

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

LEONARDO FONSECA MOTA JUNIOR

**PLANO DE AMPLIAÇÃO DO ACESSO AO TRATAMENTO
INTENSIVO DO FUMANTE NO MUNICÍPIO DE TIROS / MG:
PROJETO DE COMBATE AO TABAGISMO**

TIROS – MINAS GERAIS

2015

LEONARDO FONSECA MOTA JUNIOR

**PLANO DE AMPLIAÇÃO DO ACESSO AO TRATAMENTO
INTENSIVO DO FUMANTE NO MUNICÍPIO DE TIROS / MG:
PROJETO DE COMBATE AO TABAGISMO**

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

Orientadora: Regina Maura Rezende

TIROS – MINAS GERAIS

2015

LEONARDO FONSECA MOTA JUNIOR

**PLANO DE AMPLIAÇÃO DO ACESSO AO TRATAMENTO
INTENSIVO DO FUMANTE NO MUNICÍPIO DE TIROS / MG:
PROJETO DE COMBATE AO TABAGISMO**

Banca Examinadora:

Examinador 1: Prof^a Dr^a Regina Maura Rezende – Universidade Federal do
Triângulo Mineiro – UFTM

Examinador 2: ... Instituição

Aprovado em de..... de 2015.

RESUMO

Diante do grande problema que representa o tabagismo em nosso meio, é indispensável que os governantes invistam em políticas públicas de controle do uso e disseminação do tabaco de forma abrangente, envolvendo desde o acesso a métodos de incentivo anti-fumo, sem se esquecer dos denominados fumantes passivos, até melhoria das informações aos consumidores de tabaco. O presente estudo centra-se no tabagismo e tem como público-alvo os usuários tabagistas assistidos pela Estratégia de Saúde da Família “Cabeceira” do município de Tiros, Minas Gerais. Acreditando no potencial da Estratégia de Saúde da Família faz-se uma proposta de ação de ampliação do acesso do usuário ao tratamento intensivo do tabagismo, visando reduzir a prevalência do tabagismo no município e, conseqüentemente, a morbimortalidade pelas doenças relacionadas ao uso do tabaco. Isto será possível através da implantação da estratégia de trabalho baseada no Planejamento Estratégico Situacional (PES) de Carlos Matus. Foi definido o problema prioritário da área de abrangência. Este problema foi explicado e foram identificados seus nós críticos. Também de acordo com este método foi elaborado o plano de ação, através do desenho de operações, identificação de recursos críticos e análise de viabilidade do Plano Operativo elaborado, bem como sua gestão. Com este Plano de Intervenção, busca-se implantar uma nova forma de funcionamento dos grupos realizados para cessação do tabagismo. As atividades pautarão nas mudanças efetivas dos estilos de vida, de forma que se utilize uma equipe multidisciplinar/interdisciplinar nessas atividades. Através das atividades, busca-se propiciar encontro entre usuário e profissional. A expectativa, portanto, é de que as atividades realizadas propiciarão uma nova concepção pedagógica para os profissionais da equipe e a comunidade, fortalecendo as ações de saúde, de forma que essas atividades se tornem rotineiras no atendimento da população tabagista.

Palavras-chave: Tabagismo, Estratégia de Saúde da Família, Planejamento Estratégico Situacional.

ABSTRACT

Before the big problem is tobacco use in our environment it is essential that governments invest in public policies to control the use and dissemination of comprehensive tobacco, ranging from access to anti-smoking incentive methods without forgetting the so-called passive smokers until better information to tobacco users. This study focuses on smoking and its target audience smokers users assisted by the Family Health Strategy "Bedside" Shoots district, Minas Gerais. Believing in the potential of the Family Health Strategy is made a magnification of action proposed user access to intensive treatment of smoking, to reduce the prevalence of smoking in the city and, consequently, morbidity and mortality by diseases related to tobacco use. This will be possible through the implementation of the employment strategy based on the Situational Strategic Planning (PES) of Carlos Matus. The priority problem the coverage area has been set. This problem was explained and identified their critical nodes. Also according to this method has been prepared the action plan, through the operations of design, identification of critical resources and feasibility analysis of the Operational Plan drawn up and its management. With this Intervention Plan, seeks to implement a new way of functioning of groups conducted for smoking cessation. The activities shall guide the effective change of lifestyles, so that use a multidisciplinary / interdisciplinary team in these activities. Through the activities, we seek to provide meeting between user and professional. The expectation therefore is that the activities will provide a new pedagogical concept for team members and the community, strengthening health actions, so that these activities become routine in the care of the smoking population.

Keywords: Smoking, Family Health Strategy, Strategic Planning Situational

LISTA DE ABREVIATURAS

ACS -	Agente Comunitário de Saúde
ESF -	Estratégia de Saúde da Família
MS -	Ministério da Saúde
OMS -	Organização Mundial de Saúde
SIAB -	Sistema de Informações da Atenção Básica
SUS -	Sistema Único de Saúde
UBS -	Unidade Básica de Saúde
UFMG -	Universidade Federal de Minas Gerais.
INCA -	Instituto Nacional do Câncer
PAB -	Piso de Atenção Básica
PSF -	Programa Saúde da Família
IDH -	Índice de Desenvolvimento Humano
IBGE -	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
CID -	Código Internacional de Doenças
ANVISA -	Agência Nacional de Vigilância Sanitária
PAB FIXO -	Piso de atenção básica fixo
PAB VARIÁVEL -	Piso de atenção básica variável
PES -	Planejamento Estratégico Situacional
PNUD -	Programa das Nações Unidas para o Desenvolvimento

SUMÁRIO

1. INTRODUÇÃO	9
2. JUSTIFICATIVA.....	13
3. OBJETIVO	15
4. METODOLOGIA	16
5.REFERENCIAL TEÓRICO.....	19
5.1Cessação do tabagismo e qualidade de vida	19
5.2 Abordagens ao tabagista na ESF	24
5.3-Educação em saúde ao fumante.....	26
6. PROPOSTA DE INTERVENÇÃO	30
6.1 Situação Problema	30
6.2Objetivos Gerais.....	30
6.3 Desenho das Operações.....	30
6.4 Identificação dos Recursos Críticos	30
6.5 Análise da Viabilidade do Plano	30
6.6 Elaboração do Plano Operativo	30
7. CONSIDERAÇÕES FINAIS	33
REFERÊNCIAS.....	35

1 INTRODUÇÃO

O município de Tiros, no estado de Minas Gerais, conta com uma população de 6.019 habitantes segundo dados do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística – IBGE (2013). A população mostra predominância urbana, sendo 3.880 habitantes vivendo na cidade, enquanto 2.139 habitantes residem na zona rural. O município em questão possui uma área de 2093,16 km² e perfaz uma densidade populacional de 2,88 hab./km². De acordo com dados do Programa das Nações Unidas para o Desenvolvimento (PNUD) (2000), o IDH médio do município era de 0,683, e de acordo com dados do IBGE (2013), o PIB era de R\$ 86.861.017. As principais fontes de renda do município são a pecuária e a agricultura.

O sistema de saúde do município conta com PAB Fixo de R\$ 154.088,44, PAB Variável PSF de R\$ 296.676,00. A atenção básica é estruturada fisicamente na área urbana em quatro estruturas de saúde. O acesso é fácil, já que a localização é na região central da cidade, sem barreira física.

Este projeto será desenvolvido no território de abrangência da ESF Cabeceira, presente na UBS Dr. Hélio Martins de Oliveira, que atende a uma população de 2.297 (dois mil duzentos e noventa e sete) habitantes, cerca de 867 famílias. A unidade, em si, consiste em uma casa adaptada que, além de ser sede da equipe ESF Cabeceira, abriga, também, outras duas equipes de saúde da família do município. Em decorrência do espaço físico limitado, muitos transtornos ocorrem diariamente, como, por exemplo, a realização de atendimento nos consultórios dos psicólogos do município, pois a unidade conta com somente dois consultórios médicos para os três médicos existentes no PSF (médico generalista, ginecologista e pediatra).

As reuniões de grupo são feitas na sala de tratamento da fisioterapia. A sala de espera conta com cadeiras, que são suficientes para o público, e aparelho de TV. Trata-se de uma sala adequada.

A partir da atuação na área de abrangência do ESF, podemos identificar vários problemas, dentre os quais: prevalência de analfabetos, elevado número de usuários de drogas lícitas (alcoolismo e tabagismo) e alta prevalência de hipertensos e diabéticos, devido à baixa adesão desses grupos especiais ao tratamento.

De acordo com os dados apresentados anteriormente, pode-se priorizar os seguintes problemas de acordo com a importância para a saúde da população atendida, conforme segue na tabela 1.

TABELA 1–PRIORIZAÇÃO DOS PROBLEMAS:

PRINCIPAIS PROBLEMAS	IMPORTÂNCIA	URGÊNCIA (O a 10 PONTOS)	CAPACIDADE DE ENFRENTAMENTO DA EQUIPE
Alta prevalência de Hipertensos e Diabéticos	ALTA	10	DENTRO
Elevado número de usuários alcoolistas	ALTA	10	DENTRO
Elevado número de tabagistas	ALTA	10	DENTRO
Grande prevalência de analfabetos	MÉDIA	5	FORA

Fonte: Mota Junior, 2015.

A partir dos dados apresentados na tabela anterior, decidiu-se priorizar as ações no problema do alto número de tabagistas.

O tabagismo é considerado hoje pela Organização Mundial de Saúde (OMS,1997) como uma doença epidêmica resultante da dependência de nicotina e classificado no grupo dos transtornos mentais e de comportamento decorrentes do uso de substâncias psicoativas na Décima Revisão da Classificação Internacional de Doenças (CID).

Conforme esclarece Rosemberg (2005), essa dependência faz com que os fumantes fiquem expostos continuamente a cerca de 4.720 substâncias tóxicas. Esta exposição, algumas vezes iniciada na infância, manifesta-se na vida adulta, quando ocorre adoecimento e morte.

Em decorrência disso, o tabagismo é considerado pela OMS como a maior causa evitável de doença e morte no mundo. Provoca mais mortes prematuras do que a soma das mortes por AIDS, cocaína, heroína, álcool, acidentes de trânsito, incêndios e suicídios. (OMS, 2008).

Ainda segundo a OMS (2008), anualmente morrem cerca de 5 milhões de fumantes no mundo, sendo 200 mil no Brasil. E, em termos de saúde, a cessação do tabagismo é a estratégia isolada mais eficaz para a redução da morbimortalidade por doenças coronarianas, além de aumentar a expectativa e qualidade de vida.

No Brasil, em 2003, a Pesquisa Mundial de Saúde, realizada pela Fundação Oswaldo Cruz, com população urbana e rural com idade acima de dezoito anos, mostrou uma prevalência de fumantes de 22,4%. (SZWARCOWALD, 2005).

Já em 2007, a Secretaria de Vigilância em Saúde (SVS) do Ministério da Saúde realizou, em parceria com a Universidade de São Paulo, uma pesquisa por telefone em domicílios de 26 capitais, com indivíduos acima de 18 anos de idade, que constatou uma prevalência de fumantes de 16,2%. (BRASIL, 2007).

Outro aspecto relevante a ser considerado sobre o tabagismo é a poluição ambiental por ele causada, oriunda da fumaça e dos derivados do tabaco, sendo acentuada em ambientes fechados. Essa poluição é responsável por prejudicar indivíduos não fumantes, dando origem, assim, ao denominado fumante passivo. Fumantes passivos nada mais são do que indivíduos que convivem com fumantes e acabam por inalar a fumaça emitida pelo tabaco. Segundo o INCA (2010), ele é a terceira maior causa de morte evitável no mundo, subsequente ao tabagismo ativo.

Ainda de acordo com o INCA (2010), os fumantes passivos têm o risco 30% maior de desenvolverem câncer de pulmão e 24% maior de sofrerem infarto do coração em relação àqueles não expostos à poluição tabagística ambiental. Também é observada, em bebês e crianças, maior frequência de resfriados, infecções de ouvido médio, doenças respiratórias como pneumonia, bronquite e asma, e maior risco de apresentarem doenças pulmonares até um ano de idade, em decorrência da convivência com fumantes em seus domicílios.

Com relação a ESF Cabeceira, no município de Tiros, estado de Minas Gerais, o número de famílias abrangidas são 867 (oitocentos e sessenta e sete). Em levantamento, realizado a partir de dados obtidos pelos ACS através da aplicação do Teste de Tolerância de Fargestrom, o número de fumantes encontrados foi de 175 (cento e setenta e cinco), sendo que na avaliação realizada com relação ao tempo de utilização do tabaco foi a seguinte: 02 possuem entre 1 e 2 anos de uso do tabaco, 17 fumantes apresentam entre 2 e 5 anos de uso, 36 entre 5 e 10 anos de

uso, 47 indivíduos usam o tabaco por um período de 10 a 20 anos e a grande maioria, 73 indivíduos, utilizam o tabaco há mais de 20 anos.

Quanto ao número de cigarros fumados por dia, 22 fumam menos de 5 cigarros, 94 indivíduos fumam entre 5 e 10 cigarros, 49 fumam de 10 a 20 cigarros por dia e 10 entrevistados relataram fumar mais de 20 cigarros por dia. Conforme Mirra et. al. (2011), recomenda-se o tratamento farmacológico para todo fumante acima de 18 anos, com consumo maior do que 10 cigarros/dia, sendo esta uma medida efetiva para cessação do tabagismo.

Outro ponto abordado no levantamento referiu-se ao tempo de utilização do primeiro cigarro do dia após acordar. O que chama à atenção é que a grande maioria, 96 indivíduos, acende o primeiro cigarro pouco antes de 30 minutos após acordar.

Quanto à tentativa de parar de fumar, 109 indivíduos relataram que já tentaram parar de fumar, seja por conta própria seja por inserção em programas de cessação do tabagismo, no entanto, não obtiveram êxito no abandono do uso do tabaco.

Tais dados revelam a importância deste problema para a população abrangida pela UBS, no município de Tiros. O nível de tolerância e dependência à nicotina encontra-se elevado, sendo, portanto, de fundamental importância a implantação de um programa de cessação do tabagismo nesta região, a partir de tratamento farmacológico e/ou aconselhamento especializado para cessação do tabagismo

2 JUSTIFICATIVA

Diante do grande problema que representa o tabagismo em nosso meio, indispensável que os governantes invistam em políticas públicas de controle ao uso e disseminação do tabaco de forma abrangente, envolvendo desde o acesso a métodos de incentivo anti-fumo, sem se esquecer dos denominados fumantes passivos, até melhoria das informações aos consumidores de tabaco.

Há várias abordagens que podem ser utilizadas nas unidades básicas de saúde para controle do tabagismo.

Segundo o INCA (2010), de um modo geral, quando conseguem parar de fumar definitivamente, as pessoas já fizeram 3 a 5 tentativas sem êxito. Cerca de 80% dos fumantes querem parar de fumar, mas somente 3%, a cada ano, conseguem sem ajuda profissional. Entre os fumantes que não conseguem parar espontaneamente, 40 a 50% apresentam graus leves de dependência à nicotina, com possibilidade de abandonarem o tabagismo através de abordagens breves, que, segundo Viegas (2006), podem ser realizadas por qualquer profissional de saúde nas unidades básicas de saúde. Tais abordagens compreendem intervenções com 3 a 10 minutos de duração, que demandam uma capacitação mínima por parte do profissional, possuem baixo custo e são muito abrangentes. Os restantes, 50 a 60%, necessitam de um acompanhamento especializado baseado em técnicas cognitivo-comportamentais, devido ao alto grau de dependência da droga.

Conforme orienta Otero (2006), alguns indivíduos, pelo alto grau de dependência à nicotina, necessitarão de tratamento medicamentoso. O uso de medicamentos é importante e tem um papel bem definido no fim do ato de fumar, que é o de minimizar os sintomas da síndrome da abstinência da nicotina, propiciando maior adesão à abordagem cognitivo-comportamental. Esses medicamentos não devem ser administrados isoladamente, pois a combinação de abordagem comportamental e medicamentosa aumenta a taxa de abstinência se comparada com a abordagem comportamental, ou a medicamentosa isolada.

Os critérios para a utilização de medicamentos, segundo Reichert et. al. (2008), são os seguintes: (a) fumantes pesados, considerados como aqueles que fumam 20 ou mais cigarros por dia; (b) fumantes que fumam o primeiro cigarro até 30 minutos após acordar e fumam no mínimo dez cigarros por dia ; (c) fumantes com Teste de Fargerström, igual ou maior que cinco; (O Teste de Fargerström consiste na

aplicação de um questionário que é utilizado para saber o grau de dependência à nicotina do fumante. A soma de pontos obtidos no teste define o grau de dependência. De 0 a 2 pontos: muito baixo; de 3 a 4 pontos: baixo; de 5 a 7 pontos: moderado e acima de 7 pontos: elevado.); (d) fumantes que já tentaram parar anteriormente apenas com abordagem cognitivo-comportamental, mas não obtiveram êxito, face aos sintomas da abstinência; e (e) não apresentar contraindicações clínicas ao medicamento.

Observa-se, pois, que as políticas para controle de tabaco devem prever também estratégias que identifiquem os fumantes a fim de oferecer tratamento para os que desejam parar de fumar.

Por fim, é válido ressaltar que no Brasil, os medicamentos não nicotínicos (cloridrato de bupropiona, nortriptilina, clonidina e vareniclina) e os medicamentos nicotínicos (adesivo transdérmico e goma de mascar) foram aprovados para uso pela Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA). (BRASIL, 2004)

.A partir do exposto, busca-se elaborar uma proposta de ação para ampliação do acesso do usuário ao tratamento intensivo do tabagismo na unidade de saúde Cabeceira, visando reduzir a prevalência do tabagismo no município e, conseqüentemente, a morbimortalidade pelas doenças relacionadas ao uso do tabaco. Dessa forma, elencaram-se abaixo os principais nós críticos do problema a ser abordado:

Nós Críticos do Problema:

Os nós críticos do problema são os fatores de risco à qual a população está exposta:

- 1- Mecanismo de divulgação dos meios de cessação do tabagismo deficitário: a equipe tem capacidade de intervir.
- 2- Falta de implantação e consolidação de um programa de cessação do tabagismo com planejamento para toda demanda do município: a equipe tem capacidade de intervir.
- 3- Dificuldade de alguns profissionais para organização e condução dos grupos: a equipe tem capacidade de intervir.
- 4- Falta de infraestrutura para realização dos grupos: a equipe tem capacidade parcial de intervir.

5- Falta de disponibilidade de medicamentos suficientes para tratamento de cessação do tabagismo: a equipe tem capacidade de intervir.

3 OBJETIVOS

3.1 GERAL

Elaborar uma proposta de intervenção para ampliar o acesso do usuário ao tratamento intensivo do tabagismo na unidade de saúde Cabeceira.

3.2 ESPECÍFICOS:

- Sensibilizar os profissionais quanto aos riscos provenientes do tabagismo;
- Capacitar os profissionais de saúde com estratégias de apoio, abordagem e tratamento medicamentoso para o processo de cessação do tabaco;
- Diminuir o número de tabagistas ativos e passivos do município;
- Diminuir morbimortalidade relacionada ao tabaco;
- Melhorar da qualidade de vida mediante ações de promoção em saúde.

4 METODOLOGIA

Para elaborar a proposta de intervenção, foi utilizado o Planejamento Estratégico Situacional (PES), desenvolvido pelo chileno Carlos Matus, para processar os problemas identificados no diagnóstico situacional da área de abrangência da equipe de saúde da família Cabeceira, no município de Tiros, estado de Minas Gerais, pela Estimativa Rápida e ainda determinar o problema prioritário, os nós críticos e elencar as ações a serem implementadas. (CAMPOS *et al.*, 2010a).

Foi assim definido o problema prioritário da área de abrangência. Este problema foi explicado e foram identificados seus nós críticos. Também de acordo com este método foi elaborado o plano de ação, através do desenho de operações, identificação de recursos críticos e análise de viabilidade do Plano Operativo elaborado, bem como sua gestão.

Foi realizada ainda pesquisa bibliográfica na Biblioteca Virtual em Saúde e documentos do Ministério da Saúde para fundamentação teórica do plano. Os descritores utilizados para busca do material de consulta foram: Tabagismo, Prevenção e Atenção Primária à Saúde. Foram utilizados ainda na pesquisa bibliográfica outras fontes de busca, como livros texto, artigos de revistas indexadas e teses de monografia.

5 REVISÃO BIBLIOGRÁFICA

O Tabaco foi difundido durante anos no mundo por acreditar que era uma erva dotada de propriedades medicinais, capaz de curar doenças como asma, bronquite, reumatismo, doenças do fígado, entre outras. Desta forma ganhou proporções alarmantes de consumo na 1ª metade do século XX. Definiu-se então uma explosão econômica das indústrias fumageiras, produzindo o cigarro em escala industrial e incentivando o seu uso através da propaganda.

Hoje temos mais de 1,1 bilhão de fumantes e 04 milhões de mortes anuais no mundo devido ao tabagismo, respondendo por 40 a 45% de todas as mortes por câncer, 90 a 95% das mortes por câncer de pulmão, 75% das mortes por DPOC e cerca de 20% das mortes por doenças cardiovasculares. Este fato contribui por 15% do total de mortes no mundo.

No final da década de 1980 tornaram se mais evidentes no Brasil as ações contra o tabaco desenvolvidas pelo Ministério da Saúde. O Programa Nacional de Controle ao Tabagismo (PNCT) foi então criado voltado para ações de prevenção da iniciação do tabagismo e estimulação dos fumantes a sua cessação, fazendo com que houvesse uma mudança de paradigma, no qual o tabagismo, de um comportamento elegante e charmoso, se transformou progressivamente em um comportamento indesejável. Como consequência deste efeito, pesquisas aponta que em 1988 tínhamos 30,6 milhões de fumantes, dos quais 78% gostariam de parar de fumar, no entanto, apenas cerca de 3% conseguem parar definitivamente a cada ano.

5.1 O tabagismo e a qualidade de vida

De acordo com Pereira (2011), o conceito de qualidade de vida vai além da ausência de sintomas físicos e psicológicos ou diminuição da mortalidade ou ainda aumento da expectativa de vida. Assim, pode-se considerar como parâmetros mais amplos o ato de sentir-se bem ou viver bem.

O tabaco, como qualquer outra substância psicoativa, pode constituir um dos fatores que interferem nesta qualidade de vida. Segundo Moreira (2011), a

dependência do fumo piora a saúde e a qualidade de vida, pois é um dos principais fatores de risco para doenças e incapacidades.

Segundo dados da OMS (2003), o tabagismo está relacionado a uma alta morbimortalidade, é responsável por 5 milhões de mortes ano e é considerado a maior causa de morte evitável do mundo.

No entanto, conforme esclarece Viegas (2004), mesmo tendo conhecimento da associação do fumo com diversas doenças, é sabido que os fumantes têm grande dificuldade em deixar o vício, o que constitui um enorme desafio para a saúde pública.

Em estudos realizados para se comparar a qualidade de vida de fumantes e não fumantes, um dos pontos observados foi que os não fumantes têm melhor qualidade de vida. E ainda quanto aos ex-fumantes, estudos apontam que a cessação do tabagismo leva à melhora da qualidade de vida, o que configura uma excelente maneira de se motivar os tabagistas a pararem o hábito. Para se mensurar resultados terapêuticos, uma importante ferramenta é a medida da qualidade de vida, nesse sentido, deve-se ressaltar que muitos fatores interferem no tratamento do tabagismo, tais como: sintomas psiquiátricos, situações sócio-familiar, física e psicológica e gravidade da dependência. (MOREIRA, 2011).

De acordo com Kirchenchtjen e Chatkin (2004), o hábito de fumar é um comportamento complexo influenciado por estímulos ambientais, pessoais, psicossociais e, inevitavelmente pela ação fisiológica da nicotina. A facilidade de aquisição, a publicidade, o falso sentimento de aceitação social, o exemplo de pais e líderes fumantes, a tendência individual a outros vícios, a depressão, além da hereditariedade podem se configurar estímulos para o hábito do tabagismo.

Frente a isto, Viegas (2004) esclarece que o sucesso na abordagem do tabagista exige o entendimento de que, por se tratar de uma mudança de comportamento, o processo de abandono do fumo demanda tempo e que, para se conseguir parar de forma definitiva, a média de tentativas é de no mínimo três vezes. No âmbito individual, o sucesso da estratégia para cessação do tabagismo está relacionado à motivação, ao grau de dependência à nicotina, ao perfil de personalidade e à síndrome de abstinência. Já no âmbito coletivo, é fundamental que um programa de cessação do tabagismo tenha o apoio de profissionais bem preparados para abordagem e condução dos grupos de fumantes; infraestrutura, segurança da continuidade do programa e financiamento de insumos.

5.2 Abordagens ao tabagista na ESF

O Programa Saúde da Família foi instituído no Brasil em 1994 com o objetivo de implantar o Sistema Único de Saúde (SUS) estabelecido na Constituição Federal Brasileira de 1988. É um projeto dinamizador do SUS, condicionado pela evolução histórica e organização do sistema de saúde no Brasil. Visando a reorientação do modelo assistencial brasileiro, o Ministério da Saúde assumiu, a partir de 1994, a implantação do Programa Saúde da Família (PSF). (BRASIL, 2011, p.1). Posteriormente, deixou de ser designado como Programa, pois não era uma designação que representasse adequadamente a ideia que gerou a proposta. Assim, atualmente é usada a denominação Estratégia Saúde da Família (ESF) e, para o Ministério da Saúde (MS):

A Saúde da Família é entendida como uma estratégia de reorientação do modelo assistencial, operacionalizada mediante a implantação de equipes multiprofissionais em unidades básicas de saúde. Estas equipes são responsáveis pelo acompanhamento de um número definido de famílias, localizadas em uma área geográfica delimitada. As equipes atuam com ações de promoção da saúde, prevenção, recuperação, reabilitação de doenças e agravos mais frequentes, e na manutenção da saúde desta comunidade (BRASIL, 2011, p. 1).

Apesar do Ministério da Saúde incluir na definição da saúde da família a atuação multiprofissional na Atenção Primária à Saúde, sua organização é quase que exclusivamente centrada no binômio médico-enfermeiro e nos ACS. A expectativa é de que a inserção de outros profissionais, especialmente nutricionistas, assistentes sociais, psicólogos, odontólogos, professores de educação física seria bastante enriquecedora, pois garantiria ações interdisciplinares nas ações da unidade inclusive de controle do tabagismo. (BRASIL, 2006a).

Na atenção básica, a estratégia principal no controle do tabagismo é oferecer o tratamento da dependência do tabaco objetivando a cessação do hábito de fumar. De acordo com Santos (2011), existe um elevado potencial de redução de morbimortalidade atribuída ao tabaco associada a um baixo custo, assim é recomendado fortemente a ampliação de oferta de tratamento aos fumantes.

De acordo com o INCA (2001), a abordagem dos fumantes deve ser realizada com o treinamento de habilidades para a solução de problemas e visa

reconhecer as situações de risco para fumar, além do desenvolvimento de estratégias para superar estas situações em qualquer que seja o estágio motivacional. Os usuários que são considerados preparados para interromper o uso, acetando escolher uma estratégia para a mudança de comportamento, podem ser bons candidatos à abordagem mais intensiva e um tratamento mais estruturado, associado ou não ao uso de medicação.

5.3 Educação em saúde aos tabagistas

A educação em saúde é apresentada como uma das possibilidades de atuação do profissional de saúde para orientação das atividades a serem desenvolvidas com usuários de tabaco, assim como importante método a ser implementado com vistas à prevenção do surgimento da doença e/ou de suas complicações.

Há muito tempo se discute acerca da importância da utilização da prática educativa como aliada do processo de promoção da saúde nos diversos cenários nos quais o cuidado à saúde é prestado e, dentre estes, principalmente na atenção primária.

De acordo com Meyer (2006), o acesso à informação por parte da população tem sua importância reconhecida no processo educativo. Não se defende uma prática completamente separada desse tipo de intervenção, porém, o que se discute é se apenas a oferta de informações, por si só, é suficiente para que haja melhora no nível de saúde da população.

Assim, atualmente ganha importância o modelo radical de educação em saúde, que atua com base na construção compartilhada de saberes e, portanto, tem suas ações formuladas com intuito de se aproximarem dos princípios norteadores da Estratégia Saúde da Família (ESF).

Conforme Besen (2007), neste método destaca-se o direito à saúde e à autonomia do indivíduo como condições indispensáveis ao processo educativo. Nesse modelo, as propostas educativas não se baseiam na transmissão de conhecimentos historicamente acumulados pelas profissões da saúde para a prevenção e cura de doenças, e sim, para a melhoria da qualidade de vida do ser humano por meio do reconhecimento das reais necessidades apresentadas por ele.

Assim, não se deve tratar o tabagista como se ele fosse um mero espectador da relação de cuidado, gerando uma verdadeira opressão de saberes. Ao contrário, deve-se levar em consideração seu papel de coprodutor do cuidado, por meio de uma relação baseada no respeito dos diferentes saberes.

Para tanto, Toledo, Rodrigues e Chiesa (2007) apontam como importante o investimento no modelo dialógico de educação em saúde que possibilitará a incorporação, por parte da equipe de saúde, de uma compreensão ampliada do processo saúde-doença, a humanização das práticas de saúde e a busca constante por qualidade da assistência e resolubilidade. Nesse contexto, a educação em saúde surge como uma das possibilidades de intervenção, pois pode atuar no esclarecimento do que vem a ser a doença e de quais suas repercussões na vida do indivíduo.

O INCA (2001) orienta a utilização da educação em saúde, realizada individualmente ou em grupo, como estratégia a ser utilizada pelos profissionais durante o acompanhamento do tabagista. Para tanto, deve-se lançar mão dos diversos recursos disponíveis com o intuito de se atingir resultados satisfatórios.

A adesão ao tratamento é considerada um ponto preponderante na terapêutica de cessação do tabagismo. Ao internalizar a importância da prática de hábitos de vida saudáveis atrelada ao uso correto da medicação, quando necessária, o indivíduo abre caminho para que possa atuar como sujeito do seu tratamento, realizando suas próprias escolhas e não mais atuando como mero receptor de orientações dos profissionais.

Nesse aspecto, percebe-se a educação em saúde como forma privilegiada de se abordar esse conhecimento próprio apresentado pelo tabagista e, além disso, como espaço privilegiado para as práticas de saúde, principalmente quando executada na atenção primária.

Atualmente, reconhece-se que fatores culturais são preponderantes na adesão ao processo terapêutico da cessação do tabagismo, pois fatores como estilo de vida, hábitos, rotinas e costumes tendem a influenciar diretamente muitas das decisões tomadas pelo indivíduo (BOEHS et al., 2007).

A atuação do médico deve estar pautada na compreensão das reais necessidades da população que assiste, pois é reconhecida a existência de diversos fatores que facilitam e dificultam a adesão ao tratamento, como, por exemplo, a

baixa condição socioeconômica apresentada pelo usuário, bem como sua baixa autoestima (TAVEIRA; PIERIN, 2007).

O profissional passa a entender que diversos fatores atuam de forma a influenciar o sujeito em suas decisões. Sendo assim, percebe o espaço da educação em saúde como privilegiado para trabalhar questões que ultrapassam o biológico, com intuito de que se alcance a construção de conhecimentos, atitudes e comportamentos favoráveis às necessidades dos indivíduos que, por meio do processo de empoderamento, estarão aptos a desenvolver maior controle sobre suas condições de vida individual e coletiva (BESEN et al., 2007).

Percebe-se a importância da prática educativa executada pelo médico, individualmente ou como parte da equipe multiprofissional/**interdisciplinar**, com intuito de se conseguir a recuperação, manutenção e/ou promoção da saúde dos sujeitos por ele assistidos, pois este profissional está, geralmente, em constante contato com o usuário, podendo, assim, reconhecer suas reais necessidades e, com isso, ter atuação mais efetiva.

6 PROPOSTA DE INTERVENÇÃO

Após a leitura e sistematização de alguns conhecimentos básicos sobre a problemática relacionada ao acompanhamento e controle do tabagismo foi elaborada uma proposta que, acredita-se, poder ajudar a equipe a melhorar o seu desempenho junto aqueles usuários.

6.1 Situação Problema

O problema identificado com prioritário para intervenção foi a alta prevalência de tabagistas na área de abrangência da ESF Cabeceira, cujo nós críticos são os fatores de risco à qual a população está exposta, a saber:

1. Não identificação dos tabagistas na área de abrangência da ESF;
2. Mecanismo de divulgação dos meios de cessação do tabagismo deficitário Pouco reconhecimento da realidade regional quanto ao acesso ao tratamento;
3. Baixa adesão ao programa de controle do tabagismo por parte dos gestores municipais;
4. Dificuldade de reconhecimento da prioridade estratégica do tratamento do fumante;
5. Falta de implantação do programa de cessação do tabagismo. Dificuldade de alguns profissionais para organização e condução dos grupos;
6. Falta de infraestrutura para realização dos grupos e,
7. Falta de disponibilidade de medicamentos.

6.2 Objetivos Gerais

- Sensibilizar os profissionais quanto aos riscos provenientes do tabagismo;
- Capacitar os profissionais de saúde com estratégias de apoio, abordagem e tratamento medicamentoso para o processo de cessação do tabaco;
- Diminuição do número de tabagistas ativos e passivos do município;
- Diminuição das morbimortalidade relacionada ao tabaco;

- Melhoria da qualidade de vida mediante ações de promoção em saúde.

6.3 Desenho das Operações

Nó Crítico	Operação/Projeto	Resultados Esperados	Produtos Esperados	Recursos Necessários
Não Identificação dos tabagistas	Identificar os pacientes tabagistas da área de atuação da ESF	Tabagistas da área de abrangência da ESF identificados	Campanhas educativas para informação da população	Profissionais da unidade de saúde para busca ativa e revisão de prontuários para identificação dos tabagistas.
	Realizar campanhas educativas sobre os malefícios do tabagismo e os meios de cessação do tabagismo.	Adesão aumentada dos usuários ao projeto de cessação do tabagismo. População informada	Campanhas educativas para informação da população	Recursos cognitivos, como conhecimento sobre realização de grupos para informação da população sobre consequências do tabagismo e importância da cessação de tal prática, bem como abordar as diversas técnicas de cessação do tabagismo.
Divulgação dos meios de cessação do tabagismo deficitária	Abandonando o Tabagismo 1º Ciclo: ênfase em mudanças de comportamento;	Conhecimentos sobre a cessação de fumar e oferecer apoio humano-psicológico durante este processo, dando ênfase na mudança de hábitos e adesão a um estilo de vida saudável socializados; Com isso espera-se a	Grupos de tratamentos para fumantes formados e funcionantes. Dietas elaboradas por nutricionistas Realização de atividade física	Recursos cognitivos - conhecimento para capacitar os profissionais sobre os métodos de abordagem ao tabagista no processo de cessação do fumo. Os mesmos serão instrumentalizados com materiais de apoio que
Não implantação de um programa de cessação do tabagismo				

	<p>2º Ciclo: Farmacoterapia</p>	<p>cessação do tabagismo em pelo menos 50% da população e aumento do número de pessoas que desejam abandonar o tabagismo.</p> <p>Tratamento medicamentoso disponibilizado para aqueles que mesmo com as intervenções profissionais não conseguem deixar o uso do cigarro definitivamente.</p>	<p>Grupos de tratamento medicamentoso para fumantes formados e funcionários.</p>	<p>facilitarão o trabalho com os tabagistas.</p> <p>Recursos cognitivos - conhecimento para atuar na indicação e acompanhamento do uso da medicação para cessação do tabagismo.</p>
<p>Dificuldade dos profissionais para organização e condução dos grupos</p>	<p>Capacitação específica dos profissionais que estão atuando na rede quanto a organização e condução dos grupos operativos.</p>	<p>Profissionais capacitados na metodologia de condução de grupos operativos. / Grupos formados e conduzidos.</p>	<p>Atividades de educação permanente através de oficinas para capacitação dos trabalhadores</p>	<p>Recursos políticos - articulação dos gerentes do município e unidade de saúde para aprovação do plano</p> <p>Recursos financeiros para aquisição de recursos audiovisuais, materiais didáticos para profissionais.</p>
<p>Falta de disponibilização de medicamentos</p>	<p>Redimensionamento da quantidade de medicamentos repassados pela Secretaria de Estado da Saúde</p>	<p>Aumento gradativo da quantidade de medicamentos disponibilizados.</p> <p>Regularidade no fornecimento de medicamentos para os usuários em tratamento intensivo do tabagismo.</p>	<p>Planilhas de acompanhamento corretamente preenchidas e encaminhadas às farmácias distritais e à Secretaria de Estado da Saúde.</p>	<p>Recursos políticos e financeiros, com articulação com a Secretaria de Estado de Saúde para redimensionamento de financiamento e disponibilização de medicação.</p>

Falta de infraestrutura para realização dos grupos	Definição dos possíveis locais de realização dos grupos previstos, nomes dos profissionais que farão parte do projeto e aquisição de materiais necessários.	Locais para realização dos grupos definidos.	Realização das atividades em grupos.	Recursos políticos - articulação com gerentes do município e unidade de saúde para aprovação do plano
				Recursos financeiros para aquisição de recursos audiovisuais e materiais didáticos para os profissionais e população.

Fonte: Mota Junior, 2015.

6.4 Identificação dos Recursos Críticos

Operação	Recursos Críticos
Identificar os pacientes tabagistas da área de atuação da ESF	Profissionais da unidade de saúde para busca ativa e revisão de prontuários para análise dos pacientes tabagistas.
Realizar campanhas educativas sobre os malefícios do tabagismo e os meios de cessação do tabagismo.	Recursos cognitivos, como realização de grupos para informação da população sobre consequências do tabagismo e importância da cessação de tal prática, bem como abordar as diversas técnicas de cessação do tabagismo.
Implantação do Programa de Cessação do Tabagismo na área de abrangência da	Recursos cognitivos, os profissionais serão capacitados para serem propagadores de informações e otimizar os métodos de abordagem ao tabagista no processo de cessação do fumo, os mesmos serão instrumentalizados com materiais de apoio que facilitarão o trabalho com

<p>ESF com ênfase em mudanças de comportamento através dos grupos operativos.</p>	<p>os tabagistas.</p>
<p>Capacitação específica dos profissionais que estão atuando na rede quanto a organização e condução dos grupos operativos.</p>	<p>Recursos organizacionais e políticos, com articulação com os gerentes do município e unidade de saúde para aprovação do plano, além de recursos financeiros para aquisição de recursos audiovisuais, materiais didáticos para profissionais.</p>
<p>Redimensionamento da quantidade de medicamentos repassados pela Secretaria de Estado da Saúde</p>	<p>Recursos políticos e financeiros, com articulação com a Secretaria de Estado de Saúde para redimensionamento de financiamento e disponibilização de medicação.</p>
<p>Definição dos possíveis locais de realização dos grupos previstos, nomes dos profissionais que farão parte do projeto.</p>	<p>Recursos políticos e financeiros, articulação com gerentes do município e unidade de saúde para aprovação do plano e aquisição de recursos audiovisuais e materiais didáticos para os profissionais e população.</p>

Fonte: Mota Junior, 2015.

Na tabela a seguir apresentamos a viabilidade do plano de ação proposto:

6.5 Análise de Viabilidade do Plano

Operação/Projeto	Recursos Críticos	Ator que Controla	Motivação
Identificação dos Tabagistas	Profissionais da unidade de saúde para busca ativa e revisão de prontuários para identificação dos tabagistas.	Profissionais da ESF	Favorável
Divulgação dos meios de cessação do tabagismo	Recursos cognitivos, como realização de grupos para informação da população sobre consequências do tabagismo e importância da cessação de tal prática, bem como abordar as diversas técnicas de cessação do tabagismo.	Profissionais da ESF	Favorável
Implantação do programa de cessação do tabagismo	Recursos cognitivos, os profissionais serão capacitados para serem propagadores de informações e otimizar os métodos de abordagem ao tabagista no processo de cessação do fumo, os mesmos serão instrumentalizados com materiais de apoio que facilitarão o trabalho com os tabagistas.	Profissionais da ESF	Favorável
Capacitação específica dos	Recursos organizacionais e	Profissionais da ESF	Favorável

profissionais para formação e organização dos grupos	políticos, com articulação com os gerentes do município e unidade de saúde para aprovação do plano, além de recursos financeiros para aquisição de recursos audiovisuais, materiais didáticos para profissionais.	Secretário de Saúde	Favorável
Disponibilização de medicamentos	Recursos políticos e financeiros, com articulação com a Secretaria de Estado de Saúde para redimensionamento de financiamento e disponibilização de medicação.	Profissionais de saúde Secretário Municipal de Saúde Secretário de Estado da Saúde	Favorável Favorável Indiferente
Definição dos possíveis locais de realização dos grupos previstos	Recursos políticos e financeiros, articulação com gerentes do município e unidade de saúde para aprovação do plano e aquisição de recursos audiovisuais e materiais didáticos para os profissionais e população.	Secretário Municipal de Saúde Profissionais de Saúde	Favorável Favorável

Fonte: Mota Junior, 2015.

Já na tabela a seguir apresentamos o plano operativo em si, com apresentação dos responsáveis por cada atividade proposta:

6.6 ELABORAÇÃO DO PLANO OPERATIVO

Operação/Projeto	Responsável
Identificação dos Tabagistas	Médica Enfermeira Agentes comunitários de saúde
Divulgação dos meios de cessação do tabagismo	Médica Enfermeira Odontologista

	Fisioterapeuta
Implantação do programa de cessação do tabagismo	Médica Enfermeira Odontologista Fisioterapeuta Secretaria Municipal de Saúde
Capacitação específica para organização e condução dos grupos	Médica Enfermeira Odontologista Fisioterapeuta
Disponibilização de medicamentos	Médica Secretaria Municipal de Saúde
Disponibilização dos possíveis locais de realização dos grupos previstos	Médica Enfermeira Secretaria Municipal de saúde

Fonte: Mota Junior, 2015.

O prazo que se propõe para o início das atividades e de aplicação do planejamento estratégico situacional são cinco meses.

7 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Com este Plano de Intervenção, busca-se implantar uma nova forma de funcionamento dos grupos realizados para cessação do tabagismo. As atividades pautarão nas mudanças efetivas dos estilos de vida, de forma que se utilize uma equipe multidisciplinar/interdisciplinar nessas atividades. Através das atividades, busca-se propiciar encontro entre usuário e profissional. Merhy (2002) enfatiza que, nessa relação de encontro, há um espaço estratégico para as mudanças no modo de produzir saúde, permitindo que coloquemos o usuário, com suas necessidades, no centro da atenção para produção do cuidado. Dessa forma, estará se propiciando para a comunidade um processo de trabalho diferenciado, em que ela também possa fazer parte do serviço e não se sujeitando, apenas, a ele.

A expectativa, portanto, é de que as atividades realizadas propiciarão uma nova concepção pedagógica para os profissionais da equipe e a comunidade, fortalecendo as ações de saúde, de forma que essas atividades se tornem rotineiras no atendimento da população tabagista.

REFERÊNCIAS

BESEN, C. B.; SOUZA NETTO, M; DA ROS, A. A.; SILVA, F. W.; SILVA, C. G.; PIRES, M. F. A Estratégia Saúde da Família como objeto de educação em saúde. **Saúde e Sociedade**, v.16, n.1, p. 57-68. 2007.

BOEHS AE, MONTICELLI M, WOSNY AM, HEIDEMANN IBS, GRISOTTI M. A interface necessária entre enfermagem, educação em saúde e o conceito de cultura. **Texto Contexto Enferm [online]**, Florianópolis, v. 16, n. 2, p. 307-314. 2007.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Prevenção clínica de doenças cardiovasculares, cerebrovasculares e renais** - Brasília: Ministério da Saúde, 2006. 56 p. - (Cadernos de Atenção Básica; 14) (Série A. Normas e Manuais Técnicos).

BRASIL. Ministério da Saúde. **VIGITEL Brasil 2011**. Vigilância de fatores de risco e proteção para doenças crônicas por inquérito telefônico. Brasília (Brasil): Ministério da Saúde. 2012.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Plano de implantação da abordagem e tratamento do tabagismo na rede SUS**. Brasília/DF. 2004. Disponível em: http://www.inca.gov.br/tabagismo/publicações/plano_abordagem_sus.pdf.

CAMPOS, F. C. C.; FARIA, H. P.; SANTOS, M. A. **Planejamento estratégico situacional**. In: CAMPOS, F. C. C.; FARIA, H. P.; SANTOS, M. A. Planejamento e avaliação das ações em saúde. 2ª ed. Belo Horizonte: Nescon/UFMG, 2010a. 118p. : il.

CAMPOS, F. C. C.; FARIA, H. P.; SANTOS, M. A. **Elaboração do plano de ação**. In: CAMPOS, F. C. C.; FARIA, H. P.; SANTOS, M. A. Planejamento e avaliação das ações em saúde. 2ª ed. Belo Horizonte: Nescon/UFMG, 2010b. 118p. : il.

IBGE. **Censo Demográfico**. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística, 2013.

INSTITUTO NACIONAL DO CANCER (INCA). **Plano de implantação da abordagem e tratamento do tabagismo na rede SUS**. Brasília, 2010.

MEYER, D. E. E.; MELLO, D. F.; VALADÃO, M. M.; AYRES, J. R. C. M. “Você aprende. A gente ensina?” Interrogando relações entre educação e saúde desde a perspectiva da vulnerabilidade. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 22, n. 6. 2006.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE (OMS). **Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados à Saúde (CID 10)**. 4ª ed. São Paulo: Edusp; 1997.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE (OMS). **Report on the global tobacco epidemic, 2008**. The Mpower package.WHO global report.Genebra: OMS. 2008.

OTERO, U.B. Ensaio clínico randomizado: efetividade da abordagem cognitivo-comportamental e uso de adesivos transdérmicos de reposição de nicotina, na cessação de fumar em adultos residentes no Município do Rio de Janeiro. **Cad. Saúde Pública**. 2006; 22(2):439-49.

REICHERT, J.; ARAÚJO, A.J.; GONÇALVES, C.M.C et al. Diretrizes para cessação do tabagismo – 2008. **J Bras Pneumol**. 2008; 34(10):845-880.

ROSEMBERG, J. **Nicotina droga universal**. Rio de Janeiro: INCA; 2005.

SARGUS. Relatório Anual de Gestão. Disponível em:
<http://aplicacao.saude.gov.br/sargsus/login%21carregaRelatorioExterno.action?codUf=31&codTpRel=01>

SIAB. Sistema de Informação da Atenção Básica (SIAB). Disponível em:
<http://www2.datasus.gov.br/SIAB/index.php?area=04>

SZWARCWALD, C.L.; VIACAVA, F. Pesquisa mundial de saúde no Brasil, 2003. **Cad. Saúde Pública**. 2005; 21: s4-5.

VIEGAS, C.A. **A abordagem breve**. In: Gigliotti A, Presmsm S. Atualização no tratamento do tabagismo, Org. Rio de Janeiro: ABP; 2006.