

Ações para redução do tabagismo em uma Unidade Básica de Saúde
Actions to the reduction of smoking in a Basic Health Unit

RAÍSSA BARRÊTO VIEIRA SOARES

Fabília Castelo Branco de Andrade Brito

RESUMO

O tabagismo está inserido na Décima Revisão do Código Internacional de Doenças (CID-10) no grupo de transtornos mentais e de comportamento devido ao uso de substância psicoativa. Além de causar dependência física, psicológica e comportamental o tabagismo é fator de risco para doenças cardiovasculares, respiratórias e vários tipos de cânceres. A partir do diagnóstico situacional da cidade de Antônio Almeida, foi observado que o consumo do tabaco é alto e a maioria dos fumantes não reconhece os pontos negativos do hábito e não se consideram doentes. Frente a essa questão o trabalho tem como objetivo apresentar um Plano de Ação para implantação de um grupo antitabagismo em uma Unidade Básica de Saúde no município de Antônio Almeida, Piauí. Para o desenvolvimento do Plano de Ação algumas etapas foram concluídas como contextualização do problema, priorização do problema e a elaboração da estratégia de intervenção. Para a construção de um subsídio teórico e construção o projeto em questão, procedeu-se com uma revisão da literatura realizada entre agosto de 2019 e janeiro de 2020, baseado na busca de publicações científicas em base de dados da Biblioteca Virtual em Saúde (BVS), além de informações do Ministério da Saúde, Instituto Nacional do Câncer (INCA), Organização Mundial da Saúde (OMS) e Jornal Brasileiro de Pneumologia. Espera-se que a partir da conscientização da população sobre os malefícios do uso do tabaco, seguida da criação de um grupo de apoio aos tabagistas com foco em uma abordagem multiprofissional e incentivo mútuo entre os pacientes possa haver uma maior aderência ao tratamento e efetividade na redução do tabagismo na comunidade.

Palavras-chave: Tabagismo; Abandono do Uso do Tabaco; Programa Nacional de Controle do Tabagismo; Unidade Básica de Saúde; Abordagem Multiprofissional.

ABSTRACT

The smoking is inserted in the Tenth Review of the International Code of Diseases (CID-10) in the group of Mental Disorders and behavior due to the use of psychoactive substance. Besides causing physical, psychological and behavioral dependence, the smoking is a risk factor to cardiovascular and respiratory diseases and also various kinds of cancers. From the situational diagnosis of Antônio Almeida town. It was observed that the consumption of tobacco is high and the majority of smokers do not recognize the negative points of this habit. Facing this question, this study has as objective present an Action Plan to the implantation of an anti-smoking group in a Basic Health Unit of Antônio Almeida. To the development of the Action Plan some stages were concluded as the contextualization of the problem, prioritization of the problem and the elaboration of the intervention strategy. For theoretical subsidy and construction of the project in question, a review of the literature was done from August 2019 to January 2020, based on the search of scientific publications on the basis of data of the Virtual Health Library (VHL), in addition to information from the Ministry of Health, National Cancer Institute (INCA), World Health Organization (WHO) and the Brazilian Journal of Pulmonology. It is expected that from the conscientization of the population about the harm of the use of tobacco, followed by the creation of a group of support to the smokers focusing on a multiprofessional approach and mutual incentive among the participants there can be a bigger adherence to the treatment and effectiveness in the reduction of smoking in the community.

Keywords: Smoking; Abandonment of Tobacco Use; National Tobacco Control Program; Basic health Unit; Multiprofessional approach

1 INTRODUÇÃO

1.1 Histórico do Município

A cidade de Antônio Almeida foi criada em 1963. Sua história começou em 1940 quando Raimundo Vertunes da Rocha adquiriu uma gleba onde instalou a fazenda Valparaíso, plantou cana-de-açúcar e montou engenho para fabricação de rapadura e aguardente de cana. O rápido desenvolvimento foi atribuído aos dois primeiros comerciantes de Antônio Almeida, Martinho Gomes dos Santos e Vítor Vertunes da Rocha (PREFEITURA MUNICIPAL DE ANTÔNIO ALMEIDA, 2019).

O povoado foi elevado à categoria de município e distrito com a denominação de Antônio Almeida, pela lei estadual nº 2514, de 02-12-1963, desmembrado da cidade de Guadalupe. Constituído do distrito sede e instalado em 31 de março de 1964. Ação liderada pelo então Deputado Estadual João Clímaco de Almeida (INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA, 2018).

Os habitantes se chamam antônio-almeidenses. Apresenta uma área territorial de 645,78 km e sua população foi estimada em 3.164 habitantes para o ano de 2019. Situa-se no sudoeste piauiense entre as cidades de Porto Alegre do Piauí, Marcos Parente, Uruçuí e Landri Sales (INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA, 2018).

Em 2017, o salário médio mensal era de 1.8 salários mínimos. A proporção de pessoas ocupadas em relação à população total era de 13.0%, considerando domicílios com rendimentos mensais de até meio salário mínimo por pessoa, 52.1% da população se apresentava nessas condições (INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA, 2018).

A economia é caracterizada pela agricultura, pecuária e a extração de calcário, possui três mineradoras ativas há aproximadamente 30 anos. A cidade é reconhecida no estado por esta última atividade o que a tornou conhecida como Capital do Calcário Piauiense (Disponível em: <http://g1.globo.com/pi/piaui/bom-dia-piaui/videos/v/producao-de-calcario-impulsiona-economia-da-cidade-de-antonio-almeida/5262104/>. Acessado em: 29 de janeiro de 2020).

De acordo com o Censo (2010) taxa de escolarização de 6 a 14 anos de idade é de 99,6 %. As escolas funcionantes se concentram somente na zona urbana, todas as unidades escolares das zonas rurais estão fechadas e os estudantes precisam se deslocar por meio de ônibus escolar fornecido pelo poder público. Segundo o IBGE (2018), a quantidade de alunos matriculados em 2018 nos ensinos fundamental e médio eram respectivamente 477 e 103 alunos.

De acordo com os dados os dados do Sistema de Informação sobre Mortalidade (SIM) a principal causa de morte na população de Antônio Almeida é por doenças do aparelho circulatório, em segundo lugar estão as neoplasias e em seguida as doenças do aparelho respiratório, doenças do sangue, parasitárias, digestivas e acidentes por causas externas (DATASUS/SIM, 2017).

Segundo o censo do IBGE realizado em 2010 a cidade apresenta 13.8% de domicílios com esgotamento sanitário adequado, o que contribui para grande quantidade de doenças parasitárias e gastrointestinais. De acordo com questionários socioeconômicos com pacientes percebe-se também que a maioria da população não consome água filtrada tanto na zona urbana quanto na zona rural.

Quadro 1: Distribuição da população residente em Antônio Almeida em 2010.

Município: Antônio Almeida- PI												
Total da população em 2010: 3039												
Idade (anos)	0-4	5-9	10-14	15-19	20-24	25-29	30-39	40-49	50-59	60-69	70 ou mais	Total
Masculino	131	137	151	150	156	139	190	172	150	108	74	1558
Feminino	103	133	159	144	133	109	195	173	162	109	61	1481
Total	234	270	310	294	289	248	385	345	312	217	135	3039

Fonte: IBGE, Censo Demográfico 2010.

Diante dos dados apresentados no Quadro 1, é possível observar que existe equilíbrio em relação a quantidade de homens e mulheres no município. Assim, as políticas de saúde pública devem ser orientadas para assistir aos dois públicos. Além disso, deve se levar em consideração a grande quantidade de adolescentes, jovens e adultos.

A UBS Assentamento Beleza é responsável por 272 famílias. Em agosto de 2019 foram atendidos pela equipe 586 pacientes, 569 em UBS e 17 em domicílio, sendo 112 pessoas acompanhadas por hipertensão arterial sistêmica, 17 por diabetes, 07 tabagistas em tratamento para abuso cônico do tabaco (ESTRATÉGIA DE INFORMATIZAÇÃO DA ATENÇÃO BÁSICA E-SUS AB, 2019).

Em setembro do 2019 foram realizados 609 atendimentos, sendo 595 realizados na UBS e 14 visitas domiciliares, 18 encaminhamentos para serviço especializado, 277 retornos para cuidado continuado e programado, o número de pacientes acompanhados com hipertensão arterial sistêmica foi 98, puericultura 39, 08 pré-natais, 06 diabéticos, 43 pacientes com ansiedade, depressão, outros problemas de saúde mental e uso de benzodiazepínicos, 05 tabagistas em tratamento para o vício (ESTRATÉGIA DE INFORMATIZAÇÃO DA ATENÇÃO BÁSICA e-SUS AB, 2019).

Antônio Almeida encontra-se localizado no Território de Desenvolvimento do Alto Parnaíba, como rede assistencial a saúde possui duas Unidade Básica de Saúde uma localizada na zona urbana, UBS Napoleão da Costa Veloso, e unidades de apoio em quatro interiores que compõem a zona rural, UBS Assentamento Beleza. Existe também o Núcleo de Apoio a Saúde da

Família (NASF). O município não possui os seguintes setores: Centro de Assistência Psicossocial (CAPS), Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU) e Unidade Hospitalar.

A prioridade do serviço é o atendimento primário, a equipe atende a população local por meio das seguintes atividades: atendimento a comunidade em nível ambulatorial com consultas agendadas, cuidados continuados e programados, atendimento domiciliar, atendimentos de urgência e emergência.

Os casos com necessidade de internação ou suporte com mais recursos são transferidos para o hospital de referência, Hospital Dirceu Arcoverde, que se localiza a 59,2 quilômetros, em Uruçuí (SISTEMA DE INFORMAÇÃO HOSPITALAR/SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE, 2018).

A equipe da UBS Napoleão da Costa Veloso é composta por uma médica, duas enfermeiras, duas técnicas de enfermagem, uma dentista, uma farmacêutica, uma auxiliar de farmácia, uma auxiliar de odontologia, quatro agentes de saúde, dois agentes de combate as endemias. É complementada ainda por nove técnicos de enfermagem que assumem em forma de plantão para auxiliar nas urgências e emergências. O horário de atendimento é de 7:30h as 11:30 e 13:30h as 17:30h de segunda a sexta. O NASF tem sede no município e é constituído por uma psicóloga, uma fisioterapeuta e uma nutricionista que prestam assistência as unidades de atenção básica.

A UBS da zona urbana possui uma infraestrutura composta por uma sala de vacina, dois consultórios médicos, dois consultórios para atendimento de enfermagem, um consultório de odontologia, uma sala de triagem, uma recepção, uma sala de curativos e administração de medicamentos, uma farmácia, uma sala de espera, três banheiros, quatro leitos para observação, uma sala de expurgo, uma sala de esterilização.

A equipe da UBS Assentamento Beleza é composta por uma médica, uma enfermeira, um técnico de enfermagem e quatro agentes de saúde. A infraestrutura é constituída por 2 consultórios e uma sala de recepção. Não possui farmácia no local, mas os medicamentos são levados da farmácia localizada na zona urbana até as unidades de apoio da zona rural. Os atendimentos são realizados nos seguintes horários: segunda-feira e terça-feira de 07:30h as 11:30 e 13:30h as 17:30h, quarta-feira e quinta-feira de 07:30 as 14:30.

Nesta UBS não dispõe de energia elétrica e os atendimentos são registrados no Cadastro de Atendimento Individual ou Registro Tardio. Uma das dificuldades enfrentadas pela equipe que trabalha na zona rural é a falta de cadastro dos pacientes na plataforma digital do Sistema Único de Saúde o que prejudica o registro das atividades e dificulta o acompanhamento. Outro ponto importante a ser observado é o fato de todas as consultas pré-natais serem realizados na zona urbana em cronograma específico, devido à falta de materiais como sonar e fita métrica nos postos de assistência da zona rural, as gestantes são atendidas pela equipe da zona rural no consultório localizado na zona urbana nas terças-feiras pela manhã.

Os principais problemas enfrentados pelas equipes de Saúde da Família no município são o tabagismo, a expressiva quantidade de pacientes com Hipertensão Arterial Sistêmica que não fazem o uso incorreto das medicações contínuas, a grande demanda de gestantes adolescentes,

além disso, o uso irregular de benzodiazepínicos principalmente em pacientes idosos (SISTEMA DE INFORMAÇÃO DA ATENÇÃO BÁSICA, 2018).

Segundo informações cadastradas pelos agentes comunitários de saúde da UBS Assentamento Beleza, existem 140 fumantes na zona rural. A prioridade desta equipe de saúde está em diminuir a quantidade de usuários de tabaco, fazendo acompanhamento, esclarecendo sobre os malefícios do fumo e influenciando-os para que tenham o desejo de cessar o hábito de fumar.

Para enfrentamento dos demais problemas são feitos grupos com pacientes hipertensos para acompanhamento coletivo e individual com nutricionista, enfermeiro, psicólogo e ainda são realizadas consultas médicas programadas, são realizadas também palestras nas escolas para prevenção de doenças sexualmente transmissíveis e da gravidez na adolescência e palestras com pacientes usuários de benzodiazepínicos assim como consultas para redução das doses das medicações e acompanhamento psicológico dos idosos em uso de tais medicações.

A partir do diagnóstico situacional foi observado que o consumo do tabaco é alto e a maioria dos fumantes não reconhecem os pontos negativos do hábito, dessa forma há uma necessidade de conscientização sobre os malefícios que o hábito de fumar pode trazer para suas vidas. Além disso os pacientes que demonstraram o desejo de cessar o hábito encontraram obstáculos e recaídas. Dessa forma espera-se que a partir de uma abordagem multiprofissional e do inventivo mútuo entre os pacientes possa haver uma maior efetividade no tratamento e um menor número de recaídas.

OBJETIVOS

OBJETIVO GERAL

O trabalho tem como objetivo apresentar um plano de ação para implantação do grupo antitabagismo em uma Unidade Básica de Saúde.

OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Esclarecer a população sobre os malefícios do tabagismo;
- Identificar fatores associados ao tabagismo em um grupo de fumantes;
- Demonstrar a importância do suporte multiprofissional associado ao tratamento medicamentoso ou a mudança comportamental para pessoas que participarem do grupo anti-tabagismo;

METODOLOGIA

Trata-se de um projeto de intervenção a ser realizado no município de Antônio Almeida-PI, o público-alvo que contempla essa ação são usuários tabagistas da Equipe de Saúde da Família desse município.

Para fins de integrar a construção de um subsídio teórico e iniciar o projeto em questão, procedeu-se com uma revisão da literatura realizada entre agosto de 2019 e janeiro de 2020, baseado na busca de publicações científicas em base de dados da Biblioteca Virtual em Saúde (BVS) usando os seguintes descritores: Tabagismo; Controle; Educação em Saúde; Doenças Crônicas Não Transmissíveis, Abandono do Uso do Tabaco, Malefícios do Cigarro; Programa Nacional de Controle do Tabagismo, Instituto Nacional do Câncer; Nicotina.

Foram pesquisados ainda dados do Ministério da Saúde, Instituto Nacional do Câncer (INCA), Organização Mundial da Saúde (OMS), Jornal Brasileiro de Pneumologia.

REVISÃO DE LITERATURA

O tabagismo é uma doença epidêmica caracterizada pelo hábito de fumar que leva a dependência física, psicológica e comportamental semelhante ao que ocorre com o uso de outras drogas (MARQUES, et all 2001).

A partir do século XVII iniciou-se um debate na Europa quanto aos efeitos do tabaco na saúde. No século XX, com a industrialização e o marketing, ele passou a ser fabricado de forma mais atrativa, e vendido, principalmente, como sinônimo de liberdade. O tabaco era usado na recepção de um recém-chegado, em festividades, e para a elite era considerado um hábito refinado. Concomitantemente a isso, estudos visavam comprovar os malefícios que ele trazia para a saúde (SPINK, 2010).

No século vinte o Brasil era marcado pela mídia pró-tabaco que era ostensiva e acompanhada de poucas evidências científicas de danos causados pelo hábito. A prática tinha boa aceitação social e era perceptivelmente influenciada por atores de novela, cinemas e pessoas da alta sociedade (INCA, 2015).

Segundo o Diário Oficial da República Federativa do Brasil de 2011 a Comissão de Tabagismo da Sociedade Brasileira de Pneumologia e Tisiologia (SBPT) participou das principais ações que levaram à promulgação da Lei Antifumo (Lei Federal 12.546/2011) em parceria com entidades governamentais e não governamentais: Instituto Nacional do Câncer (INCA) do Ministério da Saúde, Comissão Nacional para Implementação da Convenção-Quadro para o Controle do Tabaco (CONICQ), Aliança de Controle do Tabagismo + Saúde (ACT+), Associação Médica Brasileira (AMB) e Conselho Federal de Medicina.

Para reverter a alarmante epidemia global do tabagismo, em 2003, a 56ª Assembleia Mundial da Saúde aprovou o primeiro Tratado Internacional de Saúde Pública, contendo um conjunto de medidas intersetoriais, a Convenção-Quadro para o Controle do Tabaco da OMS (CQCT-OMS), o Brasil ratificou esse tratado no Congresso Nacional em 2005, incorporando suas regras ao ordenamento jurídico nacional (Decreto nº 5.658/2006) (BRASIL, 2006).

A CQCT-OMS reconhece que a exposição à fumaça do tabaco é causa de mortalidade, morbidade e incapacidade, e determina em seu artigo 8º que os Estados adotem medidas para proteger suas populações dos riscos do tabagismo passivo em ambientes públicos, locais de trabalho e meios de transporte (INCA, 2015)

No Brasil, desde 1996, a Lei Federal no 9.294/1996 dispõe sobre as restrições ao uso e à propaganda de produtos derivados do tabaco. Originariamente, a lei proibia o uso de cigarros, cigarrilhas, charutos, cachimbos ou de qualquer outro produto do tabaco, em recinto coletivo, privado ou público, com exceção para as áreas específicas destinadas ao fumo instaladas nesses locais (chamadas popularmente de fumódromos), que deveriam ser devidamente isoladas e com arejamento conveniente (BRASIL,1996).

A regulamentação da lei trazida pelo Decreto no 2.018/1996 não era suficientemente explicativa sobre as condições de isolamento e ventilação dos fumódromos, deixando os trabalhadores desses ambientes em risco ocupacional por tabagismo passivo.

Somente em dezembro de 2011 foi aprovada a Lei Federal Antifumo nº 12.546/2011 18, que altera o decreto de 1996 proibindo fumar em locais de uso coletivo de todo o país, mesmo que o ambiente seja parcialmente fechado, proibindo também os fumódromos (BRASIL, 2014).

A Comissão de Tabagismo da Sociedade Brasileira de Pneumologia e Tisiologia (SBPT) ajudou a difundir o conceito do tabagismo como doença tratável e com cura. Apesar dos esforços para reduzir o consumo o tabaco continua como uma droga produzida e distribuída de forma lícita. Portanto fazem-se necessárias políticas de controle e de educação em saúde. Atualmente a própria sociedade mudou sua forma de ver o cigarro, antes visto como sinônimo de charme e inclusão social, agora o hábito de fumar é considerado incorreto e indesejado (Sociedade Brasileira de Pneumologia e Tisiologia; 2008).

De acordo com a Organização Mundial de Saúde (2016) no mundo, o tabagismo responde por 12% das mortes de pessoas acima de 30 anos, o que representa 14% das mortes por doenças crônicas não transmissíveis (tais como câncer, doenças cardiovasculares e doenças respiratórias) e por 5% das doenças transmissíveis (tais como tuberculoses e infecções do trato respiratório inferior).

A Organização Mundial da Saúde (OMS) tem alertado que o ônus econômico e social das doenças crônicas não transmissíveis (cardiovasculares, respiratórias crônicas, diabetes e câncer) representa a principal barreira para o cumprimento dos Objetivos de Desenvolvimento do Milênio das

Nações Unidas. O tabagismo é o único fator de risco comum a esses quatro grupos de doenças não transmissíveis (ALLIANCE, NCD, et al., 2015)

Segundo o Instituto Nacional do Câncer - INCA (2017) o tabaco responde por 30% de todos os casos de câncer globalmente, e a carga econômica anual das doenças tabaco-relacionadas excede os gastos anuais com saúde em países de baixa e média renda.

Entre as doenças tabaco-relacionadas que mais causam morte estão as doenças cardiovasculares (43%), vários tipos de câncer, dentre eles o de boca, pulmão, laringe, esôfago, estômago, fígado, rins, colo uterino que em conjunto correspondem a 36% dos óbitos e as doenças respiratórias (20%). É importante ressaltar que 95% dos cânceres de pulmão estão relacionados a pacientes fumantes. (BORDIN S, 2004; CORREA, 2008).

Observa-se também malefícios na formação embrionária em gestantes fumantes, que se manifestam como baixo peso ao nascer e aborto; essas situações são referentes à diminuição da oferta de oxigênio, já que a nicotina tem uma afinidade cerca de 250 vezes maior para se ligar a hemoglobina se comparada ao oxigênio. Além disso, o tabagismo pode levar a uma maior probabilidade de deslocamento de placenta (CORREA, 2008).

O cigarro possui cerca de 60 substâncias tóxicas responsáveis pela diminuição da oxigenação dos tecidos; dentre elas, a nicotina, e seu uso está associado a 200 mil mortes por ano no Brasil (BORDIN S, 2004).

Cada cigarro possui cerca de 7 a 9 mg de nicotina, uma amina que tem atuação no sistema mesolímbico dopaminérgico liberando acetilcolina, noradrenalina, dopamina, serotonina e GABA gerando sensação de prazer, relaxamento, redução do apetite e é responsável pela dependência do tabaco (MARQUES, et al., 2001).

Segundo o INCA (2017) a dependência química causada pela nicotina é similar à dependência de drogas como heroína ou cocaína. Por esse motivo o tabagismo é classificado como doença estando inserido no Código Internacional de Doenças (CID-10) no grupo de transtornos mentais e de comportamento devido ao uso de substância psicoativa.

O hábito de fumar também atinge as pessoas próximas ao fumante, o tabagismo passivo consiste na inalação da fumaça da queima de derivados do tabaco e afeta de forma negativa pessoas de todas as faixas etárias levando a déficits neurológicos e cognitivos nos recém nascidos, na fase escolar pode causar dificuldades de aprendizado, déficit de atenção e nos adultos exacerbações de doenças respiratórias como asma, doença pulmonar obstrutiva crônica, tuberculose e câncer de pulmão, além da exposição crônica aumentar o risco de doenças cardiovasculares (SOCIEDADE BRASILEIRA DE PNEUMOLOGIA E TISIOLOGIA, 2008).

Apesar dos efeitos nocivos do tabagismo, a maior parte dos usuários mantém o hábito de fumar devido a sensação de prazer, intolerância aos sintomas da abstinência, ou devido ao comportamento associativo com outros atos como após as refeições, ao tomar café, momentos de estresse, nervosismo, angústia (MARQUES, et al., 2001).

Segundo Marques, et al., 2001, uma redução de 50% no consumo da nicotina já é capaz de desencadear os sintomas de abstinência como ansiedade, irritabilidade, insônia, aumento de apetite, principalmente por doces, diminuição da concentração, redução da pressão arterial e da frequência cardíaca, tosse e fissura pelo cigarro.

Após a cessação do uso do tabaco entre duas a doze semanas ocorre melhora da circulação sanguínea e conseqüentemente após cinco anos o risco de morte por infarto do miocárdio é diminuído pela metade. Além disso, após alguns meses há um aumento da eficiência pulmonar e em cerca de dez anos ocorre diminuição de 50% no risco de adquirir câncer de pulmão (BRASIL, 2015).

O controle do tabagismo no Brasil está sendo articulado pelo Ministério da Saúde por meio do Instituto Nacional do Câncer, o que inclui um conjunto de ações nacionais que compõem o Programa Nacional de Controle do Tabagismo (PNCT). O programa oferece ao fumante um tratamento que inclui avaliação clínica, abordagem mínima ou intensiva, individual ou em grupo e, se necessário, terapia medicamentosa (SOCIEDADE BRASILEIRA DE PNEUMOLOGIA E TISIOLOGIA, 2008).

De acordo com o Ministério da Saúde uma das estratégias essenciais do PNCT tem sido a formação de rede de parcerias com representações das secretarias estaduais e municipais de saúde e de educação que desenvolvem atividades de coordenação/gerência operacional e técnica do programa com cede em cada estado e atuação nos municípios de forma descentralizada. O tratamento é gratuito e oferecido na rede de atenção básica pelo SUS (SOCIEDADE BRASILEIRA DE PNEUMOLOGIA E TISIOLOGIA, 2008).

A Atenção Primária em Saúde (APS) está em uma posição privilegiada e estratégica para o controle do tabaco dentro do Sistema Único de Saúde (SUS), pois é porta de entrada para a saúde pública. Os profissionais da Atenção Básica devem receber capacitação sobre o PNCT e suas ações. Para ter resultados positivos, é preciso que os profissionais da Atenção Básica estejam de acordo com o Método Clínico Centrado na Pessoa (MCCP) que prioriza um cuidado humanizado, abrangente, qualificado traçando planos e metas em conjunto com o tabagista, ajudando a diminuir a prevalência no país (BRASIL, 2015).

O método clínico centrado na pessoa (MCCP) foi recomendado por Stewart na publicação de "Patient centered medicine: Transforming the clinical method", que teve sua última atualização em 2015. Tal método dá ênfase à importância de abordar na consulta três aspectos: a perspectiva do médico, relacionada aos sintomas e à doença; a perspectiva do paciente, que inclui suas preocupações, medos e experiência de adoecer; e a integração entre as duas perspectivas. Ele descreve quatro componentes interativos do processo de atendimento, são eles: 1. Explorar da saúde, a doença e a experiência da doença; 2. Compreender de forma integral o paciente (relação com a família, contexto na sociedade, ciclo de vida em que se encontra); 3. Encontrar um terreno comum; 4. Intensificar o relacionamento entre pessoa e médico (STEWART M, et all, 2010).

O terceiro componente do MCCP propõe que o profissional de saúde e o paciente encontrem um terreno comum, ou seja, entrem em acordo com a agenda e as prioridades da

consulta, as metas do cuidado e elaborem um plano conjunto de manejo dos problemas, identificando nele os papéis assumidos por ambos (STEWART M, et all, 2010).

O tabagismo deve ser visto como doença tratável e curável, existe um esforço por parte do poder público para que sejam tomadas medidas de combate ao fumo, a Atenção Primária a Saúde tem meios para influenciar a população e cabe a esse nível de atenção alertar a população e promover as ações definidas pelo Programa Nacional de Controle do Tabagismo (PNCT) para reduzir o índice de mortalidade das doenças associadas ao uso do tabaco.

PLANO DE AÇÃO

A partir do trabalho em Antônio Almeida- PI, observou-se juntamente com a equipe que o tabagismo é um hábito comum, e muitos fumantes mantém o uso do fumo desde a adolescência, somando vários anos de uso da substância.

Como o município tem somente duas Equipes de Saúde da Família que funcionam como portas de entrada para o Sistema Único de Saúde pressupõe-se que a maioria dos fumantes passam por essas equipes, seja para tratamento de doenças crônicas associadas ao tabaco como hipertensão e diabetes, por doenças respiratórias ou por uma simples gripe. Nesses atendimentos surge a oportunidade para orientação durante a própria consulta por meio de uma abordagem simples.

Sabe-se que as medidas intervencionistas para o combate ao tabagismo se encontram reduzidas em algumas cidades devido à cultura que se estabelece o uso liberado do cigarro como droga lícita. Parte-se dessa ideia a necessidade de intervenção por meio de projetos de educação em saúde como palestras para conscientização da população sobre os malefícios do tabaco e as possibilidades de tratamento, para em seguida intervir com a terapia medicamentosa e/ou mudança de estilo de vida.

Para este fim a equipe de saúde da família precisa ser treinada para isso podem ser utilizados os materiais fornecidos pelo próprio Ministério da Saúde para serem utilizados nos grupos de apoio com os pacientes, divulgação do programa, identificação dos tabagistas, determinação do grau de dependência dos mesmos através de questionários padronizados como o Teste de Fagerstrom, para determinar o grau de dependência, além de entrevista para identificação de história pregressa, com perguntas como se já tentou parar de fumar, motivação para uso do cigarro, sintomas de abstinência e patologias crônicas associadas. Além disso os pacientes terão acompanhamento multiprofissional, avaliação médica e auxílio nas recaídas.

A fim de avaliar essa dependência física à nicotina vários instrumentos foram desenvolvidos. Dentre tais instrumentos, os mais amplamente usados são o Fagerström Tolerance Questionnaire (FTQ, Questionário Fagerström de Tolerância), criado em 1978, e sua versão

melhorada, o Fagerström Teste for Nicotine Dependence (FTND, Teste de Fagerström para Dependência de Nicotina). Os escores obtidos no teste permitem a classificação da dependência à nicotina em cinco níveis: muito baixo (0 a 2 pontos); baixo (3 a 4 pontos); moderado (5 pontos); alto (6 a 7 pontos); e muito alto (8 a 10 pontos) (FAGERSTROM KO, et all; 1989).

PLANO OPERATIVO

SITUAÇÃO PROBLEMA	OBJETIVOS	METAS/ PRAZOS	AÇÕES/ ESTRATÉGIAS	RESPONSÁVEIS
Uso indiscriminado de tabaco.	Esclarecer a população sobre os malefícios do tabagismo.	1 mês.	Palestras educativas para público alvo.	Agentes de saúde Enfermeiro(a)
Ausência de grupos de apoio e orientação sobre práticas que facilitem o abandono deste hábito.	Formar um grupo com pessoas tabagistas que desejam cessar o tabagismo e realizar encontros semanais.	1 mês.	Abordagem multiprofissional em grupo. Com palestras voltadas para cada fase do tratamento.	Médico (a) Enfermeiro (a) Psicólogo (a) Nutricionista Fisioterapeuta Agentes de saúde
Iniciar tratamento medicamentoso se necessário.	Demonstrar a importância do suporte multiprofissional associado ao tratamento medicamentoso.	3 meses	Consultas individualizadas.	Médico(a)
Resistência dos pacientes a mudança de hábitos de vida.	Realizar encontros mensais de manutenção com o grupo em tratamento.	5 meses	Abordagem multiprofissional em grupo. Com palestras voltadas para cada fase do tratamento.	Enfermeiro (a) Psicólogo (a) Nutricionista Fisioterapeuta

CONSIDERAÇÕES FINAIS

O tabagismo é um hábito que ocorre nas diferentes idades e classes sociais classificado como doença de acordo com o CID-10, além de compor fator risco para doenças cardiovasculares, respiratórias e alguns tipos de câncer. Diante disso a cessação do uso do tabaco se insere nas questões de saúde pública como prioridade, para isso deve haver o comprometimento de todos os profissionais de saúde.

Espera-se que a partir de uma abordagem multiprofissional e do incentivo mútuo entre os pacientes possa haver uma maior efetividade no tratamento com maior adesão e menor número de recaídas. E que a partir desses resultados mais pessoas possam ver o tabagismo como uma doença curável e sejam incentivadas a ingressar em novos grupos de apoio.

REFERÊNCIAS

Brasil. Presidência da República. Promulgação da Convenção-Quadro sobre Controle do Uso do Tabaco. Decreto n^o 5.658. Brasília: Diário Oficial da União. Janeiro, 2006.

Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Estratégias para o cuidado da pessoa com doença crônica: o cuidado da pessoa tabagista / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica. Brasília: Ministério da Saúde, 2015. 162 p. II. Cadernos de Atenção Básica, n. 40.

Brasil. Presidência da República. Regulamenta a Lei n^o 9.294, de 15 de julho de 1996, que dispõe sobre as restrições ao uso e à propaganda de produtos fumígenos, bebidas alcólicas, medicamentos, terapias e defensivos nos termos do § 4^o do art. 220 da Constituição. Decreto n^o 2.018, de 1^o de outubro de 1996. Brasília: Diário Oficial da União. Outubro, 1992.

Brasil. Presidência da República. Decreto n^o 8.262, de 31 de maio de 2014. Altera o Decreto n^o 2.018, de 1^o de outubro de 1996, que regulamenta a Lei n^o 9.294, de 15 de julho de 1996. Diário Oficial da União. Junho, 2014.

BORDIN S, FIGLIE N, LARANJEIRA R. Tabaco. Aconselhamento em dependência química. 2004. p. 55-67. São Paulo: Roca; 2004.

CORREA, P. C.R.P; BARRETO, S.M; PASSOS, V. M.A. Métodos de estimativa da mortalidade atribuível ao tabagismo: Uma revisão da literatura. Epidemiologia e Serviços de Saúde, v. 17, n.1, p. 43-57, 2008.

DATASUS: DEPARTAMENTO DE INFORMÁTICA DO SUS Tabnet/ SISTEMA DE INFORMAÇÃO DE MORTALIDADE (SIM). Taxa de mortalidade. 2017. Disponível em <http://www2.datasus.gov.br/DATASUS/index.php?area=0208&id=28247790>> Acesso em: 10 de janeiro 2019.

FAGERSTROM KO, SCHNEIDER NG. Measuring nicotine dependence: A review of the Fagerstrom Tolerance Questionnaire. J Behav Med. 1989;12(2):159-82.

INSTITUTO NACIONAL DE CÂNCER. “Tabaco: uma ameaça ao desenvolvimento”. José Alencar Gomes da Silva/Ministério da Saúde (INCA); 2017. Acessado online em 07 de setembro de 2019. Disponível em: <http://www.inca.gov.br>. Acessado em: 02 de janeiro de 2020.

INSTITUTO NACIONAL DE CÂNCER. Convenção-Quadro para o Controle do Tabaco, 2015. Disponível em: <https://www.inca.gov.br/publicacoes/livros/convencao-quadro-para-o-controle-do-tabaco-texto-oficial>. Acessado em: 08 de fevereiro de 2020.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA (IBGE). Bibliografia Brasileira de Ciência da Informação, 2018. Disponível em: <https://www.ibge.gov.br/cidades-e-estados/pi/antonio-almeida>. Acesso em: 02 janeiro de 2020.

MARQUES, A. C. P. R. et al. Consenso sobre Tratamento da Dependência de Nicotina. Revista Brasileira de Psiquiatria, vol.23, n4, pp. 200-204, 2001.

SISTEMA DE INFORMAÇÃO DA ATENÇÃO BÁSICA – SISAB. Ministério da Saúde. Disponível em: <https://sisab.saude.gov.br/paginas/acesoRestrito/indexMaisMedico.xhtml>. Acessado em: 10 de janeiro de 2019.

NCD ALLIANCE. Tobacco: A major risk factor non-communicable diseases. Briefing Paper. Disponível em: [fctc.org/wp-content/uploads/2011/02/NCDs_tobacco_brief_June11.pdf](https://www.fctc.org/wp-content/uploads/2011/02/NCDs_tobacco_brief_June11.pdf) Acessado em: 02 de janeiro de 2020

Produção de calcário impulsiona economia da cidade de Antônio Almeida. Disponível em: <http://g1.globo.com/pi/piaui/bom-dia-piaui/videos/v/producao-de-calcario-impulsiona-economia-da-cidade-de-antonio-almeida/5262104/>. Acessado em: 29 de janeiro de 2020

SOCIEDADE BRASILEIRA DE PNEUMOLOGIA E TISIOLOGIA. Diretrizes para cessação do tabagismo – 2008. Jornal Brasileiro de Pneumologia, v. 34, n. 10, p. 845-80, 2008.

SPINK, M.J.P. Ser fumante em um mundo antitabaco: reflexões sobre riscos e exclusão social. Saude soc. [online]. vol.19, n.3, pp. 481-496. ISSN 0104-1290, 2010.

STEWART M, BROWN JB, WESTON WW, MCWHINNEY IR, MCWILLIAM CL, FREEMAN TR.

Medicina centrada na pessoa: Transformando o método clínico. 2ª ed. Porto Alegre: Artmed; 2010.

376p.