

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

GREYDIS HERNANDEZ NAPOLES

TABAGISMO: IMPLANTAÇÃO DO PROGRAMA DE CONTROLE
NO MUNICÍPIO DE ACAIACA- MG

ACAIACA-MG

2015

GREYDIS HERNANDEZ NAPOLES

**TABAGISMO: IMPLANTAÇÃO DO PROGRAMA DE CONTROLE
NO MUNICÍPIO DE ACAIACA, MG**

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

Orientadora : Prof^a. Eulita Maria Barcelos

ACAIACA-MG

2015

GREYDIS HERNANDEZ NAPOLES

**TABAGISMO: IMPLANTAÇÃO DO PROGRAMA DE CONTROLE
NO MUNICÍPIO DE ACAIACA, MG**

BANCA EXAMINADORA

Prof^a. Eulita Maria Barcelos

Prof^a. Rosiene Maria de Freitas

Aprovado em Belo Horizonte em ____ / ____ 2015

DEDICATÓRIA

A meus pais e filha por seu apoio incondicional. A meu esposo Ricardo León por formar parte de minha preparação profissional. A minha professora Eulita Maria Barcelos, por sempre estar disposta a brindar seus conhecimentos com humildade e doçura.

AGRADECIMENTOS

Para minha equipe de saúde por seu apoio para a realização deste projeto
Para os pacientes tabagistas que deram seu consentimento para participar no mesmo.
Para minha professora orientadora Eulita Maria Barcelos, por sua ajuda incondicional. Para todos os que contribuíram na realização deste projeto, meu sincero agradecimento.

RESUMO

O tabagismo é considerado um grave problema de saúde pública pelo elevado índice de tabagistas e as consequências para a saúde, como infarto agudo do miocárdio, câncer em diferentes localizações, doenças cerebrovasculares, respiratórias crônicas que vão aumentando a cada dia. O interesse em estudar o tabagismo surgiu a partir da avaliação de dados epidemiológicos colhidos pela equipe de saúde, que identificou um número significativo de fumantes na área de abrangência. Sendo assim, o presente estudo objetivou diminuir a prevalência de pacientes fumantes no município Acaiaca- MG. Por meio da elaboração de um projeto de intervenção, de acordo com o Programa Nacional de Controle do Tabagismo, conforme princípios do Planejamento Estratégico Situacional, com a participação do equipe multidisciplinar: a farmacêutica, o psicólogo, a enfermeira, a médica clínica geral. Foram utilizados medicamentos que ajudam no manejo dos sintomas do Síndrome de Abstinência à Nicotina, como os adesivos de nicotina na terapia de reposição de nicotina e os antidepressivos como a bupropiona e a nortriptilina, tendo os melhores resultados do abandono do hábito com a terapia combinada, além do tratamento não farmacológico, utilizando a Terapia Cognitiva -Comportamental. A maioria dos fumantes relatou que decidiu parar de fumar por problemas de saúde pessoal e da família e por solicitude a seus familiares. A causa mais frequente que impede a adesão ao tratamento são os transtornos emocionais como a ansiedade e a tristeza. Para a fundamentação teórica foi realizada uma pesquisa narrativa da literatura na base de dados *Scientific Electronic Library Online* (SciELO) e Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde (LILACS). Como critérios de inclusão foram selecionadas publicações em português, no período de 2004 a 2014, abordando a temática em estudo, com a exclusão de publicações que não tratam exclusivamente da temática bem como aquelas indisponíveis ou repetidas. O Plano de Ação proposto visa minimizar o índice do tabagismo no município, por meio de propostas como modificar hábitos e estilos de vida inadequados, aumentar o nível de informação dos tabagistas sobre as consequências para a saúde do indivíduo, auxiliar e oferecer ferramentas ao fumante para lidar com a Síndrome de Abstinência e como vencer o estresse. Espera-se que a implementação deste plano de intervenção sirva de incentivo para a formação de outros grupos para tabagistas visando melhorar os indicadores de saúde pública e a diminuição de mortalidade decorrente das doenças tabaco-relacionadas.

Palavras-chave : Saúde da Família. Planejamento em Saúde. Prevenção em Saúde. Tabagismo. Problema de saúde.

ABSTRACT

Smoking is considered a serious public health problem by the high rate of smoking and health consequences, such as acute myocardial infarction, cancer in different locations, cerebrovascular disease, chronic respiratory which are increasing every day. The interest in studying smoking emerged from the evaluation of epidemiological data collected by the health team, which identified a significant number of smokers in the coverage area. Therefore, this study aimed to decrease the prevalence of smokers in Acaiaca- MG municipality. Through the development of an intervention project, according to the National Programme for Tobacco Control, as principles of the Situational Strategic Planning, with the participation of multidisciplinary team: the pharmaceutical, psychologist, nurse, general practice doctor. Drugs were used to help in managing the symptoms of withdrawal syndrome to nicotine, such as nicotine patches on nicotine replacement therapy and antidepressants such as bupropion and nortriptyline, with the best results from smoking cessation with combined therapy, in addition to the non-pharmacological treatment, using the Cognitive Therapy -Comportamental. Most smokers reported that decided to quit smoking by problems of personal and family health and solicitude to their families. The most frequent cause that prevents adherence to treatment are emotional disorders such as anxiety and sadness. For the theoretical foundation was held a narrative literature search in Scientific Electronic Library Online database (SciELO) and Latin American and Caribbean Health Sciences (LILACS). The inclusion criteria were selected publications in Portuguese, from 2004 to 2014, addressing the theme under study, with the exclusion of publications that do not deal exclusively with the issue as well as those unavailable or repeated. The proposed Action Plan aims to reduce the smoking rate in the city, through proposals modifying habits and styles of inadequate life, increase smokers the level of information on the consequences for one's health, assist and provide tools to the smoker to dealing with withdrawal syndrome and how to beat the estresse. Espera that the implementation of this action plan may encourage the formation of other groups for smokers to improve public health indicators and the reduction of mortality from the disease tabaco- related.

Keywords: Health. Health Planning. Prevention in Health. Smoking. Health problem.

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

CEO- Centros de Especialidades Odontológicas

CRAS - Centros de Referência de Assistência Social

DPOC- Doença Pulmonar Obstrutiva Crônica

ESF – Estratégia Saúde da Família

IBGE – Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística

IDH – Índice de Desenvolvimento Humano

NASF - Núcleos de Apoio à Saúde da Família

ONG- Organizações Não Governamentais .

PIB – Produto Interno Bruto.

PNCT/INCA- Programa de Controle Nacional de Tabagismo/Instituto Nacional de Câncer.

TRN-Terapia de Reposição de Nicotina

UBS – Unidade Básica de Saúde

UPA - Unidade de Pronto Atendimento

WHO- World Health Organization

LISTA DE QUADROS

Quadro 1- Distribuição da população por faixa etária município de Acaiaca - 2014	11
Quadro 2- Recursos humanos da área de saúde do município de Acaiaca - 2014.....	13
Quadro 3- Classificação de prioridades dos problemas identificados no diagnóstico da comunidade de Acaiaca-2014.....	14
Quadro 4- Desenho das operações para os nós críticos do problema tabagismo-2015.....	30
Quadro 5- Recursos críticos para o desenvolvimento das operações definidas para o enfrentamento dos “nós críticos” do tabagismo-2015.....	31
Quadro 6 - Proposta de ações para a motivação dos atores-2015.....	32
Quadro 7- Plano operativo 2015.....	33
Quadro 8- Gestão de plano 2015.....	34

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO.....	11
2 JUSTIFICATIVA.....	17
3 OBJETIVO.....	19
4 METODOLOGIA.....	20
5 REVISÃO DE LITERATURA.....	22
5 PLANO DE AÇÃO	29
6 CONSIDERAÇÕES FINAIS	37
REFERÊNCIAS.....	38
ANEXOS	40

1 INTRODUÇÃO

Acaiaca é um município do estado brasileiro de Minas Gerais, está situado na microrregião 188, na microrregião de Ponte Nova. Encontra-se a 154 km de Belo Horizonte, a capital do estado. É uma cidade na zona da Mata Mineira, conhecida como a princesinha da Zona de Mata, por ser a mais bela e limpa cidade dessa região.

No sec. XVIII, é erguida uma capela em homenagem a São Gonçalo, dando início ao povoamento da região onde hoje está Acaiaca. O povoado que ali surge é batizado de Ubá. Em 1884, torna-se distrito, de Mariana. Em 1874, de distrito passa a freguesia, com o nome de São Gonçalo de Ubá. A denominação de Acaiaca data de 1923. Em 1962 torna-se município, com território desmembrado de Mariana.

O município tem uma população de 3920 habitantes, 2553 na zona urbana e 1367 na zona rural, com um área total de 101.9 km², com uma densidade demográfica de 38.9 hab/km² e um número aproximado de 1261 famílias.

Quadro 1–Distribuição da população por faixa etária município de Acaiaca - 2014

Nº de indivíduos.	>1 ano	1 a 4 anos	5 a 9 anos	10 a 14 anos	15 a 19 anos	20 a 25 anos	25 a 39 anos	40 a 59 anos	60 anos e mais
Área urbana	54	104	181	268	264	261	348	669	404
Área rural	21	87	83	116	108	121	242	299	290
Total	75	191	264	384	372	382	590	968	694

Fonte: Acaiaca (2014)

No município há um predomínio da idade adulta, ou seja, que corresponde a faixa de etária de 20 a 59 anos, são 1558 pessoas, que representa 40.7% da população total (IBGE, 2013).

A taxa de crescimento populacional anual do município é de 1.42%, com uma densidade demográfica de 38,5 hab/km². A taxa de escolarização é de 0.787%. A taxa de moradores abaixo da linha de pobreza é de 32.11%. O índice de desenvolvimento da educação básica é 6.2. A população usuária da assistência à saúde no SUS é de 99.1%.

Em relação ao saneamento básico, a cobertura do abastecimento de água tratada corresponde a 94.3%, mas na prática, foi encontrado um elevado número de pacientes com amebíase intestinal, o que evidencia que o tratamento não é feito adequadamente. O escoamento de esgoto por rede pública corresponde a 84.2%, a coleta do lixo é diária.

As reuniões são a cada dois meses. O Programa Saúde da Família foi implantado em Acaiaca em 1991, conta com 02 equipes da ESF, 01 na zona urbana e 01 na zona rural, 02 equipes de saúde bucal, não tem NASF, e o CEO funciona no município de referência em Ponte Nova, onde atende a odontóloga da unidade. Os pacientes são referenciados aos hospitais de Ponte Nova e às diferentes especialidades; e a dificuldade encontrada no sistema de contrarreferência, dá-se porque a atenção secundária nem sempre referencia o paciente à unidade de saúde, o que dificulta o acompanhamento. As redes de média e alta complexidade se encontram na cidade de Ponta Nova e Belo Horizonte.

Os principais postos de trabalho no município encontram-se na agricultura e pecuária, arredor de 70% da população estão empregados. A principal fonte de recursos são vacas leiteiras. Suas pastagens ocupam quase todo o território.

Geralmente no município a população mora em condições normais, só 38 famílias precisam de ajuda da prefeitura e da assistência social para viver, a principal fonte de alimentação é o leite e seus derivados, as carnes de porco, vaca, frango, verduras e legumes.

A comunidade conta com 01 posto de saúde, 01 ambulatório para a atenção de urgências que tem dificuldades com a cobertura médica, 06 escolas, 03 estaduais e 03 municipais e 02 igrejas. Conta com o serviço de luz

elétrica, água, telefonia claro, correio, não tem agências bancárias.

A Unidade Básica de Saúde se encontra localizada no centro na cidade , com um bom acesso para todas as pessoas e tem um funcionamento de 8:00 às 17:00 horas com intervalo para o almoço.

Os recursos humanos se encontram distribuídos da seguinte forma :

Quadro 2- Recursos humanos da área de saúde do Município de Acaiaca -2014

Recursos Humanos	Número de profissionais	Carga horária de trabalho semanal
Enfermeira	01	40 hrs
Médicos	04	01 médico do Programa Mais Médicos, 32 horas 01 clínico geral, 20 horas 01 ginecologista sextas feiras, 04 horas. 1 pediatra terças feiras, 04 horas
Técnicos de enfermagem	04	40 horas
Farmacêutico	01	30 horas
Nutricionista	01	30 horas
Psicólogo	01	20 horas
Odontologa	01	40 horas.

Fonte: Acaiaca (2014).

A unidade básica tem uma estrutura física bem distribuida para desenvolver os programas preconizados pelo Ministério de Saúde, mas poderia ser melhor pois não tem uma sala para reuniões, o que faz muita falta, necessita de mais cadeiras ou bancos na recepção para melhorar a acomodação dos pacientes e a construção de uma sala para depósitos dos materiais . Tem materiais disponiveis para execução dos procedimentos.

Por meio da realização do diagnóstico situacional realizado pela equipe

de saúde foram identificados na comunidade vários problemas: o alto índice de pacientes com mau controle da Diabetes Mellitus tipo 2 e da hipertensão arterial, o alto índice de alcoolismo, o elevado número de pacientes com obesidade e o elevado índice de tabagismo, com aproximadamente 42% da população.

Após reunião com a equipe para discussão da análise situacional, tornou-se possível listar bem como priorizar os cinco maiores problemas relacionados à área de abrangência da ESF.

Muitos problemas levantados estão fora do alcance de resolutividade da equipe. Então foi necessário seguir os critérios de seleção: a importância do problema na comunidade, o grau de urgência que a doença apresenta e a própria capacidade de enfrentamento do problema pela equipe (CAMPOS; FARIA; SANTOS, 2010). Segue abaixo a classificação das prioridades relacionadas aos problemas identificados no diagnóstico situacional da área de abrangência do município Acaiaca segundo avaliação da equipe.

Quadro 3- Classificação de prioridades dos problemas identificados no diagnóstico da comunidade de Acaiaca-2014.

Principais problemas	Importância	Urgência	Capacidade de enfrentamento	Seleção
Elevado índice de pacientes tabagista	Alta	9	Parcial	1
Elevado índice de pacientes alcoólatras	Alta	8	Parcial	2
Alto número de pacientes com Diabetes Mellitus descompensada	Alta	8	Parcial	2
Baixa adesão do tratamento	Alta	7	Parcial	3

em pacientes com hipertensão arterial.				
Elevado número de pacientes obesos.	Alta	7	Parcial	3

Fonte: a própria autora, (2014).

O problema selecionado foi o elevado número de pacientes com hábito de fumar, onde 28% da população, entre os maiores de 15 anos ,é fumante, sendo este um importante fator de risco para doenças cardiovasculares, cérebrovasculares, que são as principais causas de morte no município, de doenças metabólicas, como a Diabetes Mellitus e de câncer em diferentes níveis. Os fumantes também constituem um risco importante para a saúde das pessoas que moram ou trabalham perto de um fumante, os fumantes passivos, como são conhecidos. O tabaco é proveniente da América Central, utilizado inicialmente por nativos em cerimônias religiosas. Conhecido pelos europeus quando do período das descobertas (1492), e levado á Europa desde então. O grande impulso para a disseminação mundial do hábito de fumar veio com o estabelecimento da indústria fumageira a partir do século XIX. Esta desenvolveu intensa abordagem em marketing e propaganda, sempre vinculando seu produto a ideais como liberdade, beleza e elegância. Isto muito contribuiu para a disseminação do hábito e sua aceitação social. Na época, não eram tão amplamente conhecidos os riscos e malefícios do tabagismo. (SILVA, 2012).

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

A 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 a tendência mundial de banir a propaganda dos produtos do tabaco.

Segundo dados do INCA (2013), o tabagismo é responsável de 200 mil mortes

ao ano em Brasil, 25% por angina e infarto agudo do miocárdio, 45% das mortes por infarto são em menores de 65 anos, 85% das mortes são causadas por DPOC, 90% dos casos por câncer de pulmão (entre os 10% restantes, 1/3 é de fumantes passivos), é causa do 25% das doenças vasculares, além de 30% das mortes por outros tipos de câncer (laringe, faringe, estômago, colo de útero, esôfago, fígado e outros).

De acordo com o projeto que fornece estimativas contemporâneas mundiais sobre o câncer (GLOBOCAN), apontam 12,7 milhões de casos novos e 7,6 milhões de óbitos por câncer no mundo. O tipo de câncer associado maior mortalidade é o câncer de pulmão com 1,3 milhão de mortes (WHO, 2012).

Nos países desenvolvidos, 48% da população masculina e 7% da feminina são fumantes, já nos países em desenvolvimento, o número das mulheres que fumam é três vezes maior: 42% dos homens e 24% das mulheres. Caso a expansão do consumo do cigarro seja mantida nas taxas atuais, esses valores poderão subir para 10 milhões de morte por ano em 2030, sendo a metade delas em indivíduos de 35 a 69 anos (INCA, 2013).

2 JUSTIFICATIVA

Diante das razões apresentadas o tabagismo passou a ser considerado como problema grave de saúde pública que necessita de uma intervenção rápida pelos profissionais da saúde, prioritariamente da Atenção Primária e estarem preparadas as equipes para conhecer, acolher e tratar as pessoas que desejam parar de fumar, visto que o índice de tabagistas e suas consequências como infarto agudo do miocárdio, câncer de pulmão, doenças cerebrovasculares, doenças respiratórias crônicas, aumentaram, consideravelmente, nos últimos anos.

Apesar da ampla divulgação sobre os malefícios do cigarro e do fácil acesso a essas informações, o consumo do tabaco continua aumentando em todo mundo. As propagandas, de modo geral, influenciam hábitos e desejos, tornando-se vulneráveis às agressivas estratégias de marketing das grandes companhias transnacionais de tabaco (CAVALCANTI, 2012).

A partir da década de 70 se tornaram mais evidentes as manifestações organizadas para controle do tabagismo no Brasil. Inicialmente por iniciativa de profissionais isolados, associações médicas, religiosas e outras ONG, sem nenhum apoio governamental. As publicações científicas e de divulgação na mídia leiga, surgiram os primeiros projetos de lei, as manifestações públicas e declarações de entidades e algumas leis municipais e estaduais, restritivas, campanhas e programas de educação em saúde enfatizando os malefícios do consumo de cigarros. Ao final da década de oitenta, o Ministério de Saúde, começou a implementar as ações de promoção e prevenção de saúde através do Programa Nacional de Controle do Tabagismo. Esse processo contribuiu para uma significativa mudança de paradigma, onde o tabagismo, de um comportamento elegante e charmoso, se transformou progressivamente num comportamento indesejável, como consequência desse efeito, no Brasil, onde em 1998 a Pesquisa Nacional sobre Estilo de Vida realizada pelo Ministério da Saúde mostrava que tínhamos cerca de 30,6 milhões de fumantes, dos quais 78% gostariam de deixar de fumar (BRASIL, 2011) ocorreu um aumento progressivo na demanda por ações de apoio a cessação.

Tendo em conta a alta incidência de pacientes fumantes na comunidade, e a procura por parte de muitos deles de buscar alternativas para abandonar o uso do cigarro, foi analisado pela equipe a importância da implementação do Programa de tabagismo, conhecendo que o tabagismo constitui um sério problema de saúde no Brasil e na área de abrangência que atendemos.

Por esse motivo foi consenso da equipe elaborar e implantar um projeto de intervenção que possibilitasse a diminuição do índice de tabagismo. Um fato que vai ajudar a equipe é a disponibilidade na unidade de saúde dos medicamentos necessários que auxiliam o controle do tabagismo, e a realização de um trabalho em equipe multidisciplinar, com a participação das enfermeiras, do psicólogo, da farmacêutica, dos agentes comunitários de saúde, a nutricionista, a dentista, para alcançar o resultado desejado, o abandono deste mau hábito pelos usuários fumantes. O plano de ação proposto segue as orientações do Programa Nacional de Controle e Tratamento do Tabagismo do Ministério de Saúde.

3 OBJETIVO

Elaborar um projeto de intervenção que possibilite diminuir a prevalência de pacientes fumantes no município Acaiaca-MG.

4 METODOLOGIA

O diagnóstico situacional do município de Acaiaca foi realizado como o resultado de um processo de coleta, tratamento e análise dos dados coletados na unidade de saúde e comunidade, por meio da observação da equipe, análise de prontuários e sistemas de informação em saúde, como o Sistema de Informação da Atenção Básica (SIAB). Esses dados foram oriundos da participação efetiva dos profissionais da equipe de saúde.

Para compor o referencial teórico foi utilizada uma revisão narrativa da literatura com abordagem qualitativa dos dados a fim de conhecer os riscos da prática do tabagismo e embasar a construção do plano de intervenção. Para análise dos dados, optou-se pela forma qualitativa, e para a coleta de dados, foi realizado um levantamento on-line de publicações nacionais nas bases de dados *Scientific Electronic Library Online* (Scielo) e Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde (Lilacs). Nesta base de dados, foram utilizados os descritores “Saúde da Família”, “Planejamento em Saúde”, “Prevenção em Saúde”, “Tabagismo: problema de saúde”, realizando-se a busca desses termos no título, abstract ou corpo do artigo. Como critérios de inclusão foram selecionadas publicações em português, no período de 2004 a 2014, abordando a temática em estudo, com a exclusão de publicações que não tratam exclusivamente da temática. Após a leitura dos resumos e publicações, foi realizada a seleção do material conforme os critérios de inclusão e exclusão pré-estabelecidos.

Após a realização da pesquisa bibliográfica foi elaborado o projeto de intervenção conforme princípios do Planejamento Estratégico Situacional (PES). Para Campos, Faria e Santos (2010, p. 152) os princípios do PES são:

- Pressupõe a participação dos diferentes atores interessados na operação da unidade de saúde e, portanto, na elaboração do seu Plano de Ação.
- Reconhece, como ponto de partida, a visão singular de cada ator sobre o que são problemas de saúde no seu território.
- Busca, como efeito mais importante, a criação e o fortalecimento de compromissos entre os atores que analisam os problemas e propõem soluções.

- Representa uma proposta concreta para efetivar a participação social e a descentralização dos serviços de saúde.

5 REVISÃO DE LITERATURA

A Organização Mundial da Saúde (OMS) define o tabagismo como um risco concreto à vida, estando associado a mais de 50 doenças que podem acometer praticamente a todos os órgãos do corpo humano. É classificado na Décima Revisão da Classificação Internacional de Doenças (CID-10) nos grupos de transtornos mentais e de comportamento decorrentes do uso de substâncias psicoativas. O tabagismo é o resultado da dependência química de nicotina, substância presente em todos os derivados do tabaco. Além de nicotina, são conhecidas mais de 4720 substâncias que são eliminadas durante a queima do cigarro. Após a tragada, a nicotina chega ao cérebro em 7 a 19 segundos, liberando substâncias como dopamina, noradrenalina, acetilcolina, serotonina e beta-endorfina que proporcionam sensação de prazer e relaxamento, aumento da concentração e da memória, e diminuição da ansiedade e da tensão. É considerado como a maior causa evitável da doença e morte do mundo sendo fator de risco para 6 das 8 principais causas de morte. Provoca mais mortes prematuras do que a soma das mortes por AIDS, cocaína, heroína, álcool, acidentes do trânsito, incêndios e suicídios. (SANTOS; OLIVEIRA, 2012).

O tabagismo passivo mata 600 mil pessoas por ano no mundo, sendo que mais de ¼ são crianças. No Brasil mata 7 pessoas por dia (DIEHL, CORDEIRO, LARANJEIRA, 2011).

Na fumaça do cigarro há mais de 4720 substâncias conhecidas, destas 60 apresentam ação mutagênica e carcinogênica e o resto são tóxicas. Entre elas podemos citar, além da nicotina, o monóxido do carbono e os hidrocarbonetos aromáticos (SOCIEDADE BRASILEIRA DE PNEUMOLOGIA E TISIOLOGIA, 2010).

Estudos apontam que a idade média de início do consumo do tabaco está entre os 12 e os 13 anos de idade, sendo por isso considerado uma doença pediátrica (DIRETRIZES CLÍNICAS NA SAÚDE SUPLEMENTAR, 2011; BRASIL, 2004; BRASIL, 2007).

Segundo Santos (2012), os principais fatores que contribuem para a iniciação do jovem ao tabagismo são: exemplo dos pais e outros membros da família que fumam, aspectos psicopatológicos específicos da adolescência, pressão

do grupo de colegas, publicidade da indústria do tabaco, fatores genéticos e étnicos.

A OMS define como fumante atual aquele jovem que fumou pelo menos um dia nos últimos trinta dias, e o fumante regular aquele que ultrapassou o período de experimentação para um estado de possível dependência, ou seja, fumou 100 ou mais cigarros e continua fumando. Considerando esta definição, de acordo com o inquérito populacional realizado em capitais brasileiras em 2002-2003, temos entre 11,5 a 35,3% de jovens classificados como fumantes regulares (BRASIL, 2011).

Para Silva (2012), os fumantes podem ser considerados doentes crônicos por causa da dependência física e psicológica e das doenças associadas ao uso do tabaco. O autor adverte ainda, que estas pessoas fumantes, vivem 10 anos menos do que os não fumantes e estão expostos a riscos diversos de adoecimento.

A pessoa que fuma não adoece sozinha, ou seja, o tabagista passivo (pessoa que está exposta involuntariamente às substâncias nocivas da fumaça) tem risco 30% maior de desenvolver câncer de pulmão, 25% maior de desenvolver doenças cardiovasculares, além de asma, pneumonia, sinusites, dentre outras. O tabagismo passivo é considerado a terceira causa de morte evitável e estima-se que em todo mundo metade das crianças estão expostas à poluição tabágica ambiental, maioria sendo atingidas em seu domicílio (DIRETRIZES CLÍNICAS NA SAÚDE SUPLEMENTAR, 2011).

Serradilha; Ruiz Moreno e Seiffert (2010.p.480) destacam alguns fatores que contribuem para a obtenção dos cigarros: curiosidade do iniciante, custo acessível do cigarro, propagandas publicitárias que enaltecem os seus efeitos simbólicos “como transgressão da ordem, o direito à fantasia e ao inconsciente”. Estudos evidenciam que 90% dos fumantes iniciam este consumo antes dos 19 anos.

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 consequência 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 e em 1998 esse número aumentou passou para 1, 25 bilhão (SERRADILHA; RUIZ MORENO e SEIFFERT, 2010)

No Brasil as ações de controle do tabagismo tiveram início na década de 1980 direcionado para educação, legislação e economia. A restrição de fumar em ambientes fechados, a proibição de propaganda, a regulamentação de produtos derivados do tabaco, a advertência nas embalagens, o aumento dos impostos incidentes sobre o tabaco e a substituição da cultura do fumo são exemplos de ações implementadas para reduzir a prevalência do tabagismo no país (DIRETRIZES CLÍNICAS NA SAÚDE SUPLEMENTAR, 2011).

A dependência química do tabaco possui três componentes básicos:

- Físico: refere-se a síndrome de abstinência caracterizada pelos sintomas físicos pela ausência de drogas no organismo;
- Psicológico: refere-se a acomodação, ou sensação de bem estar proporcionados pela droga;
- Condicionamento: são as associações ou gatilhos que a pessoa faz com o consumo de droga, por exemplo, com café, com tristeza, com bebida alcoólica e outros (SANTOS , 2012).

Patnode *et al.* (2013) evidenciam que intervenções para a interrupção do tabagismo (terapia comportamental ou medicamentosa) em Atenção Primária consegue prevenir e interromper o vício.

“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).

Santos(2012) aborda que o profissional tem que avaliar qual o estágio de motivação que o usuário está para deixar de fumar.

A identificação do estágio emocional do fumante para o abandono do tabagismo é o passo inicial para o sucesso do tratamento. São seis os estágios motivacionais:

- ✓ pré-contemplação,
- ✓ contemplação,
- ✓ preparação para a ação,
- ✓ ação,
- ✓ manutenção e recaída.

Numa primeira abordagem o paciente pode encontrar-se em qualquer fase, é importante que o profissional ofereça ajuda e aconselhe a parar de fumar, na pré-contemplação, o indivíduo não quer parar de fumar, o profissional deve relatar os riscos e os malefícios do cigarro para a saúde, oferecer ajuda e voltar a falar sobre o assunto em outro encontro.

Na fase contemplativa o paciente quer parar de fumar, mais não tem a data de quando deixará de fazê-lo, o papel do profissional é manter o aconselhamento e encorajar ao fumante a marcar uma data dentro de 30 dias.

Na fase de ação o paciente está pronto para parar de fumar e o profissional deve oferecer estratégias de enfrentamento da fissura e dos gatilhos, estimular hábitos saudáveis de vida, orientar sobre as formas de cessar o tabagismo e possibilitar o acesso do fumante ao serviço de saúde para alívio dos sintomas de abstinência.

Na fase de manutenção o indivíduo superou todas as dificuldades das etapas anteriores e parou de fumar, é importante receber elogios da equipe e manter-se vigilante evitando sempre a recaída, que é quando o paciente volta a fumar, mesmo que em menor quantidade. O profissional deve recomençar o processo de abordagem motivacional (SANTOS,2012).

5.1 Teste de Fagerström

É um instrumento utilizado para avaliar o grau de dependência física á nicotina. Trata-se de um teste composto por seis questões, cuja pontuação do score vai de 0 a 10. Ao se obter uma soma acima de seis pontos indica que, provavelmente, a pessoa terá maiores sintomas de abstinência ao deixar de fumar. Estudos clínicos mostram que qualquer fumante, independente do grau de dependência á nicotina, tem condições de parar de fumar com êxito. No entanto, aqueles que apresentam 10 o mais pontos , tem maior grau de dependência , e podem experimentar mais desconfortos com os sintomas de abstinência. Para estes fumantes, o tratamento pode conter repositores de nicotina, por indicação médica.

Na proposta de intervenção apresentada, o Teste de Fagerström (Anexo 1), faz parte dos instrumentos utilizados para classificar o grau de dependência á nicotina dos participantes do grupo.

5.2. Avaliação clínica do tabagista

A avaliação clínica do tabagista é fundamental para identificar a presença de doenças relacionadas ao tabagismo e possíveis contraindicações ou interações medicamentosas durante o tratamento farmacológico da dependência. Para Reichert *et al.* (2008), a avaliação clínica deve incluir o grau de dependência do tabagismo, o estágio de motivação para deixar de fumar e exames complementares. O Anexo 2 mostra um modelo de ficha para avaliação global do fumante sugerido pelo PNCT/INCA.

5.3. Abordagem Cognitivo comportamental

Segundo o Ministério da Saúde (BRASIL, 2011) a abordagem cognitivo comportamental é uma técnica que capacita o indivíduo a desenvolver o autocontrole ou automanejo para aprender a escapar do ciclo vicioso da dependência e a tornar-se um agente de mudança do seu próprio comportamento. Deve ser entendida como a base do tratamento do tabagismo. Em suma, a terapia cognitiva comportamental aborda quatro pontos estratégicos:

- 1- preparar o fumante para soluções de seus problemas;
- 2- estimular habilidades para resistir às tentações de fumar;
- 3- preparar o fumante para prevenir recaída;
- 4- preparar o fumante para lidar com o estresse (BRASIL, 2011).

O Programa Nacional de Controle do Tabagismo (PNCT) oferece aos participantes quatro cartilhas que trazem esses temas para serem trabalhados no primeiro mês de tratamento.

5.4- Apoio medicamentoso

Alguns fumantes, quando suspendem repentinamente o consumo de cigarros, podem sentir fissura (desejo incontrolável de fumar), irritabilidade, agitação, prisão de ventre, sudorese, dificuldade de concentração, insônia, tontura e dor de cabeça. É importante saber que a fissura dura até 5 minutos e tende a reduzir gradativamente. Os sintomas da abstinência podem permanecer por uma a duas semanas (SALGADO, 2004). Considerando esta reação, o

tratamento preconiza o uso de repositores de nicotina como forma de reduzir os sintomas de abstinência. Esta abordagem consiste, portanto, no uso de repositores para os indivíduos que apresentam alto grau de dependência à nicotina. Os medicamentos padronizados pelo Programa Nacional de Controle do Tabagismo são: não nicotínicos (antidepressivos-bupropiona e nortriptilina) e medicamentos nicotínicos (repositores de nicotina, adesivos e goma de mascar) (BRASIL, 2011). As DIRETRIZES CLÍNICAS NA SAÚDE SUPLEMENTAR, 2011, recomenda que o tratamento medicamentoso com bupropiona, seja utilizado durante 7- 12 semanas e com nortriptilina de 6-13 semanas, que são os medicamentos que temos disponíveis no SUS .

Entretanto, em caso de recaída ou persistência dos sintomas de abstinência, o paciente poderá se beneficiar com o uso prolongado da medicação.

No Brasil, as formas disponíveis de TRN são as gomas de mascar e os adesivos transdérmicos. A goma de mascar contém 2 mg de nicotina por unidade e é absorvida rapidamente pela mucosa oral. Em geral, deve-se consumir em torno de 10 gomas por dia, mas o uso pode chegar até 20 gomas dependendo do caso. Por sua vez, os adesivos transdérmicos são encontrados nas concentrações de 7, 14 e 21 mg de nicotina por unidade. Nessa modalidade, a nicotina é liberada no organismo de forma lenta e gradual durante o dia e o efeito adverso mais comum é a irritação da pele. A TRN com adesivo é realizada em 8 semanas e é indicado o uso de um adesivo por dia.

A TRN pode ser realizada em pacientes que consomem mais de 10 cigarros por dia. A dose inicial preconizada é de 15 mg de nicotina por dia. As doses devem ser reduzidas ou suspensas entre 2 e 3 meses após o início do tratamento e a sua duração não deve ultrapassar os 6 meses. A TRN aumenta as chances de cessação do tabagismo se comparada com outros tratamentos, mas tem o inconveniente de ter um custo elevado. Os antidepressivos têm sido utilizados com o objetivo de diminuir os sintomas depressivos da síndrome da abstinência (FOCCHI, 2014). A bupropiona inibe a receptação da noradrenalina e da dopamina nas sinapses, atuando como antidepressivo. Se utilizada em dose de 150 mg por 3 dias, e depois, 300 mg por dia durante 7 a 12 semanas, diminui os sintomas depressivos da síndrome de abstinência. É indicada para pacientes que fumam de 10 a 15 cigarros por dia e que estão motivados a parar. Quando comparada com a TRN, a bupropiona apresenta maior chance

de o indivíduo alcançar a cessação do tabagismo. É contraindicada para pacientes com antecedentes de epilepsia não controlada, traumatismo cranioencefálico (TCE), anorexia e bulimia, também não podem ser utilizados concomitantemente com inibidores da monoaminoxidase (IMAO). Os efeitos colaterais mais comuns são cefaleia, náuseas e insônia. A nortriptilina, uma amina tricíclica secundária e que é utilizada como antidepressivo, é indicada quando não é possível prescrever bupropiona ou TRN para o indivíduo. A nortriptilina atua bloqueando a receptação da noradrenalina na pré-sinapse e aumentando a sua concentração na fenda sináptica. Os efeitos colaterais mais relatados são boca seca, tremores, visão turva e sedação, sendo contraindicada para pacientes cardiopatas, em crises convulsivas e em caso de glaucoma. Também não deve ser utilizada em concomitância com IMAO. O tratamento deve ser iniciado 2 a 4 semanas antes da retirada do cigarro, com doses progressivas de 25 a 75 mg por dia. Sua utilização tem eficácia semelhante ao da bupropiona, com a vantagem de ser um medicamento disponível no SUS (MAZONI, 2008).

Portes *et al.*(2014) enfatizam a importância de se desenvolver ações educativas de controle do tabagismo no âmbito da Atenção Primária da 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 de comunicação, lideranças comunitárias e gestores.

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

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 AÇÃO

O plano de intervenção sobre determinado problema detectado é utilizado quando este necessita ser solucionado. Contudo, é necessário considerar a viabilidade de gerenciar o mesmo para obter o resultado desejado (CAMPOS; FARIAS; SANTOS, 2010). A elaboração deste plano foi de acordo com o Programa Nacional de Controle do Tabagismo, conforme princípios do Planejamento Estratégico Situacional, com a participação da equipe multidisciplinar: a farmacêutica, o psicólogo, a enfermeira, a médica clínica geral, a nutricionista, a dentista, técnicos de enfermagem e agentes comunitários de saúde, utilizando a terapêutica medicamentosa.

A técnica é utilizada em grupos com 10 a 20 pessoas, com 4 sessões, estruturadas com intervalos de sete dias entre cada uma delas, com duração de uma hora e meia.

Estruturação das sessões:

➤ **Sessão 1**

Participantes : enfermeiro, psicólogo, farmacêutico, médico.

Roda de conversa sob a coordenação do psicólogo e com a participação médica para realização do Teste de Fagerström mais a avaliação clínica do paciente após a roda de conversa e a farmacêutica como apoio.

➤ **Sessão 2**

Palestra dialogada com a participação da enfermeira, médica e farmacêutica logo após entrega de medicamentos pela farmacêutica para os usuários que necessitam de orientação individual pela enfermeira.

➤ **Sessão 3**

Palestra com o psicólogo e nutricionista sobre as mudanças dos hábitos de vida que ajudam na cessação do tabagismo logo após entrega de medicamentos pela farmacêutica e orientação individual pela enfermeira.

➤ **Sessão 4**

Conversa orientada com o psicólogo e dentista sensibilizando os pacientes a permanecerem sem fumar e discutindo estratégias facilitadoras e também os

malefícios que o cigarro provoca na cavidade oral, logo após entrega de medicamentos pela farmacêutica e orientação individual pela enfermeira.

Antes de todas as sessões será feita uma conversa com os pacientes para exporem suas facilidades ou dificuldades vivenciadas na tentativa de parar de fumar, eles têm uma escuta terapêutica e orientações pertinentes a cada caso. Após as primeiras 4 sessões os pacientes serão acompanhados aos 60, 90, 180 dias e 12 meses.

A farmacoterapia, quando indicada, deve ser aplicada em complementação à abordagem grupal e sempre será entregue aos pacientes nas sessões.

Além da prescrição médica cada paciente terá que preencher um termo de consentimento (Anexo 3).

As cartilhas fornecidas pelo Ministério da Saúde em parceria com o INCA serão utilizado como guia para a condução das sessões. Serão distribuídas quatro cartilhas, um para cada semana com os seguintes temas:

- Entender por que se fuma e como isso afeta a saúde;
- Os primeiros dias sem fumar;
- Como vencer os obstáculos para permanecer sem fumar;
- Benefícios obtidos após parar de fumar.

Quadro 4- Desenho das operações para os nós críticos do problema tabagismo-2015

Nó crítico	Operação/ projeto	Resultados esperados	Produtos	Recursos necessários
Hábitos e estilos de vida inadequados	Viver Mais Modificar hábitos e estilos de vida nos pacientes .	Mudanças de estilos de vida, e consequentemente cessação do tabagismo.	Diminuir a quantidade de fumantes no município	Organizacional: Realização de palestras, dinâmicas de grupo. Cognitivo: Conhecimento sobre o tema . Político: Intersetorialidade. Financeiro: Disponibilidade de folhetos e outros materiais educativos .
Falta de conhecimento a respeito dos prejuízos do tabaco	Saber Mais . Aumentar o nível de informação da população sobre os riscos do tabagismo .	Criar a cultura de autocuidado com a saúde, o que implica deixar de fumar o não entrar no vício .	Redução do percentual de fumantes na área de abrangência	Cognitivo: Conhecimento sobre o tema Organizacional: Realização de palestras, dinâmicas de grupo. Político: Intersetorialidade.Capa para todos os membros da equipe sobre a implementação do programa

				Financeiro: Disponibilidade de folhetos e outros materiais educativos .
Dificuldade de abstenção do vício	Vida sem cigarros Auxiliar ao fumante a lidar com a Síndrome de abstinência utilizando o tratamento medicamentoso e a abordagem cognitivo comportamental .	Oferecer Alternativas para o fumante para deixar o vício .	Eliminar a dependência gerada pelo cigarro nos usuários participantes	Cognitivos: Conhecer as estratégias e as técnicas necessárias para oferecer alternativas para que o fumante deixe de fumar. Econômicos: disponibilidade de medicamentos na farmácia básica .
Fissuras e recaídas	Vencer obstáculos Informações a respeito das dificuldades enfrentadas durante a abstenção do tabagismo.	Conhecer as dificuldades a serem vencidas e os recursos disponíveis para auxílio.	Reduzir o número de desistências do Programa de controle	Organizacional :Atender com eficiência os fumantes e integração de ações entre os atores. Cognitivo:Saber abordar e orientar.
Dificuldade de enfrentamento das situações de estresse ou de grande pressão	Enfrentar o estresse. Oferecer alternativas para combater e vencer ao estresse .	Conhecer as diferentes situações de estresse e como enfrentar as mesmas .	Evitar as recaídas dos pacientes ante situações de estresse ou de grande pressão	Organizacional: Realização de palestras, dinâmicas de grupo, assim como agendamento de consultas com um psicólogo e clínico geral sistematicamente Cognitivo: Conhecimento sobre as ferramentas para combater e vencer ao estresse.

Quadro 5- Recursos críticos para o desenvolvimento das operações definidas para o enfrentamento dos “nós críticos” do tabagismo-2015

Operação/Projeto	Recursos críticos
Mais Saúde	Político: Intersectorialidade. Financeiro: Disponibilidade de folhetos e outros materiais educativos .
Saber Mais	Político: Intersectorialidade. Financeiro: Disponibilidade de folhetos e outros materiais educativos
Vida sem cigarros	Econômicos: Manter a disponibilidade de medicamentos na farmácia básica .
Vencer obstáculos.	Econômicos: Manter a disponibilidade de medicamentos

	na farmácia básica .
Enfrentar o estresse	Político : Intersetorialidade, para os diferentes setores se inserirem nas atividades educativas para combater o estresse (escolas).

Quadro 6 - Proposta de ações para a motivação dos atores-2015

Operações /projetos	Recursos críticos	Controle dos recursos críticos		Ações estratégicas
		Ator que controla	Motivação	
Mais Saúde	Político :Intersetorialidade. Financeiro :Disponibilidade de folhetos e outros materiais educativos .	Secretário de Saúde	Favorável	Apresentar o projeto de atividades do Programa
Saber Mais	Político :Intersetorialidade. Financeiro :Disponibilidade de folhetos e outros materiais educativos	Secretário de Saúde	Favorável	Apresentar o projeto de atividades do Programa
Vida sem cigarros	Econômicos : Manter a disponibilidade de medicamentos na farmácia básica .	Secretário de Saúde	Favorável	Apresentar o projeto de atividades do Programa
Vencer obstáculos	Econômicos : Manter a disponibilidade de medicamentos na farmácia básica .	Secretário de Saúde	Favorável	Apresentar o projeto de atividades do Programa
Enfrentar o estresse	Político : Intersetorialidade , para os diferentes setores se inserem nas atividades educativas para combater o estresse (escolas).	Secretário de Saúde	Favorável	Apresentar o projeto de atividades do Programa

Quadro 7- Plano operativo.2015

Operações/ projetos	Resultados	Produtos	Ações estratégicas	Responsável	Prazo
Viver Mais	Mudanças de estilos de vida	Fazer palestras, dinâmica de grupos com os participantes	Apresentar o projeto de atividades do Programa	Enfermeira:Eli sangela Dra Greydis. Psicólogo. Nutricionista	Imediato

		do Programa . Conversas nas consultas individuais para lograr mudanças de hábitos e estilos de vida inadequados relacionados com o tabagismo. Visitas domiciliárias .		Farmacêutica	
Saber Mais	Criar a cultura de autocuidado com a saúde o que implica deixar de fumar ou não entrar no vício.	Fazer palestras, dinâmica de grupos com os participantes do Programa . Conversas nas consultas individuais para lograr mudanças de hábitos e estilos de vida inadequados relacionados com o tabagismo. .Visitas domiciliárias .	Apresentar o projeto de atividades do Programa	Enfermeira:Eli sangela . Dra Greydis. Psicólogo:Rudel Dentista. Nutricionista Farmacêutica	Imedi ato
Vida sem cigarros	Oferecer alternativas ao fumante para deixar o vício por meio do tratamento medicamen toso e a abordagem cognitivo – comporta- mental .	Fazer palestras, dinâmica de grupos com os participantes do Programa Conversas nas consultas individuais para lograr mudanças de hábitos e estilos de vida inadequados relacionados com o tabagismo.	Apresentar o projeto de atividades do Programa	Enfermeira:Eli- sangela . Dra Greydis. Agentes Comunitários de Saúde Psicólogo Farmacêutica	Imedi ato
Vencer obstáculos	Conhecer as dificuldades a serem vencidas e	Fazer palestras, dinâmica de grupos com os	Apresentar o projeto de atividades do Programa	Enfermeira:Elisa ngela . Dra Greydis. Agentes	Imedi ato

	os recursos disponíveis para auxílio.	participantes do Programa Conversas nas consultas individuais para lograr mudanças de hábitos e estilos de vida inadequados relacionados com o tabagismo.		Comunitários de Saúde Psicólogo	
Enfrentar ao estress.	Conhecer as diferentes situações do estresse e como enfrentar as mesmas .	Fazer palestras, dinâmica de grupos com os participantes do Programa Conversas nas consultas individuais para lograr mudanças de hábitos e estilos de vida inadequados relacionados com o tabagismo.	Apresentar o projeto de atividades do Programa	Enfermeira:Elisa ngela . Dra Greydis. Agentes Comunitários de Saúde Psicólogo	Imediato

Quadro 8- Gestão do plano

Produtos	Responsável	Prazo	Situação atual	Justificativa	Novo Prazo
Fazer palestras, dinâmica de grupos com os participantes do Programa . Conversas nas consultas individuais para lograr mudanças de hábitos e estilos de vida inadequados	Enfermeira: Eli sangela Dra Greydis. Psicólogo. Nutricionista Farmacêutica	Imediato	Grupos operativos estão sendo realizados , mais ainda não foi feito com todos os tabagistas que desejam abandonar	É grande a quantidade de tabagistas que desejam abandonar o hábito, por isso não foi possível ainda finalizar.	2 meses

relacionados com o tabagismo. Visitas domiciliárias .			o hábito .		
Fazer palestras, dinâmica de grupos com os participantes do Programa . Conversas nas consultas individuais para lograr mudanças de hábitos e estilos de vida inadequados relacionados com o tabagismo. .Visitas domiciliares .	Enfermeira: Elisangela . Dra Greydis. Psicólogo:Rudel Dentista. Nutricionista Farmaceutica	Imediato	Grupos operativos estão sendo realizados , mais ainda não foi feito com todos os tabagistas que desejam abandonar o hábito	Continua mos trabalhando com novos grupos operativos que acrescentamos no Programa de abandono do tabagismo .	2 meses
Fazer palestras, dinamica de grupos com os participantes do Programa Conversas nas consultas individuais para lograr mudanças de hábitos e estilos de vida inadequados relacionados com o tabagismo.	Enfermeira: Elisangela . Dra Greydis. Agentes Comunitários de Saúde Psicólogo Farmacêutica	Imediato	Em processo	Continua mos trabalhando com os grupos operativos	2 meses
Fazer palestras, dinâmica de grupos com os participantes do Programa Conversas nas consultas individuais para lograr mudanças de hábitos e estilos de vida inadequados relacionados com o tabagismo.	Enfermeira: Elisangela . Dra Greydis. Agentes Comunitários de Saúde Psicólogo	Imediato	Em processo	Continua mos trabalhando com os grupos operativos	2 meses

Fazer palestras, dinâmica de grupos com os participantes do Programa Conversas nas consultas individuais para lograr mudanças de hábitos e estilos de vida inadequados relacionados com o tabagismo.	Enfermeira: Elisangela . Dra Greydis. Agentes Comunitários de Saúde Psicólogo	Imediato	Em processo	Continuamos trabalhando com os grupos operativos	2 meses
--	--	----------	-------------	--	---------

O plano deve ser avaliado periodicamente e propor implementações caso necessário. O monitoramento e avaliação do plano de ação ocorrerão por meio de uma planilha de acompanhamento das ações propostas.

7-CONSIDERAÇÕES FINAIS

O projeto de intervenção é abrangente ao planejar ações para diminuir a incidência de tabagistas no município e as complicações para a saúde, propostas que continuaram inseridas na rotina do ambiente das estratégias de saúde da família. Com base em nosso trabalho conclui-se que :

- O Programa Nacional de Controle do Tabagismo deve continuar sua implementação no município com uma avaliação periódica das ações;
- Não basta atuar somente com os usuários que já vivem habituados ao tabagismo. É importante atuar nas escolas, como ponto de partida importante para evitar novos adictos.
- Deve continuar-se trabalhando o tabagismo como um importante problema de saúde com uma abordagem multiprofissional.

A proposta pretende atender os usuários de saúde do município Acaiaca e espera-se que, além de contribuir para a redução do número de fumantes na área de abrangência desta equipe, sirva de incentivo para que outros profissionais possam programar ações voltadas para a cessação do tabagismo, visando melhorar os indicadores de saúde pública e a diminuição da mortalidade decorrente das doenças tabaco-relacionadas.

No entanto, se este pequeno trabalho demonstrativo teve a capacidade de livrar ao menos uma pessoa da dependência do cigarro, a sua missão terá sido cumprida.

REFERÊNCIAS

BRASIL. Ministério da Saúde. Instituto Nacional de Câncer. **Convenção para o Controle do tabaco**. Rio de Janeiro: INCA, 2011.

CABALCANTI, A.M.; OLIVEIRA, A.C. L. **Auto cuidado apoiado: Manual do profissional de saúde**. Curitiba: Secretaria Municipal de Saúde, 2012.92 p.

CAMPOS, F.C.; FARIA H.P.; SANTOS, M.A. **Planejamento e avaliação das ações em saúde**. 2ª ed. Belo Horizonte: NESCOM /UFMG, 2010.118 p.

DIEHL, A.; CORDEIRO, D.C.; LARANJEIRA, R. **Dependência química: Prevenção, Tratamento e políticas públicas**. Porto Alegre: Artmed, 2011, p.145.

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

BRASIL. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Informações Nacionais Brasil. Disponível em <http://www.cnm.org.br/index.php?option=comwrapper@View=Wrapper@Itemid=32>> Acesso em: 20 jun.2013.

BRASIL. Ministério da Saúde. Instituto Nacional do Câncer – INCA. **Programa de Controle ao Tabagismo**. Disponível em: <http://www1.inca.gov.br/tabagismo/frameset.asp?item=programa&link=introducao.htm>> Acesso em : 25 jun.2013.

FOCCHI, G.R.A.; BRAUN, I.M. Tratamento farmacológico do tabagismo. **Rev. Psiq. Clín.** 32 (5); 259-266, 2005. Disponível em: [http:// www.scielo.br/epsic](http://www.scielo.br/epsic) > Acesso em: 18 mar. 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.

MAZONI, C. G .et al. A eficácia das intervenções farmacológicas e psicossociais para o tratamento do tabagismo: revisão da literatura. **Estudos de Psicologia**, 13(2), 136-140, 2008.

PATNODE, C. D. et al. Primary care-relevant interventions for tobacco use .review for the US Preventive Services Task Forces **.Annals of Internal Medicine** , v.158, n.4,p. 253-260, 2013.

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 .**Cienc. Saúde Coletiva** [Internet],v.19,n.2, p.439-448.ISSN 1413-8123

REICHERT et al. Diretrizes para a cessação do tabagismo. **J.bras. Pneumol.** Vol. 34 ,no.10. São Paulo Oct. 2008 .Available from : <http://www.scielo.br/pdf/jbpneu/v34n10/v34n10a14.pdf>.Acesso em: 20 mar.2014

SALGADO, R.S.; MURAD, J, E. NICOTINA - **Tratando a mais difícil das dependências. O Método Abraço de Tratamento, em grupo do Tabagismo** – para profissionais. Ed. Lutador: Belo Horizonte: 2002. (261p).

SANTOS, J.D.P. ;OLIVEIRA, M.G.R.O. **Tabagismo**. Belo Horizonte, 2012.

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

SILVA, I. **Tabagismo : o mal da destruição em massa** .Disponível em: <http://www.fiocruz.br/biosseguranca/Bis/infantil/tabagismo.htm>.Acesso em :jun .2014.

SOCIEDADE BRASILEIRA DE PNEUMOLOGIA E TISIOLOGIA, et al .Tabagismo : parte 1. **Rev . Assoc. Bras.** 2010; 56 (2):134-7.

WHO.International Agency for Research on Cancer .Globocan 2012. **Estimated Cancer Incidence, Mortality and Prevalence Worldwide 2012.** Disponível em: http://globocan.iarc.fr/Pages/fact_sheets_population . Acesso em: jun.2014.

ANEXOS**Anexo 1-Teste de Fagerström**

1. Quanto tempo após acordar você fuma 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 lugares proibidos como igrejas, bibliotecas, etc.?

Sim	(1)
Não	(0)

3. Qual o cigarro do dia que traz mais satisfação?

O primeiro da manhã	(1)
Outros	(0)

4. Quantos cigarros você fuma por dia?

Menos de 10	(0) _____
De 11 a 20	(1) _ _____
De 21 a 30	(2) _____
Mais de 31	(3) _____

5. Você fuma mais frequentemente pela manhã?

Sim	(1)
Não	(0)

6. Você fuma, mesmo doente, quando precisa ficar de cama a maior parte do tempo?

Sim	(1)
Não	(0)

Grau de Dependência:

0 - 2 pontos = muito baixo

3 - 4 pontos = baixo

5 pontos = médio

6 -7 pontos = elevado

8 - 10 pontos = muito elevado

Data:

Nome do Paciente:

Data de Nascimento: _

Sexo: () Masculino () Feminino

Resultado – Grau de dependência:

Responsável pelo preenchimento:

Anexo 2-Ficha de avaliação clínica do tabagista.

PROGRAMA NACIONAL DE CONTROLE DO TABAGISMO

ABORDAGEM E TRATAMENTO DO TABAGISMO – DATA: _

Identificação do paciente:

Nome: _

Data de nascimento: ____ SEXO: ()M ()F

HISTÓRIA PATOLÓGICA PREGRESSA

1. Você tem ou teve frequentemente aftas, lesões (feridas), e/ou sangramento na boca?
() Sim () Não Está em tratamento? () Sim () Não
2. Você tem diabetes mellitus?
() Sim () Não Está em tratamento? () Sim () Não
3. Você tem hipertensão arterial?
() Sim () Não Está em tratamento? () Sim () Não
4. Você tem ou teve algum problema cardíaco?
() Sim () Não Está em tratamento? () Sim () Não
5. Você tem ou teve frequentemente queimação, azia, dor no estômago ou úlcera ou gastrite?
() Sim () Não Está em tratamento? () Sim () Não
6. Você tem ou teve algum problema pulmonar?
() Sim () Não Está em tratamento? () Sim () Não
7. Você tem alergia respiratória?
() Sim () Não Está em tratamento? () Sim () Não
8. Você tem alergias cutâneas?
() Sim () Não Está em tratamento? () Sim () Não
9. Você tem ou teve alguma lesão ou tumor maligno?
() Sim () Não Está em tratamento? () Sim () Não
10. Você tem ou teve crise convulsiva, convulsão febril na infância ou epilepsia?
() Sim () Não Está em tratamento? () Sim () Não
11. Você tem anorexia nervosa ou bulimia?
() Sim () Não Está em tratamento? () Sim () Não
12. Você costuma ter crises de depressão e/ou ansiedade?
() Sim () Não Está em tratamento? () Sim () Não

13. Você faz ou já fez algum tratamento psicológico ou psiquiátrico?
 Sim Não Está em tratamento? Sim Não
14. Você costuma ingerir bebidas alcóolicas com que frequência?
 Nunca Todos os dias Finais de semana Raramente
15. Você tem ou teve algum outro problema de saúde sério que não foi citado? Qual?
 R: _____

16. Algum medicamento em uso atual?
 Sim Não Qual?
17. Tem prótese dentária móvel?
 Sim Não
18. Está grávida?
 Sim Não
19. Está amamentando?
 Sim Não

HISTÓRIA TABAGÍSTICA

1. Com quantos anos você começou a fumar?
 R: _____ anos
2. Em quais das situações o cigarro está associado a seu dia-a-dia? (pode escolher vários)
 Ao falar no telefone Com café Tristeza Após refeições
 No trabalho Alegria Com bebidas alcóolicas
 Ansiedade Nenhum Outros _____
3. Quais das afirmativas abaixo você considera que sejam razões para você fumar?
 - Fumar é um grande prazer
 Sim Não às vezes
 - Fumar é muito saboroso
 Sim Não às vezes
 - O cigarro te acalma
 Sim Não às vezes
 - Acha charmoso fumar
 Sim Não às vezes
 - Você fuma porque acha que fumar emagrece
 Sim Não às vezes
 - Gosta de fumar para ter alguma coisa nas mãos
4. Quantas vezes você tentou parar de fumar?
 De 1 a 3 vezes

- + de 3 vezes
 Tentou mas não conseguiu parar (seguir para pergunta 7)
 Nunca tentou (seguir para pergunta 9)
5. Quantas vezes você ficou sem fumar por pelo menos 1 dia?
 1 vez 2 vezes 3 vezes + de 3 vezes
6. Quais foram os motivos que levaram você a voltar a fumar?
Ansiedade , tristeza, raiva
7. Alguma vez na vida você utilizou algum recurso para deixar de fumar?
 Nenhum
 Apoio de profissional de saúde
 Outros ___ igreja _____
 Medicamento. Qual? _____
 Leitura de orientações em folhetos, revistas, jornais entre outros
8. Você já participou de algum grupo de apoio para abordagem e tratamento do tabagismo nessa unidade?
 Sim Não
9. Por que você quer deixar de fumar agora? (pode escolher várias alternativas)
 Porque esta afetando a minha saúde
 Outras pessoas estão me pressionando
 Pelo bem-estar da minha família
 Eu estou preocupado com minha saúde no futuro
 Porque meus filhos pedem
 Porque não gosto de ser dependente
 Fumar é anti-social
 Porque gasto muito dinheiro com cigarro
 Fumar é um mal exemplo para as crianças
 Por conta das restrições de fumar em ambientes fechados
10. Você convive com fumantes na sua casa?
 Sim Não Qual é o grau de parentesco?
11. Você se preocupa em ganhar peso ao deixar de fumar?
 Sim Não