

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

JACKELINE DRUMOND ALVARENGA

**IMPLEMENTAÇÃO DE AÇÕES PARA O CONTROLE DO
TABAGISMO NA UNIDADE DE SAÚDE DO BAIRRO SANTA CRUZ,
CORONEL FABRICIANO, MINAS GERAIS.**

**GOVERNADOR VALADARES/MG
2014**

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

JACKELINE DRUMOND ALVARENGA

**IMPLEMENTAÇÃO DE AÇÕES PARA O CONTROLE DO
TABAGISMO NA UNIDADE DE SAÚDE DO BAIRRO SANTA CRUZ,
CORONEL FABRICIANO, MINAS GERAIS.**

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado ao Curso de Especialização em Atenção Básica em Saúde da Família, Universidade Federal de Minas Gerais, como requisito parcial para obtenção de título de Especialista.

Orientadora: Agma Leozina Viana Souza

**GOVERNADOR VALADARES
2014**

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

JACKELINE DRUMOND ALVARENGA

**IMPLEMENTAÇÃO DE AÇÕES PARA O CONTROLE DO
TABAGISMO NA UNIDADE DE SAÚDE DO BAIRRO SANTA CRUZ,
CORONEL FABRICIANO, MINAS GERAIS.**

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado ao Curso de Especialização em Atenção Básica em Saúde da Família, Universidade Federal de Minas Gerais, como requisito parcial para obtenção de título de Especialista.

Orientadora: Agma Leozina Viana Souza

Banca Examinadora

Prof^a.: Agma Leozina Viana Souza - Orientadora

Prof^a.: Flávia Casasanta Marini - Examinadora

Aprovado em Belo Horizonte: 23/08/2014

RESUMO

O tabagismo é reconhecido como uma dependência química, classificado na Décima Revisão da Classificação Internacional de Doenças (CID-10), no grupo dos transtornos mentais e de comportamento decorrentes do uso de substância psicoativa. É considerado como a maior causa de morte evitável no mundo e um grave problema de saúde pública. Anualmente, morrem cerca de cinco milhões de fumantes no mundo em consequência das doenças relacionadas ao tabaco, sendo cerca de 200 mil mortes no Brasil. 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. O estudo tem como objetivo geral ampliar as ações voltadas ao tabagista de acordo com o Programa Nacional de Controle do Tabagismo a partir do levantamento de dados realizado pela Equipe de Saúde da Família. Para fundamentação teórica foi realizada uma pesquisa na base de dados da Biblioteca Virtual em Saúde (BVS), Manuais do Ministério da Saúde e INCA e em literaturas que complementam a temática. A pesquisa iniciou-se em março de 2014 e estendeu-se até julho do mesmo ano. O estudo trata da elaboração de um plano de intervenção para implementação de ações voltadas para a abordagem e o tratamento das pessoas fumantes moradoras da área de abrangência da Equipe Vermelha da Unidade de Saúde do Bairro Santa Cruz na cidade de Coronel Fabriciano, MG. Espera-se que a implementação deste plano de intervenção contribua para a redução do consumo de cigarros entre os moradores da área de abrangência da equipe vermelha e que possa servir de incentivo para a formação de outros grupos para tabagistas visando melhorar os indicadores de saúde pública e a diminuição da mortalidade decorrente das doenças tabaco-relacionadas.

Palavras-chaves: Tabagismo. Nicotina. Dependência de tabaco

ABSTRACT

The smoking is recognized as a chemical dependence classified in the Tenth Revision of the International Classification of Diseases (ICD-10), in the group of the mental and behavioral disorders due to psychoactive substance use. It is considered as the largest cause of avoidable death in the world and a serious problem of public health. Annually, die about five million smokers in the world in consequence of the diseases related to the tobacco, being about 200.000 deaths in Brazil. The interest in studying the smoking appeared starting from the evaluation of epidemic data picked by the team of health that identified a significant number of smokers in the inclusion area. The study has as general objective to enlarge the actions returned to the smokers in agreement with the National Program of Control of smoking starting from a rising accomplished by the Team of Health of the Family. For theoretical grounding a research was accomplished in the base of data of the Virtual Library in Health, manuals of Ministry of Health and INCA and in literatures that complement the thematic. The research began in march of 2014 and extended to july of the same year. The study proposes an action plan focused on the approach and treatment of those smokers living in the catchment area of the Red Team of Santa Cruz Health Unit at Coronel Fabriciano city. It's expected that the implementation of this plan will contribute to the reduction of smoking among residents of the area covered by the team and that can serve as an incentive for the formation of other groups for smokers to improve the indicators of public health and the reduction of mortality resulting from tobacco-related diseases.

Key-Words: Smoking. Nicotine. Tobacco dependence.

SUMÁRIO

1. INTRODUÇÃO	7
2. JUSTIFICATIVA	9
3. REVISÃO DE LITERATURA	10
3.1 Breve histórico sobre o tabagismo.....	10
3.2 A iniciação ao uso do tabaco	12
3.3 O tabagismo e as implicações para a saúde	13
3.4 Estratégias para a abordagem do tabagismo	14
3.4.1 Estágio motivacional	14
3.4.2 Teste de Fargestrom	15
3.4.3 Avaliação clínica do tabagista.....	15
3.4.4 Abordagem cognitivo comportamental	15
3.4.5 Apoio medicamentoso	16
4. OBJETIVOS	17
4.1 Geral	17
4.2 Específicos	17
5. METODOLOGIA	18
6. PLANO DE INTERVENÇÃO	19
7. CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	22
REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS	24
ANEXOS	26

1. INTRODUÇÃO

O tabagismo é reconhecido como uma dependência química, classificado na Décima Revisão da Classificação Internacional de Doenças (CID-10), no grupo dos transtornos mentais e de comportamento decorrentes do uso de substância psicoativa. A nicotina, presente em todos os tipos de cigarro, inclusive os de palha, cachimbos, charutos, fumo de rolo, rapé, narguilé e outros; é a principal substância causadora da dependência (BRASIL, 2007).

Considerado como a maior causa de morte evitável no mundo, o tabagismo é responsável por 45% das mortes por infarto do miocárdio, 85% das mortes por doença pulmonar obstrutiva crônica, 25% das mortes por doença cérebro-vascular e 30% das mortes por câncer, sendo que 90% dos casos de câncer de pulmão ocorrem em fumantes (BRASIL, 2007). Anualmente, morrem cerca de seis milhões de fumantes em todo mundo, sendo mais de 200 mil no Brasil (SANTOS, 2012).

A prevalência do tabagismo é maior em populações consideradas vulneráveis, seja pela baixa renda ou pelo menor grau de escolaridade. As incapacidades causadas pelas doenças tabaco relacionadas geram perda de produtividade e excluem muitas pessoas do mercado de trabalho (BRASIL, 2007).

Este cenário levou diversos países, incluindo o Brasil, a aderirem ao maior tratado internacional de saúde pública, coordenado pela Organização Mundial de Saúde: a Convenção Quadro para Controle do Tabaco (CQCT). O principal objetivo do tratado é reduzir a prevalência do consumo e a exposição à fumaça do tabaco (BRASIL, 2007).

No Brasil, as ações de controle do tabagismo tiveram início na década de 1980 direcionadas 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).

Segundo o IBGE (2008), 17,5% da população brasileira com quinze anos ou mais faz uso de tabaco, sendo por isso, considerado uma doença pediátrica. A Região Sudeste possui o maior contingente de fumantes com 10,4 milhões de pessoas.

Coronel Fabriciano, cidade localizada a leste de Minas Gerais, possui uma população de 108.302 habitantes (IBGE, 2013). A sua rede de serviços de saúde é composta por dois

hospitais privados, um Centro de Atenção Psicossocial (CAPS), duas policlínicas, quinze unidades de apoio diagnóstico e doze unidades de saúde com dezoito equipes de saúde da família (DATASUS, 2014).

A Unidade de Saúde do Bairro Santa Cruz possui cinco equipes da Estratégia Saúde da Família (ESF), denominadas por cores. A população atendida pelas equipes é de aproximadamente 20.000 habitantes. A unidade desenvolve ações de prevenção de doenças e promoção de saúde, além de atendimentos nas condições agudas. A Equipe Vermelha possui uma população de 3.404 habitantes, sendo identificados 209 fumantes, correspondendo a 6,14% dos usuários. Este dado chamou a atenção da equipe para a necessidade de implementar ações voltadas para este público.

Este trabalho de conclusão de curso pretende apresentar uma proposta de implementação de ações voltadas para a abordagem e o tratamento das pessoas fumantes moradoras da área de abrangência da Equipe Vermelha da Unidade de Saúde do Bairro Santa Cruz na cidade de Coronel Fabriciano, MG.

2. JUSTIFICATIVA

Sendo o tabagismo uma doença crônica decorrente do contato com agentes tóxicos contidos no cigarro, seja para fumantes ativos ou para fumantes passivos, sendo este a causa de milhares de mortes ocorridas pelo seu uso e sendo um grave problema de saúde pública no Brasil e no mundo, faz-se necessário a união de esforços para facilitar o acesso ao tratamento e a prevenção do uso do tabaco.

A abordagem e o tratamento do fumante são ações de competência dos profissionais de saúde prioritariamente na Atenção Primária, ou seja, as equipes devem estar aptas a conhecer, acolher e tratar as pessoas que desejam parar de fumar. Um grande fomento para este desempenho tem sido o número de pessoas que procuram ajuda para deixar de fumar. Neste contexto, a terapia cognitiva comportamental, tem sido uma técnica recomendada para tratar a pessoa dependente.

As justificativas para este estudo se amparam no grande numero de pessoas fumantes identificadas no diagnóstico epidemiológico da área de abrangência da Equipe Vermelha; na experiência prévia e na governabilidade da equipe em oferecer abordagem terapêutica adequada aos tabagistas. O plano de ação proposto segue as orientações do Programa Nacional de Controle e Tratamento do Tabagismo do Ministério da Saúde.

Sendo assim, o presente estudo se justifica pela relevância social e acadêmica em proporcionar condições para diminuir o número de fumantes e conseqüentemente as doenças decorrentes do fumo.

3. REVISÃO DE LITERATURA

3.1 Breve histórico sobre o tabagismo

O tabaco é uma planta originária da América Central, da qual é extraída a nicotina. Seu uso surgiu aproximadamente no ano 1.000 a C., em rituais religiosos e de magia nas sociedades indígenas da América. A disseminação do tabaco na Europa ocorreu por volta do século XVI através do diplomata francês Jean Nicot que utilizou a erva na cura de uma ulcera de perna. No Brasil a planta chegou provavelmente pela migração de tribos tupis-guaranis (UNIFESP, 2003).

No início, acreditava-se nas características medicinais do tabaco para a cura de doenças como o reumatismo, asma, bronquite, entre outras. Neste intuito, mesmo sem comprovações de seu poder de cura, o uso do tabaco sob diferentes formas foi assumindo espaço no mercado ao longo dos anos (INCA, 1998).

A partir de 1950 o cigarro passa a ser produzido industrialmente e através das propagandas de marketing o hábito de fumar passa a ser objeto de desejo da população e se torna algo familiar. À época, ser tabagista era considerado como parte da personalidade e do comportamento do indivíduo, símbolo de masculinidade e de representação social positiva, ideal de auto-imagem, beleza, sucesso, liberdade (CARVALHO, 2009).

As primeiras publicações científicas que relacionavam o consumo do tabaco com o aparecimento de doenças surgiram em 1960. A partir dessa época, a preocupação com a expansão do tabagismo atraiu a atenção do mundo sobre as doenças e mortes evitáveis a ele relacionadas. Desde então, a OMS articula em todo o mundo, várias ações com a finalidade de por em evidência as diferentes interfaces ou problemáticas do consumo de tabaco.

No Brasil, historicamente, a primeira ação para o controle do tabagismo foi em 1977 com objetivo educacional. Em 1979 foi redigida, por médicos, a Carta de Salvador intitulada: “O tabagismo: um novo desafio”, que propunha inclusão de ações no Plano Nacional de Saúde sobre o controle do tabagismo (CARVALHO, 2009).

Ao final da década de 1980, o Ministério da Saúde passou a assumir a organização das ações de controle do tabagismo em parceria com o Instituto Nacional do Câncer (INCA). Nesse período foi criado o Programa Nacional de Controle do Tabagismo (PNCT) cujo foco envolvia ações de prevenção da iniciação ao tabagismo, tratamento dos tabagistas e ações legislativas, econômicas e de comunicação social. Durante alguns anos tais ações foram pontuais, passando então a envolver ações contínuas (BRASIL, 2001).

Com a criação do Sistema Único de Saúde (SUS) em 1988, foi dado um importante passo para a organização das políticas de saúde no Brasil, incluindo ações de controle do tabagismo. Com a promulgação da Constituição Federal em 1988 da Seção “Da Saúde” reconhece “A saúde é um direito de todos e dever do Estado mediante políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco de doença e de outros agravos e ao acesso universal e igualitário às ações e serviços para a sua promoção, proteção e recuperação” (BRASIL, 1988, p.116).

Neste contexto, as Leis nº 8080 e nº 8142 estabelecem os princípios doutrinários do SUS que são: Universalidade, Equidade e Integralidade e os princípios organizativos: Regionalização, Hierarquização, Resolubilidade, Descentralização e a Participação dos Cidadãos na Gestão do SUS através das Conferências e Conselhos de Saúde (BRASIL, 1990).

Para além de ser um grave problema de saúde, o tabagismo se pauta em políticas públicas que integram maior articulação entre as esferas sociais, políticas e econômicas (CARVALHO, 2009).

O quadro a seguir descreve os principais aspectos referentes às três dimensões de uma política de prevenção do tabaco.

Quadro 1– Dimensões de uma Política de Controle do Tabaco.

Dimensões da Política	Eixos do Controle do Tabaco
Proteção Social	- Fortalecimento da promoção da saúde; - Divulgação de informações relevantes sobre o tabagismo; - Acesso às ações de promoção e tratamento.
Política	- Questão federativa; - Relação Executivo/Legislativo; - Relação com os movimentos sociais e ONGs.
Econômica	- Medidas de regulação da propaganda, promoção e patrocínio do tabaco; - Regulação da venda dos produtos de tabaco; - Relação com produtores da indústria fumageira; - Relação com agricultores; - Repressão ao comércio ilícito; - Regulação do consumo.

Fonte: Carvalho (2009, p.51)

Apesar de avanços conquistados com as políticas públicas, Carvalho (2009, p.49) relata que:

O processo de disseminação do tabagismo requer dos governos investimentos em uma política para controle do tabaco que seja abrangente, envolvendo entre outros aspectos: a regulação sobre os produtos do tabaco; a proteção à população, em especial quanto à exposição passiva à fumaça do tabaco; a garantia às populações do acesso aos métodos para deixar de fumar; e a melhoria das informações aos consumidores de tabaco.

Neste contexto permanecem os grandes desafios: promover ações de educação principalmente voltada para crianças e jovens afastando-os da iniciação ao tabagismo; dificultar o acesso ao cigarro pela elevação dos preços do produto; proibir a venda de cigarros em auto-serviços e máquinas automáticas; controlar a venda de cigarros a menores; combater o mercado ilegal (INCA, 2004).

3.2 A iniciação ao uso do tabaco

Estudos apontam que a idade média de início do consumo do tabaco está entre os 12 e 13 anos de idade, sendo por isso, considerado uma doença pediátrica (DIRETRIZES CLINICAS 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 ou outros membros da família, aspectos psicopatológicos específicos da adolescência, pressão do grupo de colegas, publicidade da indústria do tabaco, fatores genéticos e étnicos. Brasil (2004) colabora com as afirmações e acrescenta que o baixo custo do cigarro e a venda em auto-serviços ou em máquinas automáticas também são fatores facilitares da iniciação ao tabagismo entre os jovens e adolescentes.

A OMS define como fumante atual, aquele jovem que fumou pelo menos um dia nos últimos 30 dias, e 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, 2004).

Este inquérito epidemiológico mostra que a prevalência do tabagismo entre os jovens é maior nas regiões Sul e Sudeste do que nas regiões Norte e Nordeste, fato possivelmente relacionado á urbanização das primeiras regiões. Estes dados apontam para a necessidade de estratégias que reduzam a experimentação e o consumo regular de cigarros e derivados, além de recomendar ações de educação para qualquer nível de atenção em saúde onde o usuário possa ser abordado (BRASIL, 2004).

3.3 O tabagismo e as implicações para a saúde

O tabagismo deve ser entendido como uma doença crônica, devido á dependência de nicotina, portanto todos os fumantes devem ser orientados a deixar de fumar. Segundo o INCA, o tabagismo mata 5 milhões de pessoas anualmente no mundo, no Brasil são 200 mil mortes anuais. Estima-se que se esta tendência atual se mantiver, em 2020, serão 10 milhões de mortes por ano e 70% delas acontecerão em países em desenvolvimento. Além de ser fator causal para mais de cinquenta doenças, o tabagismo agrava outras doenças crônicas incidentes, tais como a hipertensão, a diabetes e a tuberculose (BRASIL, 2007). Importa saber que cerca de 80% dos fumantes desejam parar de fumar, porem apenas 3% conseguem a cada ano.

Sabe-se que a combustão do cigarro produz 4720 substâncias, sendo que 60 apresentam atividade cancerígena e várias outras são reconhecidamente tóxicas. A nicotina é a substância que causa a dependência. Após a tragada, ela chega ao cérebro em 7 a 19 segundos, provocando a liberação de substancias que proporcionam a sensação de prazer e redução da tensão e da ansiedade (SANTOS, 2012).

A dependência química do tabaco possui três componentes básicos:

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

A pessoa que fuma não adoece sozinha, ou seja, o tabagista passivo (pessoa que está exposta involuntariamente ás substâncias tóxicas da fumaça do tabaco) tem risco 30% maior de desenvolver câncer de pulmão, 25% maior de desenvolver doenças cardiovasculares além de asma, pneumonia, sinusite, dentre outras. O tabagismo passivo é considerado a terceira causa de morte evitável e estima-se que em todo mundo, metade das crianças está exposta á poluição tabágica ambiental, maioria sendo atingidas em seus domicílios (DIRETRIZES CLINICAS NA SAÚDE SUPLEMENTAR, 2011).

3.4 Estratégias para a abordagem do tabagista

3.4.1 Estágio motivacional

A identificação do estágio motivacional 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 fumante pode estar 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 fumante pensa em parar de fumar, mas não tem data marcada. O papel do profissional é manter o aconselhamento e encorajar o fumante a marcar uma data dentro de 30 dias. O fumante que se encontra na fase de ação está pronto para parar de fumar. 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 as dificuldades possíveis nas fases anteriores e parou de fumar. É importante receber elogios da equipe e manter-se vigilante evitando sempre o primeiro trago. A recaída é a quando o indivíduo volta a fumar, mesmo que em menor quantidade. O profissional deve recomençar o processo de abordagem motivacional. (SANTOS, 2012).

3.4.2 Teste de Fargstrom

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

maior grau de dependência 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 Fargestrom (Anexo 1), faz parte dos instrumentos utilizados para classificar o grau de dependência á nicotina dos participantes do grupo.

3.4.3 Avaliação clínica do tabagista

A avaliação clínica do tabagista é fundamental para identificar a presença de doenças relacionadas ao tabagismo e possíveis contra-indicações ou interações medicamentosas durante o tratamento farmacológico da dependência. Para Reichert *et al* (2008), a avaliação clinica deve incluir o grau de dependência do tabagismo e 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.

3.4.4 Abordagem Cognitivo comportamental

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. A técnica é utilizada em grupos com 10 a 15 pessoas, com sessões que duram uma hora e meia, por um período de 6 meses. A farmacoterapia, quando indicada, deve ser aplicada em complementação á abordagem grupal. Em suma, a terapia cognitivo comportamental aborda quatro pontos estratégicos: 1) preparar o fumante para soluções de seus problemas; 2) estimular habilidades para resistir ás tentações de fumar; 3) preparar o fumante para prevenir a recaída; 4) preparar o fumante para lidar com o *stress* (BRASIL, 2001). 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.

3.4.5 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, 2002). 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 á 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, 2001). As diretrizes recomendam que o tratamento medicamentoso seja utilizado durante 12 semanas. Entretanto, em caso de recaída ou persistência dos sintomas de abstinência, o paciente poderá se beneficiar com o uso prolongado da medicação.

A proposta de abordagem e tratamento dos tabagistas apresentada neste trabalho prevê a utilização dos instrumentos e métodos descritos neste item.

4. OBJETIVOS

4.1.Geral

Implementar ações de tratamento do tabagismo para os usuários da Unidade de Saúde do Bairro Santa Cruz, Coronel Fabriciano, MG.

4.2.Específicos

- Ampliar a abordagem ao tabagista através de um plano de intervenção.
- Realizar pesquisa detalhada sobre o tema.

5. METODOLOGIA

A construção deste trabalho teve como ponto inicial uma pesquisa bibliográfica de publicações sobre o tabagismo. Para Cervo e Bervian (2002), a pesquisa bibliográfica objetiva explicar, agrupar, analisar e debater informações científicas já publicadas com o intuito de embasar o tema proposto. Entende-se então por pesquisa bibliográfica, um trabalho que envolve etapas de leitura, seleção e fichamento, com o objetivo de conhecer as contribuições científicas sobre o determinado assunto.

Para este trabalho, a pesquisa bibliográfica teve início em março de 2014 e estendeu-se até junho do mesmo ano. A seleção fundamentou-se na leitura íntegra de nove artigos científicos, manuais do Ministério da Saúde e INCA, sendo que o estudo condensa os principais resultados descritos. Os critérios de inclusão foram: publicações em português em texto completo; resumos inteligíveis relacionados e compatíveis aos indexadores centrais da pesquisa. Foram utilizadas as palavras-chaves: tabagismo, nicotina, dependência de tabaco.

O estudo pretende elaborar e apresentar uma proposta de implementação de ações voltadas para a abordagem e o tratamento das pessoas fumantes moradoras da área de abrangência da Equipe Vermelha da Unidade de Saúde do Bairro Santa Cruz na cidade de Coronel Fabriciano, MG.

A realização do plano de intervenção foi baseada nos dados encontrados na avaliação de dados epidemiológicos colhidos pela equipe de saúde, que identificou um número significativo de fumantes na área de abrangência.

6. PLANO DE INTERVENÇÃO

A proposta de tratamento dos tabagistas na Unidade de Saúde do Bairro Santa Cruz se baseia nas orientações do Plano de Implantação da Abordagem e Tratamento do Tabagismo na Rede SUS e do Consenso da Abordagem e Tratamento do Tabagismo do ano de 2001, ambas, publicações do Ministério da Saúde/INCA.

Uma das ações executadas pelos profissionais é o aconselhamento para cessação do tabagismo. Segundo Reichert *et al* (2008), o aconselhamento é uma ação importante, de baixo custo operacional e que pode ser conduzida por qualquer profissional treinado. A abordagem em grupo é sugerida pelo Consenso de Tabagismo e, portanto, será utilizada neste projeto de intervenção.

Os grupos terão no máximo 15 participantes e a cada sessão será de 90 minutos. As quatro primeiras sessões serão semanais, em seguida quatro sessões quinzenais e após, quatro sessões mensais de manutenção. Nas palestras estarão presentes membros da equipe: psicóloga, enfermeira, clínica geral, psiquiatra, ACS, nutricionista. As cartilhas fornecidas pelo Ministério da Saúde em parceria com o INCA serão utilizadas como guia para a condução das sessões. Serão distribuídas quatro cartilhas, um para cada semana com os seguintes temas: 1) Entender por que se fuma e como isso afeta a saúde, 2) Os primeiros dias sem fumar, 3) Como vencer os obstáculos para permanecer sem fumar, 4) Benefícios obtidos após parar de fumar. As sessões subseqüentes de manutenção serão quinzenais e a partir do terceiro ao sexto mês, serão mensais com duração de uma hora. Nos intervalos, se necessário, o participante poderá ser acolhido por qualquer membro capacitado da equipe visando evitar as recaídas durante o tratamento. Os encontros serão realizados no Salão dos Vicentinos, no próprio bairro, local que oferece conforto e comodidade aos participantes.

Para seguimento do plano de ação haverá lista de freqüência dos participantes e registro sucinto do conteúdo das sessões em livro ata. Sob forma de tabela, sumariamente, o plano de intervenção é apresentado a seguir.

PLANO DE INTERVENÇÃO					
AÇÃO	OBJETIVO	RESPONSÁVEL	MEIO	PRAZO	AVALIAÇÃO
Implantar Ambiente Livre do Tabaco na Unidade de Saúde	-Divulgar a proibição do uso de cigarros nos ambientes públicos de saúde.	Profissionais de saúde, Gestores, ACS	Cartazes, panfletos, folders, orientações	60 dias	Observação do ambiente
Levantar dados na área de abrangência	-Conhecer e quantificar a população tabagista do território de abrangência; -Realizar busca e identificar os fumantes na comunidade	ACS	Ficha para coleta de dados, Caneta, Calculadora	30 dias	Basear em dados estatísticos
Planejar os Grupos de abordagem do tabagismo	-Colaborar no planejamento dos grupos; -Programar e organizar a formação dos grupos; -Coordenar e conduzir o grupo; -Realizar a abordagem inicial e preencher a ficha de avaliação global do participante; -Preencher e enviar as planilhas de cartilhas e medicamentos à Secretaria Municipal de Saúde; -Supervisionar e	Gestor e Supervisor Enfermeiros	Livro de ata e caneta	30 dias	Organização do grupo

	orientar os ACS; -Avaliar e reorganizar o grupo em conjunto com outros profissionais participantes.				
Implementar o Grupo de abordagem	-Realizar a abordagem cognitivo comportamental; -Solicitar e controlar o consumo dos medicamentos; -Enviar planilha de consumo dos medicamentos; -Avaliar a condição clínica do participante; -Indicar o tratamento medicamentoso.	Profissionais de saúde treinados Farmacêutico Médicos	Cartilhas e planilhas do INCA/MS Fichas de avaliação do tabagista prontuário livro ata medicamentos do programa	6 meses	Cessaçã do tabagismo
Avaliar o Grupo de abordagem	-Identificar possíveis problemas e adequar as ações.	Profissionais coordenadores do grupo	Livro de ata e caneta		Melhorar a assistência prestada.

7. CONSIDERAÇÕES FINAIS

Tendo em vista o conteúdo literário apresentado, observa-se unanimidade dos autores em alertar sobre os riscos e malefícios do cigarro e defender a cessação do tabagismo como forma de minimizar os danos causados pela dependência desta droga (SANTOS, 2012; DIRETRIZES CLINICAS NA SAÚDE SUPLEMENTAR, 2011; BRASIL, 2007; BRASIL, 2004).

Carvalho (2009) e INCA (1998) mencionam o período em que o fumo foi considerado erva medicinal. Os autores citam que somente a partir de 1960 surgiram os primeiros relatos de danos causados pelo tabaco e no Brasil, o tema passou a ser destaque nas políticas públicas de saúde ao final da década de 1980.

Em concordância, diversos estudos (SALGADO, 2002; BRASIL, 2007; BRASIL, 2010 e DIRETRIZES CLINICAS NA SAÚDE SUPLEMENTAR, 2011) descrevem a nicotina, substância causadora da dependência, e os sintomas de abstinência. A exposição passiva de não fumantes aos componentes da fumaça do cigarro, também é objeto de discussão destes estudos.

Quanto ao tratamento (REICHERT *et al* 2008; BRASIL, 2001; SALGADO, 2002) os autores defendem a importância do apoio profissional ao tabagista, sugerem a abordagem cognitiva comportamental como uma técnica de autocontrole e citam o tratamento medicamentoso como uma alternativa para o controle dos sintomas de abstinência e depressão.

Para concretização deste estudo foi realizada uma pesquisa bibliográfica com o objetivo de embasar teoricamente o tema proposto. O tabagismo é um tema amplo em literatura o que proporcionou conhecimento teórico e a formulação de um plano de intervenção para o problema identificado na área de abrangência da equipe vermelha.

Atuando na Atenção Primária como integrante da equipe da Estratégia de Saúde da Família, é evidente a necessidade de intervenções voltadas para o tratamento do tabagismo. A atribuição de conhecer e atuar junto a este grupo de usuários faz-se urgente em todas as comunidades e ambientes públicos.

A proposta pretende atender os usuários da Equipe Vermelha 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 implementar ações voltadas para a cessação

do tabagismo, visando melhorar os indicadores de saúde pública e a diminuição da mortalidade decorrente das doenças tabaco-relacionadas.

REFERÊNCIAS

BRASIL. Constituição Federal, 1988. Seção II, da Saúde. Disponível em: http://dtr2004.saude.gov.br/susdeaz/legislacao/arquivo/01_Constituicao.pdf Acesso em: 03 Julho 2014.

BRASIL. Instituto Nacional do Câncer - INCA. Abordagem e Tratamento do Fumante. Consenso, 2001. Rio de Janeiro: INCA, 2001. Disponível em: www.inca.gov.br/tabagismo/publicacoes/tratamento_consenso.pdf. Acesso em: 28 abril 2014.

BRASIL. Instituto Nacional do Câncer – INCA. Tabagismo: Um grave problema de Saúde Pública. 1ª ed, 2007. Disponível em: http://www1.inca.gov.br/inca/Arquivos/t_Tabagismo.pdf. Acesso em: 26 março 2014.

BRASIL. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística - IBGE. 2010. Disponível em: <http://www.censo2010.ibge.gov.br/sinopse/index.php?uf=31>. Acesso em: 03 Julho 2014.

BRASIL. Lei 8080, de 19 de Setembro de 1990. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. Disponível em: http://dtr2004.saude.gov.br/susdeaz/legislacao/arquivo/04_lei_8080.pdf. Acesso em: 29 de Junho 2014.

BRASIL. Lei nº 8.142, de 28 de Dezembro de 1990. Dispõe sobre a participação da comunidade na gestão do Sistema Único de Saúde (SUS) e sobre as transferências intergovernamentais de recursos financeiros na área da saúde e dá outras providências. Disponível em: https://www.sjc.sp.gov.br/media/116799/microsoft_word_-_lei_n_8142.pdf . Acesso em: 02 julho 2014.

BRASIL. PORTARIA Nº 1035/GM Em 31 de maio de 2004a. Institui o Programa Nacional de Controle do Tabagismo. Disponível em: <http://dtr2001.saude.gov.br/sas/PORTARIAS/Port2004/GM/GM-1035.htm> Acesso em: 11 julho 2014.

BRASIL. PORTARIA Nº 442 DE 13 DE AGOSTO DE 2004b. Regulamenta a Portaria Nº 1035/GM de 31 de maio de 2004. Disponível em: <http://dtr2001.saude.gov.br/sas/PORTARIAS/Port2004/PT-442.htm>. Acesso em: 11 julho 2014.

BRASIL. Prevalência de Tabagismo no Brasil. Dados dos inquéritos epidemiológicos em capitais Brasileiras. Rio de Janeiro, 2004c. Disponível em: http://bvsmis.saude.gov.br/bvs/publicacoes/tabaco_inquerito_nacional_070504.pdf. Acesso em: 19 Julho 2014.

CARVALHO; C.R.S. O Instituto Nacional do Câncer e o Controle do Tabagismo: uma análise da gestão federal do tratamento do tabagismo no SUS. Fundação Oswaldo Cruz-Fiocruz. Disponível em: <http://bvssp.icict.fiocruz.br/pdf/Carvalhocrsm.pdf> . Acesso em: 28 Junho 2014.

CASTRO; M.R. P; MATSUO; T; NUNES; S.O.V. Características clínicas e qualidade de vida de fumantes em um centro de referência de abordagem e tratamento do tabagismo. Jornal Brasileiro de Pneumologia. São Paulo, nº 36, v.1, p.67-74, 2010. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/jbpneu/v36n1/v36n1a12.pdf> . Acesso em: 02 abril 2014.

CERVO, A. L; BERVIAN, P. A. Metodologia científica. 5ª. ed. - São Paulo: Prentice Hall, 2002.

DATASUS. CNES – Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde. 2014. Disponível em: <http://cnes.datasus.gov.br/>. Acesso em: 10 Julho 2014.

DIRETRIZES CLÍNICAS NA SAÚDE SUPLEMENTAR. Associação Médica Brasileira e Agência Nacional de Saúde Suplementar. Tabagismo. 2011. Disponível em: <http://www.projetoDiretrizes.org.br/ans/diretrizes/tabagismo.pdf>. Acesso em: 10 Julho 2014.

IBGE. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Pesquisa de Informações Básicas Municipais. Perfil dos Municípios Brasileiros 2008. Disponível em: <http://www.ibge.gov.br/home/estatistica/economia/perfilmunic/2008/munic2008.pdf>. Acesso em: 01 julho 2014.

IBGE. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Pesquisa de Informações Básicas Municipais. Perfil dos Municípios Brasileiros 2013. Disponível em: ftp://ftp.ibge.gov.br/Perfil_Municipios/2013/munic2013.pdf. Acesso em: 11 Julho 2014.

INCA-Instituto Nacional de Câncer. Falando sobre Tabagismo. 3ª ed. Rio de Janeiro: INCA; 1998.

REICHERT, J *et al.* Diretrizes para cessação do tabagismo. **J. Brás. Pneumol.** 2008; 34(10):845-880.

SALGADO, R.S; MURAD, E. Nicotina: tratando a mais difícil das dependências. O Programa “ABRAÇO” de Tratamento em grupo do Tabagismo para Profissionais. Belo Horizonte: O Lutador, 2002. 256p.

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

Universidade Federal de São Paulo – UNIFESP. Escola Paulista de Medicina. Centro Brasileiro de Informações sobre Drogas Psicotrópicas. Tabaco. São Paulo, 2003. Disponível em: http://www.unifesp.br/dpsicobio/cebrid/folhetos/tabaco_.htm. Acesso em 06/02/2014.

ANEXOS

Anexo 1 - Teste de Fargerstrom

<p>1 – Quanto tempo após acordar você fuma seu primeiro cigarro?</p> <p>(3) nos primeiros 5 minutos (2) de 6 a 30 minutos (1) de 31 a 60 minutos (0) mais de 60 minutos</p> <p>2 – Você acha difícil não fumar em lugares proibidos?</p> <p>(1) sim (0) não</p> <p>3 – Qual o cigarro do dia que traz mais satisfação?</p> <p>(1) o primeiro da manhã (0) os outros</p> <p>4 – Quantos cigarros você fuma por dia?</p> <p>(0) menos de 10 (1) 11 a 20 (2) 21 a 30 (3) mais de 31</p> <p>5 – Você fuma mais frequentemente pela manhã?</p> <p>(1) sim (0) não</p> <p>6 – Você fuma mesmo doente, quando precisa ficar acamado a maior parte do tempo?</p> <p>(1) sim (0) não</p> <p>Grau de dependência: 0 a 2 = muito baixa 3 a 4 = baixa 5 a 6 = moderada 7 a 8 = elevada 9 a 10 = muito elevada</p>

Anexo 2 – Ficha de avaliação clínica do Tabagista

ABORDAGEM E TRATAMENTO DO TABAGISMO		
1 Identificação do Paciente:		
Nome:		
Número do Prontuário:	Sexo: Masculino () Feminino ()	
2 Exame Físico:		
Peso:	Altura:	PA:
ACV:	AR:	Abd.
3 História Patológica Progressiva:		
Você tem ou teve frequentemente aftas, lesões e/ou sangramento na boca?		
Sim () Não () Está em tratamento?		
Você tem Diabetes Mellitus?		
Sim () Não () Está em tratamento?		
Você tem hipertensão arterial?		
Sim () Não () Está em tratamento?		
Você tem ou teve algum problema cardíaco?		
Sim () Não () Está em tratamento?		
Você tem ou teve algum problema pulmonar?		
Sim () Não () Está em tratamento?		
Você tem alergia respiratória?		
Sim () Não () Está em tratamento?		
Você tem ou teve frequentemente queimação, azia, dor no estômago, úlcera ou gastrite?		
Sim () Não () Está em tratamento?		
Você tem alergias cutâneas?		
Sim () Não () Está em tratamento?		
Você tem ou teve alguma lesão ou tumor maligno?		
Sim () Não () Está em tratamento?		
Você tem ou teve crise convulsiva, convulsão febril na infância ou epilepsia?		
Sim () Não () Está em tratamento?		
Você tem anorexia nervosa ou bulimia?		
Sim () Não () Está em tratamento?		

<p>Você costuma ter crises de depressão e/ou ansiedade? Sim () Não () Está em tratamento?</p>	
<p>Você faz ou já fez algum tratamento psicológico ou psiquiátrico? Sim () Não () Está em tratamento?</p>	
<p>Você costuma ingerir bebidas alcóolicas com que frequência? Nunca () Todos os dias () Finais de semana () Raramente ()</p>	
<p>Você tem ou teve algum outro problema de saúde sério que não foi citado? Qual? Algum medicamento em uso atual?</p>	
<p>No caso de mulheres: Você está grávida? Sim () Não () Você está amamentando? Sim () Não ()</p>	
<p>Já fez uso de alguma medicação, mesmo que não prescrita por médico, para dormir ou se acalmar? Não () Sim () Qual?</p>	
<p>No último mês você sentiu?</p> <p>(1) Tristeza () Perda de interesse e prazer () Energia reduzida ou grande cansaço () (2) Concentração e atenção reduzidas () Apetite diminuído () Sentimento de culpa e inutilidade () Sono alterado () Idéias ou atitudes autolesivas ou de suicídio () Inquietação () Auto-estima e auto confiança reduzida () Pessimista ou deslocado ()</p>	
<p>Há história de transtorno psiquiátrico na família? () Não () Sim. Quem? Que tipo?</p>	
<p>O paciente apresentou durante a consulta: Inquietação () Agitação() Falta de concentração () Pensamento e fala lenta ou acelerada () Nenhuma alteração ()</p> <p>Para avaliação de depressão, considerar as respostas da pergunta: “No último mês você sentiu?”</p> <p>DEPRESSÃO LEVE – dois sintomas do (1) e dois sintomas do (2). Além disso, o paciente apresenta dificuldade com o trabalho do dia-a-dia e atividades sociais, mas não interrompe as funções.</p> <p>DEPRESSÃO MODERADA – dois sintomas do (1) e três sintomas do (2). Além disso, o paciente apresenta dificuldade considerável em continuar com atividades sociais laborais ou domésticas.</p>	

<p>Nenhum () Medicamento. Qual?</p> <p>Leitura de orientações em folhetos, revistas, jornais entre outros? ()</p> <p>Apoio de profissionais da saúde () Outros ()</p>
<p>Você já participou de algum grupo de apoio e tratamento do tabagismo nesta unidade?</p> <p>Sim () Não ()</p>
<p>Porque você quer deixar de fumar agora (assinalar mais de uma opção):</p> <p>Porque está afetando sua saúde ()</p> <p>Porque não gosta de ser dependente ()</p> <p>Outras pessoas estão te pressionando ()</p> <p>Pelo bem estar da sua família ()</p> <p>Fumar é anti-social ()</p> <p>Porque está preocupado com sua saúde no futuro ()</p> <p>Porque seus filhos pedem ()</p> <p>Porque gasta muito dinheiro com cigarros ()</p> <p>Porque fumar é um mal exemplo para as crianças ()</p> <p>Por conta das restrições de fumar em ambientes fechados ()</p>
<p>Você convive com fumantes em sua casa?</p> <p>Não () Sim () Qual o grau de parentesco?</p>
<p>Você se preocupa em ganhar peso ao deixar de fumar?</p> <p>Sim () Não ()</p>
<p>Observações:</p>