

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

MARIA ESTHER FUENTES MARTINEZ

ABORDAGEM E TRATAMENTO DO TABAGISMO NA CIDADE
DE TAPARUBA, MINAS GERAIS

IPATINGA – MG

2016

MARIA ESTHER FUENTES MARTINEZ

**ABORDAGEM E TRATAMENTO DO TABAGISMO NA CIDADE
DE TAPARUBA, MINAS GERAIS**

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

Orientadora: Agma Leozina Viana Souza

IPATINGA– MG

2016

MARIA ESTHER FUENTES MARTINEZ

**ABORDAGEM E TRATAMENTO DO TABAGISMO NA CIDADE
DE TAPARUBA, MINAS GERAIS**

Banca examinadora

Agma Leozina Viana Souza – Orientadora

Heriberto Fiuza Sanchez - Examinador

Aprovado em Belo Horizonte, 15 de Junho de 2016

RESUMO

Este trabalho faz inicialmente, uma reflexão sobre o tabagismo, um problema de saúde pública que pode gerar outras doenças relacionadas. Ações de prevenção e de proteção, articuladas com os profissionais da saúde, da educação e a sociedade em geral, podem evitar as complicações decorrentes do seu uso. O estudo apresentou o problema do tabagismo no município de Taparuba, Minas Gerais, e propôs uma intervenção da Equipe de Saúde da Família direcionada para a formação dos profissionais e a abordagem dos usuários tabagistas. A motivação da pessoa em se tratar foi um ponto relevante. Publicações do Ministério da Saúde e artigos sobre o tabagismo fizeram parte do referencial teórico.

Palavras chaves: Tabagismo. Estratégia de Saúde da Família. Educação em Saúde.

ABSTRACT

This work is initially a reflection about smoking, a public health problem that can generate other related diseases. Prevention and protection, linked to health professionals, education and society in general, can avoid the complications arising from its use. The study presented the problem of smoking in the municipality of Taparuba, Minas Gerais, and has proposed an intervention of the family health team aimed at the training of professionals and the users approach to risk. The motivation of the person in the case was a relevant point. The Ministry of Health publications and articles about smoking were part of the theoretical framework.

Key words: Smoking. Family Health Strategy. Health Education.

LISTA DE ABREVIATURAS

ACS – Agente Comunitário de Saúde

APS – Atenção Primária à Saúde

DeCS – Descritores em Ciências da Saúde

IBGE - Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística

IDH – Índice de Desenvolvimento Humano

OMS - Organização Mundial de saúde

PES – Planejamento Estratégico Situacional

PIB – Produto Interno Bruto

PNUD - Programa das Nações Unidas para o desenvolvimento

SUS – Sistema Único de Saúde

UBS – Unidade Básica de Saúde

LISTA DE TABELA E QUADROS

Tabela 1 - Distribuição da população de Taparuba por faixa etária e localização.....	10
Quadro 1 - Teste de Dependência à Nicotina de Fagerström.....	16
Quadro 2 – Principais problemas na Equipe de Saúde de Taparuba.....	21
Quadro 3 - Desenho de operações para os “nós” críticos do problema tabagismo.....	22
Quadro 4 - Elaboração do plano de intervenção.....	23
Quadro 5 - Elaboração do plano operativo.....	23
Quadro 6 - Gestão do plano.....	24

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	9
1.1 Caracterização do município de Taparuba.....	9
1.2 O problema do tabagismo em Taparuba.....	10
2 JUSTIFICATIVA	11
3 OBJETIVOS	12
3.1 Objetivo geral.....	12
3.2 Objetivos específicos.....	12
4 METODOLOGIA	13
5 REVISÃO DE LITERATURA	14
5.1 Aspectos clínicos e epidemiológicos do tabagismo.....	14
5.2 Formas de abordagem da pessoa tabagista.....	15
5.3 Tratamento medicamentoso do tabagismo.....	16
5.4 Ações dos profissionais da Estratégia Saúde da Família na abordagem do fumante.....	19
6 PLANO DE AÇÃO	21
6.1 Problemas identificados no diagnóstico situacional.....	21
6.2 Nós críticos e suas justificativas.....	21
7 CONSIDERAÇÕES FINAIS	25
REFERÊNCIAS	26

1 INTRODUÇÃO

1.1 Caracterização do município de Taparuba

O município de Taparuba, Minas Gerais, está localizado na Mesorregião Vale do Rio Doce e faz limite com os municípios de Ipanema, Mutum e Pocrane. Em sua história consta que os índios Aimorés foram os primeiros habitantes da região, antes denominada São José da Ponte Nova. No início de Século XX, com o crescimento do comércio local, o estabelecimento de algumas casas e a construção da primeira escola o então arraial da Ponte Nova ganhou espaço em meio á política local e se tornou distrito de Manhuaçu, no ano de 1911. O nome do distrito vinha apresentando problemas aos moradores em função do extravio de correspondências para o também distrito Ponte Nova, já existente, fato que não agradava os moradores deste local em função de seu tamanho. Em consulta a um indígena da região, descobriu-se que o termo ponte significa “tapa” e o termo nova significa “ruba”. A junção das duas palavras indígenas deu origem ao novo nome do distrito, acatado em Lei no dia 07 de setembro de 1923 e elevado à categoria de município em dezembro de 1995. De acordo com o Diagnóstico Situacional de Saúde (2015), Taparuba possui hoje uma população de 3.517 habitantes, sendo mais da metade morando na área urbana e menor proporção de pessoas na zona rural (Tabela 1). A densidade populacional é de 16,25 hab./Km², o Índice de Desenvolvimento Humano médio (IDH) é de 0,7 e a arrecadação é de R\$17.115.665,00 de Produto Interno Bruto (PIB). A cidade possuiu 1.230 domicílios, sendo que maioria das famílias vive com um salário mínimo ou com o benefício do Programa Bolsa Família do Governo Federal. Quanto ao saneamento, 97,36% da população têm acesso a água tratada e 67,04% têm acesso a rede pública de esgoto. Quanto às atividades econômicas, destaca-se a agricultura do café e do eucalipto, a produção de cachaça, argila e criação de gado leiteiro (IBGE 2010).

O município de Taparuba tem um índice de alfabetização 86,12%. A cidade possui dez escolas de ensino fundamental (oito municipais e duas estaduais) e uma escola de ensino médio. Todos os professores possuem nível de escolaridade superior e o acesso das crianças à escola é facilitado pela existência de transporte público (IBGE, 2010).

Tabela 1 - Distribuição da população de Taparuba de acordo com a faixa etária e localização, 2015.

Faixa etária (anos)	Zona urbana	Zona rural	Total
>1	32	19	51
1 a 5	184	98	282
6 a 10	223	129	352
11 a 19	253	114	367
20 a 29	284	178	462
30 a 39	349	207	556
40 a 49	253	155	408
50 a 59	226	202	428
60 e +	325	286	611
Total	2129	1388	3.517

Fonte: Prefeitura Municipal de Taparuba, 2015

1.2 O problema do tabagismo em Taparuba

No percurso da disciplina Planejamento e Avaliação em Saúde, durante realização do diagnóstico situacional epidemiológico do município de Taparuba, a equipe de saúde da família conheceu o território, levantou os principais problemas, as condições de saúde e os riscos de adoecimento a que a população está exposta. Em seguida, a equipe planejou e programou intervenções fundamentadas no planejamento estratégico situacional (PES), cujo foco reside em ações efetivas sobre os problemas encontrados, além de definir os atores sociais, as autoridades municipais, as organizações governamentais e não governamentais envolvidas.

Os principais problemas identificados pela equipe foram: elevado número de pessoas tabagistas, representando 55% da população do município; o consumo desmedido de bebidas alcoólicas e outras drogas, incluindo psicofármaco; o elevado número de pessoas com doenças respiratórias; doenças cardiovasculares, hipertensão arterial; transtornos nutricionais; dislipidemias. O tabagismo é a principal causa evitável de adoecimentos, sendo a maior causa isolada de mortes prematuras na sociedade contemporânea (SILVA, 2012). O aconselhamento profissional, feito de maneira constante, é eficaz na luta antitabágica e o profissional de saúde, pode e deve interferir no processo de motivação do paciente fumante (SILVA, 2012).

O tabagismo foi escolhido o problema prioritário para intervenção da equipe e será apresentado neste trabalho de conclusão de curso.

2 JUSTIFICATIVA

Os conhecimentos sobre os males do tabaco para a saúde das pessoas, de modo geral, por si só justificam estimular a redução ou a cessação do consumo desta droga. Danos de ordem física, mental e social, tais como a insuficiência respiratória, doenças cardiovasculares, câncer, disfunção sexual, predisposição a doenças infecciosas, desajustes familiares e sociais são exemplos comuns de problemas relacionados com a dependência da nicotina (OMS, 2009).

Com o crescimento populacional da cidade de Taparuba, o tabagismo tornou-se importante fator de risco para adoecimento e mortes prematuras na população adscrita. Diante desses fatos, justifica-se a necessidade de intervenções e de fortalecimento da rede de assistência centrada na atenção primária associada à rede de serviços de apoio, enfocando a reabilitação e a reinserção social dos usuários, com o objetivo de reduzir ou de cessar o consumo do tabaco na comunidade.

3 OBJETIVOS

3.1 Geral

- Propor um plano de intervenção para melhorar a assistência e o seguimento das pessoas dependentes de tabaco na cidade de Taparuba, Minas Gerais.

3.2 Específicos

- Capacitar a equipe de saúde para atuar na assistência aos usuários.
- Contribuir para a redução das complicações do tabagismo.

4 METODOLOGIA

Trata-se de um projeto de intervenção, cuja atenção será o seguimento integral das pessoas dependentes do tabaco. O estudo será realizado no Centro de Saúde de Taparuba, Minas Gerais.

Após realizar o diagnóstico situacional e conhecer o território estudado, incluindo os principais problemas enfrentados pela equipe, foram propostas algumas intervenções a fim de garantir a melhoria no atendimento aos pacientes com tabagismo e sua família.

A revisão de literatura buscou publicações nas bases de dados da Biblioteca Virtual em Saúde, Biblioteca Virtual da Universidade Federal de Minas Gerais e no INCA/MS. Os artigos que se encontram nessas bases de dados, bem como publicações em livros e revistas médicas serão selecionados conforme sua relevância e coerência com o assunto proposto. Outros dados foram disponibilizados pela Secretaria Municipal de Saúde de Taparuba e nos arquivos da Equipe de Saúde da Família (ESF).

Os Descritores em Ciências da Saúde (DeCS) utilizados para busca do referencial teórico foram: Tabagismo, Atenção Primária à Saúde (APS) e Educação em Saúde. Para a execução do plano de intervenções está prevista a participação dos profissionais e da comunidade de Taparuba/MG.

No plano de intervenções, inicialmente os usuários serão cadastrados e convidados a participar do projeto. Aqueles que concordarem com as propostas de tratamento serão incluídos no protocolo do Programa Nacional de Controle do Tabagismo orientado pelo Instituto Nacional de Câncer (INCA).

O trabalho será com equipe multidisciplinar, incluindo médicos, enfermeiros, técnicos de enfermagem, psicólogo, fisioterapia e agentes comunitários de saúde em parceria com a Secretária de Saúde do município e Academia da Cidade.

Será disponibilizada uma tarde ou uma manhã, na agenda de atendimentos, específica para o tratamento, incluindo o atendimento médico e o grupo de terapia cognitivo comportamental. Para realização desta intervenção serão disponibilizados cadernos elaborados previamente pela equipe de trabalho em concordância com a temática. Durante a intervenção haverá seguimento semanal com análise e cortes mensais de resultados obtidos, para avaliar o impacto da estratégia.

5 REVISÃO DE LITERATURA

5.1 Aspectos clínicos e epidemiológicos do tabagismo

É considerado tabagista o indivíduo que fumou mais de 100 cigarros, ou cinco maços de cigarros em toda a sua vida e fuma atualmente (OPAS, 1995). O tabagismo faz parte do grupo das dependências químicas, classificado com o código F17 na Classificação Internacional de Doenças (CID-10).

Atualmente morrem por ano quatro milhões de pessoas por doenças relacionadas ao tabagismo, sendo tal fator responsável por 1/6 de todas as mortes ocorridas no mundo (1/4 nos países ricos e 1/8 nos países pobres), podendo subtrair, em média, 22 anos de vida de cada fumante (OMS, 2009). No momento, nos países desenvolvidos, ocorrem três milhões de óbitos por ano. Se esse panorama não mudar, teremos cerca de dez milhões de mortes por ano em 2030 e 70% delas ocorrerão no mundo em desenvolvimento (Ásia, África e América Latina) (OMS, 2009).

No Brasil, o Programa Nacional de Controle do Tabagismo, desenvolvido pelo Instituto Nacional do Câncer, do Ministério da Saúde (INCA/MS) em parceria com as 27 secretarias estaduais, tem como objetivo reduzir o número de mortes causadas pelo tabagismo no país, mediante a redução da prevalência de fumantes na população brasileira. Para alcançá-lo, são adotadas medidas destinadas à prevenção da iniciação e ações que objetivam aumentar o acesso da população fumante a métodos eficazes de cessação do tabagismo. Todo profissional de saúde que atua na atenção primária deve estar apto a fazer pelo menos uma abordagem breve dos pacientes tabagistas a qual deverá ser oferecida durante atendimentos (BRASIL, 2001).

O tabaco possui substâncias químicas carcinogênicas que alteram o núcleo das células, provocando câncer. A nicotina é uma droga que apresenta alto poder de modificar a biologia e a fisiologia do cérebro, sendo fortemente indutora de dependência. Outra substância altamente cancerígena é o alcatrão. O monóxido de carbono penetra no sangue e dificulta o transporte e a distribuição de oxigênio para as células do organismo, diminuindo a resistência física e prejudicando a atividade mental, deixando sequelas para todo corpo (FOCCHI, 2006). O hábito de fumar pode trazer conseqüências devastadoras para o organismo humano. Os órgãos do Aparelho Respiratório são os mais susceptíveis, favorecendo a ocorrência de doenças pulmonares. A fumaça ambiental dos cigarros também é responsável por causar danos à saúde, principalmente em asmáticos, crianças e adultos susceptíveis (SILVA, 2012).

A dependência de nicotina apresenta um processo farmacológico e de conduta semelhante às substâncias psicoativas como a cocaína, os opióides e o álcool. O sistema de recompensa (dopaminérgico) tem participação fundamental na busca de estímulos causadores de prazer, tais como alimentos, sexo, relaxamento. A nicotina aumenta as concentrações de dopamina, principalmente no núcleo de Accumbens e na área tegmental ventral, efeito comum das drogas que causam dependência (SILVA, 2012).

5.2 Formas de abordagem da pessoa tabagista

Segundo o Ministério da Saúde, toda pessoa fumante deve ser abordada sobre os riscos do tabagismo e aconselhada a cessar ou reduzir o consumo do tabaco (BRASIL, 2001).

Estudos mostram que quanto maior o tempo dedicado para a abordagem do fumante, maior a taxa de cessação. A abordagem mínima (menos de 3 minutos) contribui para uma taxa de cessação do tabagismo em torno de 30%. Quando este tempo aumenta para 3 a 10 minutos a taxa de sucesso passa para 60%, podendo chegar a 100% quando este tempo é superior a 10 minutos (BRASIL, 2001).

A abordagem breve ou mínima (PAAP) consiste em perguntar, avaliar, aconselhar e preparar a pessoa a deixar de fumar. Este tipo de abordagem é feita por qualquer profissional de saúde e dura três minutos (BRASIL, 2001).

A abordagem básica (PAAPA) consiste em perguntar, avaliar, aconselhar, preparar e acompanhar o fumante. Esta abordagem é mais recomendada que a abordagem breve e se difere pelo acompanhamento profissional e o tempo de duração de três a cinco minutos. As perguntas são suficientes para avaliar o grau de motivação e a dependência da nicotina, conforme descrito a seguir:

1. Você fuma? Há quanto tempo?
2. Quantos cigarros por dia?
3. Quanto tempo após acordar acende o primeiro cigarro?
4. O que você acha de marcar uma data para deixar de fumar? Quando?
5. Já tentou parar?
6. O que aconteceu?

A partir das respostas, aconselha-se parar de fumar. Aqueles fumantes motivados devem ser acompanhados em pelo menos três momentos durante seis meses subsequentes. Aqueles que não estiverem dispostos a parar nos próximos 30 dias devem ser estimulados a

pensar sobre o assunto. O profissional deve mostrar-se disposto a apoiar a pessoa nesse processo (BRASIL, 2001).

A abordagem específica ou intensiva é prestada por equipes treinadas no tratamento do tabagismo, oferecida para aqueles fumantes motivados que não conseguiram sucesso com as abordagens anteriores. A terapia cognitivo comportamental é uma das propostas de atendimento, devendo ser oferecida regularmente em todas as unidades de saúde cadastradas para fazer o tratamento do tabagismo. Deve ser realizada em sessões periódicas, de preferência em grupo de apoio ou individualmente. Consiste em fornecer informações sobre os riscos do tabagismo e os benefícios de parar de fumar, e no estímulo ao autocontrole para que o indivíduo aprenda a escapar do ciclo da dependência e a tornar-se um agente de mudança de seu próprio comportamento (BRASIL, 2001).

Com o objetivo de elaborar um plano de tratamento, o paciente deve passar por uma consulta de avaliação clínica antes de iniciar a abordagem cognitivo-comportamental. Nessa consulta o profissional deve avaliar a motivação do paciente em deixar de fumar, seu nível de dependência física à nicotina, comorbidades e se há indicação ou contra-indicação no uso dos medicamentos. Todo paciente que tiver indicação de tratamento medicamento deve ser acompanhado em consultas individuais subsequentes (BRASIL, 2001).

5.3 Tratamento medicamentoso do tabagismo

O tratamento medicamentoso do fumante é gerenciado pela equipe técnica da Coordenação Nacional de Controle do Tabagismo, Prevenção e Vigilância do Câncer (CONPREV/INCA). É importante salientar que o apoio farmacológico tem um papel bem definido no processo de cessação de fumar, que é minimizar os sintomas da síndrome de abstinência, quando estes representam uma importante dificuldade para o fumante deixar de fumar. Sua função é, portanto, facilitar a abordagem comportamental na fase em que os fumantes manifestam sintomas da síndrome de abstinência. Embora o apoio medicamentoso aumente as chances da cessação de fumar, para que se alcance um resultado satisfatório não deve ser usado fora do contexto do apoio comportamental, na qual o fumante vai sendo paulatinamente estimulado e orientado a lidar com a dependência psicológica e a se “descondicionar” das associações feitas com o cigarro. Existem, no momento, algumas medicações de eficácia comprovada em auxiliar o fumante a deixar de fumar. Esses medicamentos eficazes são divididos em duas categorias, a saber: 1) nicotínicos; 2) não nicotínicos. Os medicamentos nicotínicos, também chamados de Terapia de Reposição de

Nicotina (TRN), se apresentam nas formas de adesivo, goma de mascar, inalador e aerossol. As duas primeiras correspondem a formas de liberação lenta de nicotina, e são, no momento, as únicas formas disponíveis no mercado brasileiro. Os medicamentos não nicotínicos são os antidepressivos bupropiona e nortriptilina. A bupropiona é o medicamento de eleição nesse grupo, pois, segundo estudos científicos, não apresenta na grande maioria dos casos, efeitos colaterais importantes. A TRN (adesivo e goma de mascar) e a bupropiona são considerados medicamentos de 1ª linha, e devem ser utilizados preferencialmente. A nortriptilina o medicamento de 2ª linha, e só deve ser utilizado após insucesso com a bupropiona (BRASIL, 2001).

As apresentações e dosagens dos medicamentos são: adesivo de 21 mg, 14 mg e 7 mg; goma de mascar de nicotina 2 mg e de 4 mg; inalador de nicotina 4 mg; spray nasal de nicotina 1 mg; bupropiona comprimidos de 150 mg; nortriptilina 10 mg, 25 mg, 75 mg (BRASIL, 2001). A posologia depende do número de cigarros fumados por dia ou do resultado do teste de Fagerström (Quadro 1), que avalia o grau de dependência da nicotina e os pacientes devem parar de fumar ao iniciar o tratamento com repositores de nicotina.

A goma deve ser mastigada com força algumas vezes, até sentir formigamento, ou o sabor da nicotina. Nesse momento, deve-se parar de mastigar e repousar a goma entre a bochecha e a gengiva, até o formigamento passar. Após, voltar a mastigar com força e repetir a operação por 30 minutos e desprezar a goma. Durante o uso da goma não se pode beber nenhum líquido, mesmo que seja água. A dose máxima recomendada é de 15 gomas por dia.

O adesivo de nicotina deve ser indicado de acordo com o teste de Fagerström definido como a seguir: escore entre 8 a 10, e/ou fumante de mais de 20 cigarros por dia, utilizar o seguinte esquema: quatro semanas com adesivo de 21 mg a cada 24 horas; seguido de quatro semanas com adesivo de 14 mg a cada 24 horas, e por fim, quatro semanas com adesivo de 7 mg a cada 24 horas. Pacientes com escore de Fagerström entre 5 a 7, e/ou fumante de 10 a 20 cigarros por dia e que fumam seu 1º cigarro nos primeiros 30 minutos após acordar, reduzir para quatro semanas com adesivo de 14 mg a cada 24 horas, seguidas de mais quatro semanas com adesivo de 7 mg a cada 24 horas. Em casos especiais, em grandes dependentes físicos de nicotina, pode-se avaliar a possibilidade da utilização de dois adesivos de 21 mg, concomitantes, perfazendo o total de 42 mg, desde que não haja contra-indicações. O adesivo deve ser aplicado apenas na região do tronco ou braços, fazendo um rodízio do local da aplicação a cada 24 horas. A região deve estar protegida da exposição direta do sol, porém, não há restrição quanto ao uso na água (BRASIL, 2001).

A bupropiona pode ser utilizada a critério clínico, prioritariamente a dosagem é de um comprimido de 150 mg pela manhã por 3 dias, em seguida, um comprimido de 150 mg pela manhã e outro comprimido de 150 mg, 8 horas após, até completar 12 semanas. A dose máxima de bupropiona recomendada é de 300 mg por dia (BRASIL, 2001).

As contra-indicações e precauções das medicações são: goma de mascar de nicotina: incapacidade de mascar, úlcera péptica, infarto agudo do miocárdio recente. Precauções: gestantes ou mulheres em fase de amamentação. O adesivo de nicotina é contra-indicado em caso de doenças dermatológicas. A bupropiona é contra-indicada em pessoas com antecedente convulsivo, epilepsia, convulsão febril na infância, anormalidades eletroencefalográficas conhecidas e alcoolistas em fase de retirada de álcool; uso de benzodiazepínico ou outro sedativo, doença cérebro-vascular, tumor de sistema nervoso central, bulimia, anorexia nervosa e uso de inibidor da MAO há menos de 15 dias. Contra-indicações relativas para o uso concomitante de: carbamazepina, cimetidina, barbitúricos, fenitoína, antipsicóticos, antidepressivos, teofilina, corticosteróides sistêmicos, pseudoefedrina, diabetes mellitus em uso de hipoglicemiante oral ou insulina (BRASIL, 2001).

A prescrição de qualquer medicação para cessação do tabagismo deve ser feita após uma avaliação clínica rigorosa na busca de possíveis contra-indicações e ajustes posológicos, principalmente, em relação à bupropiona. A solicitação de exames complementares ficará a critério clínico. O uso da bupropiona deve sempre ser feito sob supervisão médica (BRASIL, 2001).

Quadro 1: Teste de Dependência à Nicotina de Fagerström

1. Quanto tempo após acordar você fuma seu primeiro cigarro?

Dentro de 5 minutos (3)

Entre 6-30 minutos (2)

Entre 31-60 minutos (1)

Após 60 minutos (0)

2. Você acha difícil não fumar em lugares proibidos, como igrejas, ônibus, etc.?

Sim (1)

Não (0)

3. Qual cigarro do dia 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 freqüentemente pela manhã?
Sim (1)
Não (0)
6. Você fuma mesmo doente?
Sim (1)
Não (0)
Determinação do grau de dependência:
0 - 2 pontos = muito baixo
3 - 4 pontos = baixo
5 pontos = médio
6 -7 pontos = elevado
8 -10 pontos = muito elevado
Escores acima de 6 pontos significam que, provavelmente, o paciente sentirá desconforto (síndrome de abstinência) ao deixar de fumar.

Fonte: BRASIL, 2001.

5.4 Ações dos profissionais da Estratégia de Saúde da Família na abordagem do fumante

A Estratégia de Saúde da Família tem o objetivo de desenvolver ações a partir de uma equipe de profissionais que trabalha com definição de território de abrangência, cadastramento e acompanhamento da população da área, o estabelecimento de metas e o planejamento de ações, bem como a identificação das demandas e necessidades em saúde (MONNERAT, et al 2007). Nas atribuições dos profissionais da equipe é importante salientar as ações direcionadas para estreitar os vínculos com a população, identificar demandas em saúde e, desenvolver um trabalho de prevenção de doenças e promoção da saúde. O diagnóstico situacional é um dos instrumentos direcionadores. O tabagismo se destaca dentre as ocupações das equipes. Nesse sentido, é fundamental determinar as atribuições dos profissionais. O Ministério da Saúde sugere a seguinte organização:

- 1) Gerentes do Programa: gerenciar o Programa no município articulado com a coordenação estadual; promover a elaboração de projetos de ações de educação e divulgação do tratamento do tabagismo; organizar eventos em campanhas anuais previstas pelo Ministério da Saúde; distribuir o material de apoio fornecido pelo

MS/INCA e Secretaria Estadual aos canais institucionais (ambiente de trabalho, escolas e unidades de saúde);planejar e avaliar as ações desenvolvidas no município; coletar dados sobre a realização das atividades no município.

- 2) Enfermeiros: informar os pacientes dos riscos e conseqüências do uso do tabaco;estimular a participação dos fumantes no Programa de Cessação do Tabagismo;organizar ações educativas para o controle do tabagismo.
- 3) Agentes Comunitários de Saúde: distribuir material educativo (folders, panfletos, adesivos); orientar a comunidade quanto aos riscos e conseqüências do uso do tabaco; encaminhar para a unidade de saúde os fumantes que desejam parar de fumar.
- 4) Médicos: realizar abordagem mínima perguntando ao paciente se fuma ou convive com fumantes;esclarecer aos pacientes sobre os riscos e conseqüências do uso do tabaco; aconselhar os pacientes fumantes a deixarem de fumar informando os benefícios ao parar de fumar; acompanhar os pacientes e prescrever as medicações, quando indicadas no tratamento.

6 PLANO DE AÇÃO

6.1 Problemas identificados no Diagnóstico situacional

Ao fazer a análise situacional do território da Equipe de Saúde do município de Taparuba, foram identificadas as seguintes condições de saúde que mais impactam na comunidade:

- 1 – Elevado número de dependentes de tabaco, álcool e outras drogas.
- 2 – Elevado número de pessoas com doenças respiratórias e cardiovasculares.
- 3 – Elevado número de pessoas com transtornos nutricionais e dislipidemia.
- 4 – Alta incidência de doenças mentais e uso de drogas psicoativas.
- 5 – Baixa resolutividade da APS para estas condições.
- 6 – Alta incidência de pessoas com parasitose intestinal.

A ordem de prioridade dos problemas foi definida com auxílio do método da matriz de priorização, muito utilizada para fazer análise das situações de saúde. Com a participação dos profissionais da equipe e de pessoas da comunidade, todos concordaram com a ordem de priorização dos problemas (Quadro 2).

Quadro 2 – Principais problemas na Equipe de Saúde Taparuba, 2015.

Equipe de Saúde de Taparuba - Priorização dos Problemas				
Principais Problemas	Importância	Urgência	Capacidade de enfrentamento	Seleção
Tabagismo	Alta	7	Parcial	1
Doenças respiratórias e cardiovasculares	Alta	5	Parcial	2
Doenças mentais	Alta	5	Parcial	3
Parasitose	Alta	5	Parcial	4
Transtornos nutricionais e dislipidemia	Alta	4	Parcial	5
Baixa resolutividade da APS	Alta	2	Parcial	6

Fonte: Equipe de Saúde Taparuba

6.2 Nós críticos e suas justificativas

A dependência do tabagismo e suas nuances relacionadas com os sintomas de abstinência e a relação com o consumo do tabaco, ou seja, a motivação para fumar, é o

principal nó crítico a ser enfrentado. A gestão do problema deve ser compartilhada entre os profissionais, o usuário, os familiares e a sociedade em geral. O papel da equipe de saúde passa pelo acolhimento, a vinculação, o apoio técnico através do conhecimento científico e certo grau de persistência, considerando que os dependentes poderão ter mais de uma recaída durante o tratamento do tabagismo. O Quadro 3 sintetiza o desenho das operações para os demais nós críticos relacionados ao tabagismo.

Quadro 3 - Desenho de operações para os “nós” críticos do problema tabagismo em Taparuba, MG

Desenho das operações para os “nós” críticos do problema Tabagismo				
Nós críticos	Operação/projeto	Resultados esperados	Produtos esperados	Recursos necessários
Dependência química	Grupos de apoio e abordagens individuais	Redução do número de fumantes	Modificar hábitos e estilos de vida.	Organizacional: ambiente seguro e reservado para os atendimentos Cognitivo: sensibilização individual Intersetorial: parceria com os serviços de educação e esportes Financeiro: recursos audiovisuais, folhetos educativos e medicações
Falta de capacitação profissional para a abordagem do tabagista	Capacitar os membros da equipe, de acordo com as atribuições de cada categoria	Qualificar e assegurar melhor assistência	Profissionais seguros, envolvidos e com habilidades assistenciais	Cognitivo: conhecimento sobre o tema Político: negociar treinamento na Secretaria de Saúde Organizacional: liberação dos profissionais para o treinamento

A elaboração do plano de intervenção para o problema do tabagismo prevê duas atividades principais: a primeira voltada para o treinamento dos profissionais que farão a abordagem dos fumantes na área de abrangência, e a segunda, direcionada aos usuários tabagistas candidatos a deixar ou reduzir o consumo de cigarros. O quadro 4 apresenta o plano de intervenção.

Quadro 4: Elaboração do plano de intervenção

Plano de intervenção					
Operações	Resultados	Produtos	Ações estratégicas	Responsável	Prazo
Programação dos atendimentos individuais e em grupo.	Reduzir o número de pessoas fumantes na área de abrangência.	Início dos atendimentos aos usuários. Nível de motivação e frequência dos participantes.	Solicitação de medicamentos e livretos padronizados pelo INCA. Identificação das pessoas interessadas em para de fumar no momento da abordagem breve. Aplicação do PAAB e teste de dependência. Avaliação clínica do usuário participante do tratamento. Apoio e orientações para as possíveis armadilhas da fissura. Avaliação do processo.	Médica, enfermeira e farmacêutico	30 dias
Treinamento da equipe	Equipe capacitada para atuar na abordagem do tabagista.	Qualificar o atendimento.	Aulas teóricas e práticas	Secretaria Estadual de Saúde ou profissional de referência já treinado pela Secretaria de Saúde	30 dias

Quadro 5: Elaboração do plano operativo

Plano Operativo: alta incidência de pessoas fumantes					
Operações	Resultados	Produtos	Ações estratégicas	Responsáveis	Prazos
Mais conhecimentos Capacitação dos membros da equipe	Reduzir o número de	Implantação do Programa	Treinar a	Secretaria	90 dias

de saúde.	pessoas fumantes	de Tratamento do tabagismo	equipe	Saúde	
Mais Saúde Abordagem dos pacientes e familiares sobre a dependência do tabaco.	Usuários e familiares mais informados sobre impacto de tabagismo medidas para reduzir o consumo de tabaco.	Grupos educativos e abordagem individual	Apresentar o projeto para as Secretarias de Saúde e da Educação	Médica	90 dias

A gestão do plano, contará com a participação dos profissionais da equipe (médica, enfermeira e farmacêutico) e gestor da Secretaria de Saúde. A avaliação do processo deverá ocorrer ao final de cada etapa do treinamento afim de corrigir erros ou distorções que prejudiquem o andamento do projeto. O quadro 6 apresenta a gestão do plano com seus respectivos itens.

Quadro 6: Gestão do plano

Produtos	Responsável	Prazo	Situação atual	Justificativa
Treinamento da Equipe de Saúde	Secretaria de Saúde	90 dias	Apresentação do projeto à Secretaria de Saúde	Preparo da equipe para os atendimentos da população tabagista.
Grupos educativos com usuários e familiares	Médica, farmacêutico e enfermeira	90 dias	Primeiras abordagens em andamento com a população e os demais profissionais do Centro de Saúde.	Sensibilização dos usuários e dos familiares para a redução do tabagismo
Avaliação do processo de trabalho com a equipe de saúde e com os usuários	Médica	120 dias	Aguardar o andamento do projeto	Necessidade de adequações e continuidade do processo educativo.

7 CONSIDERAÇÕES FINAIS

É possível concluir que o tratamento do tabagismo é uma das ações previstas no conjunto de atividades dos profissionais da Estratégia Saúde da Família. Isso ocorre em função do processo de capacitação das equipes e da vinculação dos usuários com os profissionais, estes que conhecem os problemas de saúde da população adscrita. Além disso, pode-se afirmar que as políticas de promoção da saúde têm contribuído imensamente na motivação das pessoas em parar de fumar. De certo modo, o fumante se compromete não somente com o profissional de saúde, mas também com uma proposta que vem se disseminando em toda sociedade. Torna-se importante citar o papel da família, dos amigos e da mídia, pois esses atuam como atores determinantes na conquista de uma nova identidade para o indivíduo. Nesse sentido, a equipe de saúde direciona as ações de sua competência e completa o ciclo de tratamentos e apoios necessários ao processo de reabilitação.

REFERÊNCIAS

1. BRASIL. Ministério da Saúde. Instituto Nacional de Câncer – INCA. Coordenação de Prevenção e Vigilância (CONPREV). Abordagem e Tratamento do Fumante: Consenso 2001. Rio de Janeiro: INCA, 2001. 38p.
2. FOCCHI, G.R.A. Tabagismo: dos Fundamentos ao Tratamento. Editora Lemos. 2006
3. INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA (IBGE). Estatísticas e indicadores – população, 2010.
4. MONNERAT, G. L. et al. Do direito incondicional à condicional idade do direito: as contrapartidas do Programa Bolsa Família. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v.12, n.6, p.1453-1462, 2007.
5. ORGANIZAÇÃO PANAMERICANA DE SAÚDE. Guias para o Controle e Monitoramento da Epidemia de Tabaco. OPAS, 1995.
6. SILVA, L.C.C. Tabagismo: doença que tem tratamento. Porto Alegre: Artmed. 2012, 312p.
7. PREFEITURA MUNICIPAL DE TAPARUBA. Diagnostico Situacional de Saúde do Município de Taparuba: Documento técnico do Conselho Municipal de Saúde de Taparuba, 2015.
8. ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE (OMS). WHO Report on the Global Tobacco Epidemic, 2009: Implementing smoke-free environments. Geneva: World Health Organization, 2009.