J., KUYKEN, W. (eds.). **Quality of Life Assessment: international perspectives**. Springer-Verlag, Berlin, pp. 41-57, 1994.

PEREIRA, E.F. et al. Qualidade de vida: abordagens, conceitos e avaliação. **Rev. bras. Educ. Fís. Esporte**, São Paulo, v.26, n.2, p.241-50, abr./jun, 2011

SANTOS, J.D.P. **Avaliação da efetividade do programa de tratamento do tabagismo no sistema único de saúde**. Porto Alegre. Dissertação de mestrado. Faculdade de Medicina. UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO SUL, 2011.

SILVEIRA D.V.; OLIVEIRA D.F.; SANTOS J.D.P. **Instrumentos para avaliação do tabagismo; uma revisão sistemática**. Monografia apresentada ao Núcleo de Saúde Coletiva da Universidade Federal de Minas Gerais. Belo Horizonte. 2008. 55f.

TURCI, M.A., (Org.) **Avanços e desafios na organização da Atenção Básica à Saúde em Belo Horizonte**. Belo Horizonte, Secretaria Municipal de Saúde de Belo Horizonte: HMP Comunicação, 2008.

VIEGAS, C.A. et al. Diretrizes para cessação do tabagismo. **Jornal Brasileiro de Pneumologia**. São Paulo, v. 30, sup.2:1-76, 2004.