

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

**PLANO DE AMPLIAÇÃO DO ACESSO AO TRATAMENTO
INTENSIVO DO FUMANTE NA REDE SUS-BH**

RUBIA MÁCIA XAVIER DE LIMA

LAGOA SANTA – MINAS GERAIS
2013

RUBIA MÁCIA XAVIER DE LIMA

**PLANO DE AMPLIAÇÃO DO ACESSO AO TRATAMENTO
INTENSIVO DO FUMANTE NA REDE SUS-BH**

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 título de especialista.

Orientadora: Ayla Norma Ferreira Matos

LAGOA SANTA – MINAS GERAIS

2013

RUBIA MÁCIA XAVIER DE LIMA

**PLANO DE AMPLIAÇÃO DO ACESSO AO TRATAMENTO
INTENSIVO DO FUMANTE NA REDE SUS-BH**

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 título de especialista.

Orientadora: Ayla Norma Ferreira Matos

Banca Examinadora

Ayla Norma Ferreira Matos -Orientadora

Fernanda Magalhães Duarte Rocha -Examinadora

Aprovado em Belo Horizonte, 13 de abril de 2013

AGRADECIMENTOS

Agradeço especialmente a Deus e aos meus Anjos de Luz por todos os recursos, pela força e coragem nos momentos mais difíceis.

Aos professores e demais organizadores do Curso de Especialização em Atenção Básica em Saúde da Família-NESCON-UFMG, que direta ou indiretamente contribuíram para o meu crescimento profissional, e à turma especial que compartilhou comigo esta jornada na busca de uma APS cada vez mais humana e qualificada para o usuário do SUS.

Aos amigos da Secretaria Municipal de Saúde de Belo Horizonte, muito especialmente às queridas Juliana Dias, Vanessa Almeida e Renata Castriota (Gerente do C.S.Jd.Filadélfia) pela amizade e colaboração concreta.

À minha companheira Karla que está sempre presente e me apoia em todos os meus projetos de vida.

À minha orientadora Ayla Norma Ferreira Matos pela atenção, paciência, dedicação responsável e grande competência.

"A maioria das pessoas não planeja fracassar, fracassa por não planejar."

John L. Beckley

RESUMO

O tabagismo (hábito de fumar) é considerado pela Organização Mundial de Saúde 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. O objetivo deste trabalho foi descrever um plano de ação visando à ampliação do acesso ao tratamento intensivo do fumante na rede SUS de Belo Horizonte. O estudo contou com 2 etapas, sendo a primeira uma revisão de literatura sobre o impacto do fumo na saúde e na qualidade de vida na população, utilizando artigos da Biblioteca Virtual em Saúde - BVS e artigos científicos disponíveis em bases de dados do Scientific Electronic Library On Line – SciELO, selecionados no período de junho a dezembro de 2012, publicados a partir de 2004 até 2011. Além disso, foram utilizados também manuais do Ministério da Saúde e do INCA. A segunda etapa foi a elaboração de um plano de intervenção para ampliação do tratamento do tabagismo na Atenção Primária de Belo Horizonte. Pode-se concluir que o plano proposto é exequível e pretende colaborar na construção de uma proposta de ampliar o acesso dos usuários ao programa de abordagem intensiva dos fumantes e, com isso contribuir para a adoção de um estilo de vida mais saudável.

Palavras chave: Tabagismo; Cessação do Tabagismo; Tratamento dos Fumantes na APS; Estratégia de Saúde da Família.

ABSTRACT

Smoking is considered by the World Health Organization as the most preventable cause of illness and death worldwide. Causes more premature deaths than the sum of deaths from AIDS, cocaine, heroin, alcohol, car accidents, fires and suicides. The paper aims to describe a plan to increase access to treatment in the intensive smoker SUS network of Belo Horizonte. The study had two stages, the first being a review of the literature on the impact of smoking on health and quality of life in the population, using selected items in Virtual Health Library - VHL and scientific articles available in databases Scientific Electronic Library Online – SciELO, selected in the period June to December 2012, published from 2004 until 2011. In addition, we also used manuals of the Ministry of Health and INCA. The second step was the development of an intervention plan for expansion of smoking cessation in Primary Belo Horizonte. It can be concluded that the proposed plan is feasible and intends to collaborate in the construction of a proposal to expand users' access to the program of intensive approach of smokers and thereby contribute to the adoption of a healthier lifestyle.

Keywords: Smoking; Smoking Cessation; Smokers Treatment of PHC; Family Health Strategy

ABREVIATURAS E SIGLAS

AIDS – *Aquired Inmodificiency Sindrome*

APS – Atenção Primária à Saúde

CEABSF – Curso de Especialização em Atenção Básica em Saúde da Família

CNES - Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde

CQTC - Convenção Quadro para Controle do Tabaco

CS - Centros de Saúde

DCNT – Doenças Crônicas Não Transmissíveis

ESF - Estratégia de Saúde da Família

GEAS – Gerência de Assistência

IBGE – Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística

INCA – Instituto Nacional de Câncer

MS – Ministério da Saúde

NASF – Núcleo de Apoio à Saúde da Família

OMS – Organização Mundial de Saúde

PES - Planejamento Estratégico Situacional

PNCT - Programa Nacional de Controle do Tabagismo

SES - Secretaria do Estado da Saúde

SMSA-BH – Secretaria Municipal de Saúde-Belo Horizonte

SUS – Sistema Único de Saúde

WHOQOL - World Health Organization Quality Of Life

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	10
2 JUSTIFICATIVA	12
3 REFERENCIAL TEÓRICO	13
3.1 O TABAGISMO E A QUALIDADE DE VIDA	13
3.2 O PROGRAMA DE TRATAMENTO INTENSIVO DO FUMANTE	15
3.3 PROGRAMA NACIONAL DE CONTROLE DO TABAGISMO	16
3.4 O PROGRAMA DE TRATAMENTO INTENSIVO DO FUMANTE NA REDE SUS/BH	18
4 OBJETIVO	19
5 METODOLOGIA	20
6 PLANO DE INTERVENÇÃO	21
6.1 DETALHAMENTO DA ESTRATÉGIA DE AMPLIAÇÃO DA ABORDAGEM INTENSIVA ATRAVÉS DO NASF	22
6.2 DESENVOLVIMENTO DO PLANO DE INTERVENÇÃO	24
7 CONSIDERAÇÕES FINAIS	35
REFERÊNCIAS	37

1 INTRODUÇÃO

Ações de promoção e prevenção tem como objetivo intervir no processo de adoecimento dos usuários do SUS. A Prefeitura de Belo Horizonte propõe desenvolver, a partir da Estratégia de Saúde da Família (ESF), dentre outras, diversas ações de promoção e prevenção. Entre estas ações, a oferta do tratamento do tabagismo foi proposta no intuito de prevenir as doenças crônicas não transmissíveis e os agravos decorrentes das mesmas (TURCI, 2008).

Apesar de não atuar diretamente na assistência da Atenção Primária à Saúde de Belo Horizonte (APS-BH), estou na SMSA-BH (Secretaria Municipal de Saúde-Belo Horizonte), no cargo de Coordenadora da Atenção à Saúde do Adulto e Idoso, uma das 08 coordenações integrantes da Gerência da Atenção Primária na SMSA-BH (GEAS - Gerência de Assistência). Inseridos nesta Coordenação estão os programas de Diabetes, Hipertensão, todas as ações específicas do idoso, o Programa de Controle da Tuberculose, Projeto Gestão Clínica, o Programa de Cessação do Tabagismo, dentre outros.

Neste contexto dos serviços de saúde, a realização do Curso de Especialização em Atenção Básica em Saúde da Família (CEABSF), além de ampliar minha visão em relação aos processos de gestão da assistência na Atenção Primária à Saúde (APS), instrumentalizou-me para a elaboração de um plano de ação visando à organização do processo de trabalho, identificação de nós críticos, e o estabelecimento de estratégias para ampliação do acesso dos usuários do SUS-BH ao tratamento intensivo do tabagismo.

O Programa de Cessação do Tabagismo visa qualificar e planejar as ações de prevenção e tratamento do tabagismo realizadas na atenção primária. E a oferta de tratamento dos fumantes se dá nos moldes propostos pelo Instituto Nacional do Câncer (INCA)/Ministério da Saúde (MS), Portaria GM/MS 1035/04, de 31 de maio de 2004, regulamentada pela Portaria SAS/MS/Nº 442/04 de 13 de agosto de 2004 (BRASIL, 2004). No entanto, esta estratégia tem se mostrado ineficaz no município ao longo dos anos. Diante desta realidade, iniciamos a discussão para execução de um plano que pudesse contribuir para o sucesso desse programa de tratamento do fumante, ampliando o acesso dos usuários nas unidades de saúde da rede SUS de Belo Horizonte, através de outra alternativa, que é inserção de outras categorias profissionais na Abordagem Intensiva do Fumante, baseada em técnicas cognitivo-comportamentais, no que constituirá a elaboração do plano de ação.

O tabagismo é considerado pela Organização Mundial de Saúde 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)

Anualmente, morrem cerca de 5 milhões de fumantes no mundo, sendo 200 mil no Brasil. Em termos de saúde, a cessação do tabagismo é a estratégia isolada mais eficaz para a

redução da morbimortalidade por doenças coronarianas. Além disso, parar de fumar aumenta a expectativa e a qualidade de vida (OMS, 2008).

De um modo geral, quando conseguem parar definitivamente de fumar, as pessoas já fizeram 3 a 5 tentativas, sem êxito. Cerca de 80% dos fumantes querem parar de fumar, mas somente 3% conseguem a cada ano, sem ajuda profissional. Entre os fumantes que não conseguem parar espontaneamente, 40 a 50% apresentam graus leves de dependência à nicotina, com a possibilidade de abandonarem o tabagismo através de abordagens breves, que podem ser realizadas por qualquer profissional de saúde, em qualquer local (unidades básicas de saúde, unidades de referência secundária, serviços de urgência, hospitais, consultórios médicos e odontológicos, etc). São intervenções com 3 a 10 minutos de duração, que demandam uma capacitação mínima dos profissionais, têm baixo custo e são muito abrangentes. Os restantes 50 a 60% de fumantes, que não conseguem abandonar o tabaco com abordagens breves, necessitarão de um acompanhamento especializado - a Abordagem Intensiva – baseada em técnicas cognitivo-comportamentais (INCA, 2010).

A terapia cognitivo-comportamental, apesar de apresentar maiores taxas de cessação, demanda uma capacitação mais aprofundada dos profissionais, tem custo mais elevado e menor abrangência, em virtude do tipo e do tempo de acompanhamento. Alguns indivíduos, pelo alto grau de dependência à nicotina necessitarão, também, de um apoio medicamentoso. O Ministério da Saúde fornece adesivos, pastilhas e bupropiona. Para fornecimento destas medicações é necessário que o usuário esteja inserido nos grupos de terapia cognitivo-comportamental (BRASIL, 2004).

Em termos de custo-benefício por ano de vida salva, o tratamento do tabagismo é muito mais efetivo que o das doenças por ele causadas ou agravadas: Abordagem breve: U\$ 748; reposição de nicotina: U\$ 4 100; tratamento da Hipertensão Arterial: U\$ 11 mil; tratamento do Câncer de Pulmão: U\$ 18 mil; tratamento do Infarto do miocárdio: U\$ 55 mil; tratamento da Hipercolesterolemia: U\$ 65 mil (INCA, 2001).

A população maior de 20 anos residente de Belo Horizonte, pelo Censo de 2010, totaliza 1.742.476 pessoas (IBGE, 2010), com um número estimado de 280 mil fumantes, conforme VIGITEL 2011 (BRASIL, 2012).

Visto que atualmente a rede de assistência atende a um baixo número de fumantes, considerando o total estimado de possíveis usuários a serem tratados, torna-se importante o estudo referente a uma proposta de intervenção para ampliação do acesso ao tratamento do tabagismo na rede SUS-BH, através da Abordagem Intensiva do Fumante, baseada em técnicas cognitivo-comportamentais.

2 JUSTIFICATIVA

Implantada há cerca de 10 anos em Belo Horizonte (BH), a Estratégia de Saúde da Família (ESF), vem fomentando avanços significativos no modelo de assistência à saúde em Belo Horizonte. Atualmente, a cidade conta com 578 Equipes de Saúde da Família atuando em 147 Centros de Saúde (CS), tendo uma cobertura de 81% da população. A ESF em BH possui 284 equipes de Saúde Bucal, 58 equipes de Saúde Mental, 50 pólos de Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF), 51 Academias da Cidade (BELO HORIZONTE, 2011).

Este mesmo autor informa ainda que a Atenção Primária compõe o centro da Rede Assistencial do SUS-BH formado por outros pontos assistenciais, tais como: 9 Centros de Especialidades Médicas Regionais, 6 Unidades de Referência Secundária, 7 Centros de Referência em Saúde Mental, 1 Centro de Referência em Álcool e Drogas, 1 Centro de Referência em Saúde Mental Infantil, 9 Centros de Convivência, 3 Centros de Referência em Reabilitação, 8 Unidades de Pronto Atendimento, 13 hospitais públicos, 12 hospitais filantrópicos e 8 hospitais privados, 5 laboratórios distritais, 1 Laboratório Municipal de Patologia Clínica. Os Centros de Saúde são estruturas complexas que ofertam diversos serviços para a população, organizados a partir das ESF.

Atualmente, as unidades que ofertam o programa de abordagem intensiva dos fumantes, trabalham nos moldes do protocolo do INCA/MS, realizam grupos de 10 a 15 pessoas ou individualmente, com a duração de um ano de seguimento. Os grupos têm a participação de pelo menos, um (1) profissional de saúde de nível universitário, capacitado para a abordagem e o tratamento do tabagismo de acordo com a metodologia proposta por esta referida instituição, baseada em evidências científicas (BRASIL, 2004).

Dos 147 Centros de Saúde da rede APS de Belo Horizonte, apenas 33, o que equivale a 22% do total, realizam a abordagem intensiva dos fumantes. Entre as principais causas desta baixa oferta, pode-se apontar: a sobrecarga de agenda dos profissionais das equipes de Saúde da Família; a dificuldade na organização do programa e na condução dos grupos no nível local e a falta de infraestrutura e diversidade de oferta de horários para realização dos grupos.

Para buscar suprir estas deficiências torna-se necessário estruturar melhor o programa de abordagem intensiva dos fumantes, já ofertado em algumas unidades da APS de BH e, também, ampliar a implantação em todas das unidades que compõem a rede de Atenção Primária à Saúde (APS), o que evidencia a pertinência da realização de um plano de ampliação do acesso ao tratamento intensivo do fumante na rede SUS-BH.

3 REFERENCIAL TEÓRICO

3.1 O TABAGISMO E A QUALIDADE DE VIDA

O conceito de qualidade de vida não se restringe à ausência de sintomas físicos ou psicológicos, ou à diminuição da mortalidade ou ao aumento da expectativa de vida. São considerados parâmetros mais amplos, tais como os anseios primordiais do ser humano, como o de sentir-se bem e de viver bem (PEREIRA, 2011).

As consequências do uso de substâncias psicoativas, podem se constituir um dos fatores que interferem nessa qualidade. Entre estas substâncias está a dependência do fumo, que piora a saúde e a qualidade de vida da população, pois é um dos principais fatores de risco para doenças e incapacidades (MOREIRA et al., 2011).

O tabagismo está relacionado a uma elevada morbimortalidade, é responsável por cerca de 5 milhões de mortes ao ano e considerado pela Organização Mundial da Saúde (OMS) como a maior causa de morte evitável e que mais cresce no mundo (OMS, 2003).

Mesmo tendo conhecimento da associação do fumo a diversas doenças, e este hábito estar diminuindo em alguns países, é sabido que os fumantes têm grande dificuldade em deixar o vício, o que se constitui num enorme desafio para a saúde pública (VIEGAS et al., 2004).

O impacto do tabagismo e das patologias tabaco-relacionadas, na vida do indivíduo, tem sido medido nos últimos anos a partir do conceito de qualidade de vida, definido pela OMS (The WHOQOL Group - *THE WORLD HEALTH ORGANIZATION QUALITY OF LIFE, 1994, p. 42*) que é "a percepção do indivíduo de sua posição na vida, no contexto da cultura e sistema de valores nos quais ele vive e em relação aos seus objetivos, expectativas, padrões e preocupações" (CASTRO et al., 2007).

Em estudos realizados para se comparar a qualidade de vida de fumantes e não fumantes, o ponto comum observado foi que, estes últimos têm melhor qualidade de vida. E quanto aos ex-fumantes, diversos estudos relacionaram a cessação do tabagismo à melhora da qualidade de vida, o que se configura uma excelente maneira de se motivar os tabagistas a pararem com o hábito. Para se mensurar resultados terapêuticos, sobretudo em indivíduos que utilizam substâncias psicoativas, uma importante ferramenta é a medida da qualidade de vida. Neste sentido, deve-se ressaltar que muitos fatores interferem no tratamento, tais como: sintomas psiquiátricos, situações sócio-familiar, física e psicológica e gravidade da dependência (MOREIRA et al., 2011).

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 a adicção (KIRCHENCHTJEN; CHATKIN, 2004).

Em todas as faixas etárias, a prevalência do tabagismo nos homens é maior que nas mulheres, porém, o número de mulheres fumantes vem aumentando consideravelmente. Nos países desenvolvidos, a tendência da prevalência entre os homens vem diminuindo, o que não vem sendo observado em relação às mulheres (VIEGAS et al., 2004).

Na Universidade Federal de Pelotas, um estudo foi realizado monitorando a tendência temporal do tabagismo. Foi observada uma redução importante da prevalência do tabagismo em 2002, comparada à de 1986 (21,6% contra 10,1%, respectivamente). Entretanto, os dados dos últimos acompanhamentos apontaram uma tendência à estabilização dessa prevalência (MENEZES et al., 2004). O que demonstra que muito ainda há por fazer para se reduzir esta prevalência.

O sucesso na abordagem do fumante pressupõe o entendimento de que, por se tratar de uma mudança de comportamento, de hábito de vida, o processo de abandono do fumo demanda tempo, e que, para se conseguir parar definitivamente, 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 gravidade da síndrome de abstinência, partindo da sua carga genética. 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; infra-estrutura, segurança da continuidade do programa e financiamento dos insumos (VIEGAS et al., 2004).

Um estudo com seguimento de 50 anos de médicos do Reino Unido (fumantes e não fumantes), publicado em 2004, mostrou que, se o fumante parar de fumar em qualquer época, há um aumento da sua sobrevida: Parar aos 30 anos: ganho de 10 anos de vida; parar aos 40 anos: ganho de 9 anos de vida; parar aos 50 anos: ganho de 6 anos de vida; parar aos 60 anos: ganho de 3 anos de vida (DOLL et al., 2004).

3.2 PROGRAMA DE TRATAMENTO INTENSIVO DO FUMANTE

A estratégia principal na assistência à saúde dos fumantes é oferecer o tratamento da dependência ao tabaco objetivando a cessação do tabagismo (SANTOS, 2011).

Atualmente, o acesso dos usuários do SUS-BH em relação ao tratamento do tabagismo ainda é restrito, com cerca de 250 usuários atendidos no ano 2011, sendo que, conforme o VIGITEL 2011, a expectativa de população fumante no município é de 16% dos adultos, o que em termos numéricos equivale a cerca de 280.000 pessoas (BRASIL, 2012).

Em relação ao tratamento de tabagistas na Atenção Primária, o estudo realizado por Santos (2011) aponta que existe um elevado potencial de redução de morbidade atribuída ao tabagismo associado a um baixo custo e que se recomendam fortemente a ampliação de oferta de tratamento aos fumantes.

Este mesmo autor, afirma ainda que 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, aceitando 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 da medicação.

O Ministério da Saúde utiliza o Consenso construído pelo INCA (2001) que sugere os seguintes critérios para a prescrição de apoio medicamentoso:

- “1. fumantes pesados, ou seja, que fumam 20 ou mais cigarros por dia;
2. fumantes que fumam o 1º cigarro até 30 minutos após acordar e fumam no mínimo 10 cigarros por dia;
3. fumantes com escore do teste de Fagerström, igual ou maior do que 5, ou avaliação individual, a critério do profissional;
4. fumantes que já tentaram parar de fumar anteriormente apenas com a abordagem cognitivo-comportamental, mas não obtiveram êxito devido a sintomas da síndrome de abstinência;
5. não haver contra-indicações clínicas.”(INCA, 2001, p.16)

3.3 PROGRAMA NACIONAL DE CONTROLE DO TABAGISMO

O Brasil é considerado o segundo maior produtor e exportador de tabaco, mesmo assim, o país tem conseguido desenvolver ações fortes e abrangentes para controle do tabagismo, chegando a ser reconhecido como líder internacional nessa área, segundo avaliação da Sociedade Americana de Câncer (American Cancer Society-ACS , 2003).

O INCA, órgão do Ministério da Saúde, responsável pela Política Nacional de Controle do Câncer, desde 1989 realiza ações de promoção da saúde e coordena ações nacionais do Programa Nacional de Controle do Tabagismo (PNCT), em parceria com as secretarias estaduais e municipais de Saúde e com vários setores da sociedade civil organizada, sobretudo, sociedades científicas e conselhos profissionais da área da saúde. O objetivo PNCT é de reduzir a prevalência de fumantes e a consequente morbimortalidade causada pelo consumo de derivados do tabaco no Brasil, além de reduzir a iniciação do tabagismo, principalmente entre jovens, aumentar a cessação do mesmo entre os que se tornaram dependentes, e consequentemente evitar os riscos causados pelo tabagismo passivo (CAVALCANTE, 2005).

Este mesmo autor afirma ainda que as principais estratégias adotadas no PNCT são a equidade, integralidade e intersetorialidade das ações e entre as ações centrais do Programa, além do aumento do acesso físico e econômico ao tratamento para cessação de fumar. A descentralização das ações por meio das secretarias estaduais e municipais de Saúde, segundo a lógica do Sistema Único de Saúde (SUS), favoreceu o fortalecimento da cessação do tabagismo como uma das operações essenciais do INCA. A rede de gerenciamento descentralizado do PNCT, em 2005, contava com 27 estados e 3.900 municípios.

A capacitação de profissionais de saúde na abordagem breve foi uma das ações inicialmente utilizadas para promover a cessação do tabagismo, com objetivo de introduzir essa abordagem nas suas rotinas de atendimento. Apenas recentemente, foi inserida a oferta do tratamento do fumante na rede do SUS (SANTOS, 2011).

O governo brasileiro, segundo Iglesias (2008), em documento para o Departamento de Desenvolvimento Humano do Banco Mundial atende as provisões da Convenção-Quadro para o Controle do Tabaco (CQCT), assinada em 2003 e ratificada em 2005. Alguns dos destaques do PNCT no Brasil, que se apresentam como inovadores, são a proibição da publicidade e propaganda e as advertências impressas nas embalagens de produtos derivados do tabaco. O Programa, além dessas ações, desenvolveu iniciativas de vigilância e de monitoramento e organizou uma capacidade institucional de descentralização das iniciativas de controle do tabagismo para os Estados e Municípios. A prevalência do tabagismo apresentou queda acentuada de 1989 (IBGE) e 2003 (Inquérito do INCA), mantendo queda nos últimos anos do

inquérito VIGITEL, após a implantação do PNCT no país demonstrando sua efetividade. Porém, ainda precisa evoluir, como por exemplo, incluindo a elevação dos impostos sobre o tabaco. Também, recomenda o documento, que o Brasil deveria continuar a investir na ampliação do PCNT centrado a atenção tanto nas ações para evitar a iniciação, quanto nas destinadas à cessação.

O Sistema Único de Saúde (SUS) inseriu o tratamento do tabagismo por meio da pactuação na Comissão Intergestores Tripartite (CIT) a partir das Portarias Ministeriais GM/MS no 1.035, de maio de 2004 e SAS nº 442, de agosto de 2004, que aprova o Plano de Implantação da Abordagem e Tratamento do Tabagismo no SUS e o Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas – Dependência à Nicotina (BRASIL, 2004). E as portarias reforçam a expansão do acesso em relação à abordagem e do tratamento do tabagismo para a Atenção Primária, além dos serviços de média complexidade da rede do SUS (CAVALCANTE, 2005).

Segundo o Plano de Implantação da Abordagem e Tratamento do Tabagismo no SUS, uma vez que preencha os critérios de credenciamento definidos, qualquer unidade de saúde do SUS poderá realizar os atendimentos. Para ser credenciada para o tratamento do tabagismo no Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES), a unidade deve cumprir os seguintes requisitos:

- ser unidade de saúde ambulatorial ou hospitalar, integrante do Sistema Único de Saúde;
- não permitir fumar no interior da unidade;
- contar com, no mínimo, um profissional de saúde de nível universitário, das categorias profissionais constantes na Portaria SAS/MS/Nº 442, devidamente capacitado, segundo modelo preconizado pelo Programa Nacional de Controle do Tabagismo;
- dispor de locais para atendimento individual e sessões de grupo;
- garantir equipamentos e recursos necessários como tensiômetro, estetoscópio e balança antropométrica, para avaliação clínica do fumante” (INCA, 2004).

Além disso, quando necessário, o município deve garantir a realização de exames de apoio diagnóstico para avaliação complementar dos pacientes (INCA, 2004).

O Ministério da Saúde é responsável pela compra e distribuição dos medicamentos (adesivo transdérmico de nicotina, goma de mascar de nicotina e cloridrato de bupropiona), bem como, dos manuais do participante que são utilizados durante as sessões da abordagem cognitivo-comportamental (BRASIL, 2004).

O INCA sugere o Programa de Tratamento de Tabagismo no SUS que propõe um Consenso de Abordagem e Tratamento do Fumante. A avaliação inicial com uso de questionário padronizado sobre história tabágica, presença de comorbidades, grau de dependência de nicotina (Teste de Fagerstrom) e estágio motivacional é a primeira recomendação. A segunda trata-se da participação dos usuários em grupos de terapia cognitivo-comportamental com

sugestão de encontros semanais no primeiro mês, quinzenais no segundo mês e mensais nos demais 10 meses. As quatro primeiras (primeiro mês de tratamento) dessas sessões terapêuticas trazem roteiro bastante estruturado a partir de um manual padronizado para cada uma delas. A terceira recomendação do INCA é o uso de apoio medicamentoso para pacientes com elevado e muito elevado grau de dependência. Os medicamentos (gomas de mascar de 2mg, adesivos de nicotina de 7, 14 e 21mg e bupropiona 150mg) são distribuídos gratuitamente às unidades de saúde cadastradas (BRASIL, 2004).

3.4 O PROGRAMA DE TRATAMENTO INTENSIVO DO FUMANTE NA REDE SUS/BH

A população maior de 20 anos residente de Belo Horizonte, pelo Censo de 2010, totaliza 1.742.476 pessoas (IBGE, 2010), com um número estimado de 280 mil fumantes, conforme dados do VIGITEL 2011 (BRASIL, 2012). Em relação ao tratamento do tabagismo, o acesso dos usuários do SUS-BH ainda é restrito, pois apenas cerca de 250 usuários foram atendidos no ano 2011 (BELO HORIZONTE, 2011).

Dos 147 Centros de Saúde da rede APS de Belo Horizonte, apenas 33 deles, o que equivale a 22% do total, desenvolvem o projeto a abordagem intensiva dos fumantes. São eles: Distrito Barreiro (2): Túnel de Ibirité, Vila Cemig. Distrito Centro-Sul (7): Cafezal, Carlos Chagas, Conj. Santa Maria, Menino Jesus, Nossa Sra. Fátima, Santa Rita, Tia Amância. Distrito Leste (1): Boa Vista. Distrito Nordeste (3): Marcelo Pontel, São Paulo e Vilas Reunidas. Distrito Noroeste (4): Dom Bosco, Elza Martins, Pe. Eustáquio, Pindorama. Distrito Norte (5): Campo Alegre, Heliópolis, Jardim Guanabara, Providência, São Tomás. Distrito Oeste (5): Cabana, Cícero Idelfonso, Noraldino Lima, Prof. Amílcar Viana Martins, Vila Imperial. Distrito Pampulha (2): Santa Amélia, São Francisco. Distrito Venda Nova (4): Andradas, Minas Caixa, Santa Mônica, C. S. Venda Nova (BELO HORIZONTE, 2011).

4 OBJETIVO

Elaborar uma proposta de ação para ampliação do acesso do usuário ao tratamento intensivo do tabagismo, nas unidades da APS do município de Belo Horizonte (MG), que tem o programa funcionando, bem como, de expansão para novas unidades, visando reduzir a prevalência do tabagismo no município e, conseqüentemente, a morbimortalidade pelas doenças relacionadas ao uso do tabaco.

5 METODOLOGIA

A metodologia utilizada para a realização deste Trabalho de Conclusão de Curso em questão foi a descritiva, sobre a elaboração do plano de ampliação do tratamento intensivo do tabagismo na Atenção Primária de Belo Horizonte.

O estudo contou com 2 etapas, sendo a primeira uma revisão de literatura sobre o impacto do fumo na saúde e na qualidade de vida na população, utilizando publicações nacionais e algumas internacionais, acessíveis na BVS e artigos científicos disponíveis em bases de dados SciELO (Scientific Electronic Library On Line) selecionados no período de junho a dezembro de 2012, publicados a partir de 2004 até 2011. Além disso, foram utilizados, também, manuais do Ministério da Saúde e do INCA. A segunda etapa foi a elaboração de um plano de intervenção para ampliação de tratamento do tabagismo na Atenção Primária de Belo Horizonte.

6 PLANO DE INTERVENÇÃO

A elaboração de uma proposta de intervenção para ampliação do tratamento do tabagismo na Atenção Primária de Belo Horizonte se deu a partir da utilização do método do Planejamento Estratégico Situacional (PES), conteúdo apreendido no módulo de Planejamento e Avaliação das Ações de Saúde do CEABSF (CAMPOS; FARIA; SANTOS, 2010).

O PES foi desenvolvido pelo Prof. Carlos Matus Romo, Ministro da Economia do Governo de Salvador Allende, então presidente do Chile. Três aspectos são destacados por Matus como importantes para o melhor entendimento dos fundamentos teóricos do PES:

- O projeto de governo - relativo ao plano que uma equipe se propõe a realizar para alcançar seus objetivos;
 - A governabilidade – que são as variáveis ou recursos que a equipe controla ou não, necessários para implementação do plano;
 - A capacidade de governo – refere-se à experiência e ao acúmulo de conhecimentos de uma equipe, também necessários para a implementação de seu plano.
- A interrelação entre estes três aspectos deve ser considerada como dinâmica (CAMPOS; FARIA; SANTOS, 2010).

Segundo estes mesmos autores, um dos aspectos que difere o PES do planejamento tradicional, que considera a existência de um conhecimento único e objetivo da realidade, é a possibilidade de o conhecimento e a explicação da realidade depender da inserção de cada ator e, portanto, parciais e múltiplos.

Matus define ator social como um coletivo de pessoas ou, no seu extremo, uma personalidade que, atuando em determinada realidade, é capaz de transformá-la. Para tanto, é fundamental que esse ator tenha:

- O controle sobre recursos relevantes;
- Uma organização minimamente estável; e
- Um projeto para intervir nessa realidade (MATUS, 1993 apud CAMPOS; FARIA; SANTOS, 2010, p.27)

Segundo Campos; Faria e Santos (2010), todo método de planejamento deve conter passos ou etapas como uma sequência lógica de ações ou atividades, no seu desenvolvimento. Matus identifica quatro momentos que caracterizam o processo de PES. São eles:

- Momento explicativo: busca-se conhecer a situação atual, procurando identificar, priorizar e analisar seus problemas. Neste momento é que se considera a existência de outros atores, com explicações diferentes sobre os problemas.

- Momento normativo: momento de elaboração de propostas de solução dos problemas identificados, priorizados e analisados.
- Momento estratégico: momento de analisar e construir viabilidade para as propostas de solução, elaborando estratégias se atingir os objetivos.
- Momento tático-operacional: quando o plano é executado. Neste momento devem ser estabelecidas e implementadas as forma de gerir, acompanhar e avaliar o plano.

Esses momentos, apesar de serem específicos, estão interrelacionados e, de forma bastante dinâmica, se complementam.

6.1 DETALHAMENTO DA PROPOSTA DE AMPLIAÇÃO DA ABORDAGEM INTENSIVA ATRAVÉS DO NASF

Antes de iniciar a apresentação do plano de ação propriamente dito, é importante destacar que foram feitos vários encontros e pactuações entre as Coordenações do NASF, do Programa de Cessação do Tabagismo e de Atenção à Saúde do Adulto da SMSA, para esclarecer aspectos que gerariam dúvidas, já que esta nova proposta de ampliação do tratamento intensivo envolveria profissionais de outras categorias, desenvolvendo um formato diferente do atual modelo existente na rede, que é o modelo preconizado pelo INCA. As pactuações e orientações sobre a dinâmica da proposta encontram-se descritas abaixo.

Após a capacitação sobre Abordagem Intensiva dos Fumantes, cada dupla de profissionais, do NASF e das Academias da Cidade, ficará responsável por elaborar um projeto de implantação dos grupos no seu respectivo pólo. Conforme a orientação da Coordenação de Atenção à Saúde do Adulto o projeto deverá conter:

- definição do espaço de realização dos grupos e horários,
- forma de captação dos usuários,
- definição do fluxo de avaliação inicial e consulta médica inicial e de acompanhamento,
- definição da dispensação e duração das receitas,
- definição da forma que se dará a assistência para casos agudos (por exemplo, sintomas maiores de abstinência ou efeito colateral da medicação),
- definição dos responsáveis pelo preenchimento das planilhas de acompanhamento,
- definição de método de compartilhamento dos casos com as ESF/Centros de Saúde, através das reuniões de matriciamento e/ou através de atendimento compartilhado,

- definição de avaliação e monitoramento das ações realizadas e cronograma.

A proposta deverá ser apresentada e validada junto aos gerentes das unidades, às Equipes de Saúde da Família, aos profissionais do NASF e das Academias da Cidade e médicos e outros profissionais dos Centros de Saúde envolvidos. O envolvimento do Agente Comunitário de Saúde como elo para a busca ativa e promoção da adesão dos fumantes aos grupos terapêuticos ficará como sugestão.

Os médicos dos Centros de Saúde (clínicos e/ou generalistas) serão responsáveis pela avaliação clínica inicial de todos os fumantes, pelo encaminhamento de casos que necessitem de avaliação complementar, pela prescrição dos medicamentos nos casos indicados e pelo acompanhamento clínico (uma consulta mensal, no mínimo) dos mesmos.

A coordenação do cuidado e o seguimento individual dos fumantes serão realizados pelos profissionais que conduzem os grupos e compartilhados com os profissionais médicos.

Será realizada uma palestra motivacional aos usuários interessados em participar da abordagem intensiva do tabagismo, para esclarecimento do cronograma das atividades e verificação de sua disponibilidade para comparecerem nas reuniões dos grupos. Esta ação visará reduzir perdas de acompanhamento e propiciar acesso aos usuários mais motivados, aumentando a efetividade da abordagem.

O tratamento em grupo compreenderá quatro (4) sessões semanais no primeiro mês, seguidas de duas (2) sessões quinzenais no segundo mês e uma (1) sessão mensal no terceiro mês. Na sequência, haverá mais três (3) sessões mensais de manutenção, para as quais todos os usuários dos diferentes grupos deverão ser encaminhados. A metodologia das sessões adota como fundamento teórico as técnicas cognitivo-comportamentais. Nesta perspectiva, é também importante que os fumantes sejam mobilizados a refletir sobre mudanças no estilo de vida, como mudanças cognitivo-comportamentais, prática de exercícios físicos, adoção de uma alimentação saudável, etc.

As atribuições dos farmacêuticos do NASF serão as seguintes: programar junto aos coordenadores dos grupos os insumos necessários (manuais e medicamentos), organizar a distribuição dos mesmos, orientar sobre o preenchimento das planilhas e revisá-las para repassá-las à farmácia distrital. Sugerida a presença do farmacêutico no terceiro encontro dos grupos de terapia cognitivo-comportamental para auxiliar na orientação sobre as medicações.

As atribuições do farmacêutico distrital serão as seguintes: receber as demandas de insumos dos grupos tradicionais de tratamento intensivo e dos grupos dos polos NASF/Academias, repassar os pedidos ao nível central por email e consolidar as planilhas distritais trimestralmente.

A inclusão da equipe de saúde bucal, nutricionistas e outros profissionais para a participação nas sessões de manutenção foi recomendada.

6.2 DESENVOLVIMENTO DO PLANO DE INTERVENÇÃO

Para o desenvolvimento da proposta de intervenção, visando à elaboração de um plano de ação para ampliação do acesso do fumante ao tratamento intensivo na rede SUS-BH, foram utilizados os passos do PES, conforme descrito abaixo.

Foram identificadas as causas consideradas mais importantes na origem do problema. Para definição destas causas, foi utilizado o conceito de “nó crítico” proposto pelo PES.

Nó crítico é um tipo de causa de um problema que, quando “atacada”, é capaz de impactar o problema principal e efetivamente transformá-lo. O “nó crítico” traz também a ideia de algo sobre o qual eu posso intervir, ou seja, que está dentro do meu espaço de governabilidade. Ou, então, o seu enfrentamento tem possibilidades de ser viabilizado pelo ator que está planejando (CAMPOS; FARIA; SANTOS, 2010).

Nós críticos (NC):

- NC 1: Exigências do INCA para a implantação do programa nas unidades novas da APS que vão iniciar o programa de cessação do tabagismo, após as capacitações (projeto, ambiente livre de tabaco e sensibilização local).
- NC 2: Rotatividade dos profissionais já treinados.
- NC 3: Dificuldade de alguns profissionais para organização e condução de grupos.
- NC 4: Falta de infraestrutura (espaço físico, etc.) para realização dos grupos.
- NC 5: Disponibilidade de medicamentos.

No momento normativo, foi realizado o desenho das operações. São objetivos desse passo:

- Descrever as operações para o enfrentamento das causas selecionadas como “nós críticos”;
- Identificar os produtos e resultados para cada operação definida;
- Identificar os recursos necessários para a concretização das operações.

Estes passos são visualizados no QUADRO 1, abaixo.

QUADRO 1: Desenho das operações para os nós críticos do problema do acesso restrito dos usuários ao tratamento intensivo do tabagismo na rede SUS-BH.

Nós Críticos	Operação/Projeto	Resultados Esperados	Produtos Esperados	Recursos Necessários
<p>Exigências do INCA para a implantação do programa nas unidades novas da APS, que vão iniciar o programa de cessação do tabagismo, após as capacitações (projeto ambiente 100% livre de tabaco e sensibilização local)</p>	<p>Divulgação ampla da Portaria pela SMSA/SUS-BH com os objetivos de promover ambientes “100% Livres de Tabaco” nos serviços de saúde da rede e, sua ampla divulgação.</p> <p>Desmobilização dos fumódromos ainda existentes.</p> <p>Capacitação dos profissionais da rede SUS para tratamento na abordagem intensiva</p>	<p>100 % dos ambientes da rede SUS-BH livre do tabaco.</p> <p>Fumódromos desmobilizados.</p> <p>100% dos polos de NASF com Profissionais preparados para a abordagem intensiva dos fumantes de sua área de abrangência.</p>	<p>Portaria divulgada e implantada.</p> <p>Ampliação da cobertura do Programa de Cessação do Tabagismo para 100% dos C.S.</p>	<p>Articulação do Secretário Municipal de Saúde</p> <p>Instrutores para ministrar a capacitação</p>
<p>Rotatividade dos profissionais já treinados</p>	<p>Realização de estudo para identificação dos profissionais da APS já capacitados na Abordagem Intensiva dos fumantes, principalmente médicos.</p> <p>Formação de multiplicadores nos Centros de Saúde para cobrir os profissionais ausentes.</p>	<p>Mapeamento de todos os profissionais já treinados em Abordagem Intensiva do Fumante.</p>	<p>Profissionais identificados e multiplicadores capacitados.</p>	<p>Instrutores para ministrar a capacitação</p>

Dificuldade de alguns profissionais para organização e condução de grupos	Capacitação específica dos profissionais que estão atuando na rede quanto à organização e condução de grupos operativos.	Profissionais capacitados na metodologia de condução de grupos operativos / Grupos formados e conduzidos.	Grupos de tratamento de fumantes formados e em funcionamento.	Instrutores para ministrar a capacitação específica em condução de grupos operativos. Material didático para usuários e profissionais
Falta de infraestrutura (espaço físico, etc.) para realização dos grupos.	Definição dos possíveis locais de realização dos grupos previstos, nomes dos educadores físicos, profissionais do NASF e médicos que farão parte do projeto. Identificação de possíveis parceiros dos C.S. para identificação de locais para realização dos grupos.	Viabilização de locais para realização dos grupos Mapeamento dos possíveis parceiros da comunidade	Espaços mapeados e definidos para realização dos grupos. Parceiros mapeados.	Pactuação com gerentes, profissionais das unidades e parceiros da comunidade. Material didático para usuários e profissionais
Disponibilidade de medicamentos	Redimensionamento da quantidade de medicamentos repassados pela Secretaria do Estado da Saúde (SES)	Aumento gradativo da quantidade de medicamentos fornecidos. Regularidade no fornecimento dos medicamentos para os usuários em tratamento intensivo do tabagismo.	Planilhas de acompanhamento corretamente preenchidas e encaminhadas às farmácias distritais e à SES.	Repactuação com a SES quanto ao aumento gradativo do fornecimento dos medicamentos.

Uma vez definidos os nós críticos, é importante a identificação dos recursos críticos, pois estes serão necessários em cada operação, conforme mostra o quadro 2.

“A identificação dos recursos críticos a serem consumidos para execução das operações constitui uma atividade fundamental para analisar a viabilidade de um plano. São considerados recursos críticos aqueles indispensáveis para a execução de uma operação e que não estão disponíveis e, por isso, é importante que a equipe tenha clareza de quais são esse recursos, para criar estratégias para que se possa viabilizá-los.” (CAMPOS; FARIA; SANTOS, 2010)

No momento estratégico, após definição dos recursos críticos para cada operação, foi feita a análise de viabilidade do plano. A ideia central deste momento é a de que o ator que planeja não controla todos os recursos necessários para execução do seu plano. Portanto, é preciso identificar os atores que controlam os recursos críticos, analisando sua provável posição em relação ao problema para, então, definir operações/ações estratégicas capazes de construir viabilidade para o plano, que é o mesmo que motivar o ator que controla os recursos críticos. O momento estratégico também se encontra descrito no QUADRO 2.

QUADRO 2 : *Propostas de ações para a motivação dos atores.*

Operações/Projetos	Recursos críticos	Ator que controla	Motivação	Ação Estratégica
Realização de estudo para identificação dos profissionais da APS já capacitados na Abordagem Intensiva dos fumantes, principalmente médicos. Formação de multiplicadores nos Centros de Saúde para cobrir os profissionais ausentes.	Político: articulação com a Coordenação do NASF, com gerentes dos distritos e Centros de Saúde para aprovação do plano. Financeiro: para aquisição de recursos audiovisuais, material didático, para profissionais e usuários, placas e cartazes.	Coordenador do Programa de Cessação do Tabagismo da SMSA-BH Secretário Municipal de Saúde Profissionais de Saúde Gerentes dos distritos e Centros de Saúde	Favoráveis	Apresentar o plano para a Gerência de Atenção Primária, para a Coordenação do NASF, para os gerentes dos distritos e Centros de Saúde.
Capacitação específica dos profissionais que estão atuando na rede quanto à organização e condução de grupos.	Político: articulação com a Coordenação do NASF, com gerentes dos distritos e Centros de Saúde para aprovação do plano. Financeiro: para	Coordenador do Programa de Cessação do Tabagismo da SMSA-BH Secretário Municipal de	Favoráveis	Não é necessária

	aquisição de recursos audiovisuais, material didático para profissionais.	Saúde Profissionais de Saúde		
Definição dos possíveis locais de realização dos grupos previstos, nomes dos educadores físicos, profissionais do NASF e médicos que farão parte do projeto. Identificação de possíveis parceiros dos C.S. para identificação de locais para realização dos grupos.	Político: articulação com a Coordenação do NASF, com gerentes dos distritos e Centros de Saúde, intersetoriais e com lideranças locais para aprovação do plano. Financeiro: para aquisição de recursos audiovisuais, material didático para profissionais e usuários.	Coordenador do Programa de Cessação do Tabagismo da SMSA-BH Secretário Municipal de Saúde Profissionais de Saúde Gerentes dos distritos e Centros de Saúde Lideranças locais	Favoráveis Indiferente	Apresentar o plano para a Gerência de Atenção Primária, para a Coordenação do NASF, para os gerentes dos distritos e Centros de Saúde, profissionais. Apoio das associações e parceiros da comunidade
Redimensionamento da quantidade de medicamentos repassados pela Secretaria do Estado da Saúde (SES)	Político: Articulação com a SES. Financeiro: Financiamento dos medicamentos.	Secretário Municipal de Saúde Secretário Estadual de Saúde Ministério da Saúde	Favorável Indiferente	Apresentação do plano à Gerência de Medicamentos-SMSA-BH e à SES.

Ainda no momento estratégico, foi elaborado o Plano Operativo. Os objetivos deste passo são: designar os responsáveis por cada operação e definir os prazos para a execução das operações. O prazo proposto para a implementação do plano de ampliação do tratamento intensivo do fumante na Atenção Primária de Belo Horizonte será de doze meses, de março de 2013 a março de 2014. O Plano Operativo está apresentado no QUADRO 03, abaixo.

QUADRO 3: Plano Operativo

Operações/Projetos	Resultados Esperados	Produtos Esperados	Ação Estratégica	Responsável	Prazo
<p>Divulgação ampla da Portaria pela SMSA/SUS-BH com o objetivo de promover ambientes 100% Livres de Tabaco” nos serviços da rede.</p> <p>Desmobilização dos fumódromos ainda existentes.</p> <p>Capacitação dos profissionais da rede SUS para tratamento na abordagem intensiva</p>	<p>100 % dos ambientes da rede SUS-BH livres do tabaco.</p> <p>Fumódromos desmobilizados</p> <p>100% dos polos de NASF com Profissionais preparados para a abordagem intensiva dos fumantes de sua área de abrangência.</p>	<p>Portaria divulgada e implantada.</p> <p>Ampliação da cobertura do Programa de Cessação do Tabagismo para 100% dos C.S.</p>	Não é necessária.	<p>Secretário Municipal de Saúde</p> <p>Gerência de Comunicação</p> <p>Coordenador do Programa de Cessação do Tabagismo da SMSA-BH</p> <p>Profissionais de Saúde</p>	Março a Ago/2013
<p>Realização de estudo para identificação dos profissionais da APS já capacitados na Abordagem Intensiva dos fumantes, principalmente médicos.</p> <p>Formação de multiplicadores nos</p>	<p>Mapeamento de todos os profissionais já treinados em Abordagem Intensiva do Fumante.</p>	<p>Profissionais identificados e multiplicadores capacitados.</p>	<p>Apresentar o plano para a Gerência de Atenção Primária, para a Coordenação do NASF, para os gerentes dos distritos e Centros de Saúde.</p>	<p>Rubia-Coordenadora de Atenção à Saúde do Adulto e Idoso.</p> <p>Coordenador do Programa de Cessação do Tabagismo da SMSA-BH</p> <p>Profissionais de</p>	Março a Abril/2013

Centros de Saúde para cobrir os profissionais ausentes.				Saúde Gerentes dos distritos e Centros de Saúde	
Capacitação específica dos profissionais que estão atuando na rede quanto à organização e condução de grupos.	Profissionais capacitados na metodologia de condução de grupos / Grupos formados e conduzidos.	Grupos de tratamento de fumantes formados e em funcionamento.	Não é necessária	Coordenador do Programa de Cessação do Tabagismo da SMSA-BH Profissionais de Saúde	Março a Agosto/2013
Definição dos possíveis locais de realização dos grupos previstos, nomes dos educadores físicos, profissionais do NASF e médicos que farão parte do projeto.	Viabilização de locais para realização dos grupos	Espaços mapeados e definidos para realização dos grupos. Definidos os nomes dos educadores físicos, profissionais do NASF e médicos que farão parte do projeto.	Apresentar o plano para a Gerência de Atenção Primária, para a Coordenação do NASF, para os gerentes dos distritos e Centros de Saúde, profissionais.	Rubia-Coordenadora de Atenção à Saúde do Adulto e Idoso. Coordenador do Programa de Cessação do Tabagismo da SMSA-BH Profissionais de Saúde	Março/2013
Identificação de possíveis parceiros dos C.S. para identificação de locais para realização dos grupos.	Mapeamento dos possíveis parceiros da comunidade	Parceiros mapeados.	Apoio das associações e parceiros da comunidade	Gerentes dos distritos e Centros de Saúde Lideranças locais	

Redimensionamento da quantidade de medicamentos repassados pela Secretaria do Estado da Saúde (SES)	Aumento gradativo da quantidade de medicamentos fornecidos. Regularidade no fornecimento dos medicamentos para os usuários em tratamento intensivo do tabagismo.	Planilhas de acompanhamento corretamente preenchidas e encaminhadas às farmácias distritais e à SES.	Apresentação do plano à Gerência de Medicamentos-SMSA-BH e à SES.	Coordenador do Programa de Cessação do Tabagismo da SMSA-BH Profissionais de Saúde Farmacêuticos do NASF e das Farmácias Distritais.	Programação Trimestral-Contínua
---	---	--	---	--	---------------------------------

No momento tático-operacional, é descrita a gestão do plano. Os objetivos desse passo são: desenhar um modelo de gestão do plano de ação, discutir e definir o processo de acompanhamento do plano e seus respectivos instrumentos.

Durante a fase de implantação do plano de intervenção serão realizadas reuniões mensais com as ESF e NASF para avaliação e será utilizado o QUADRO 4 para monitoramento das atividades e repactuações de prazos.

QUADRO 4: Acompanhamento do Plano de Ação

Operações/Projetos	Produtos Esperados	Responsável	Prazo	Situação atual	Justificativa	Novo prazo
Divulgação ampla da Portaria pela SMSA/SUS-BH com o objetivo de promover ambientes 100% Livres de Tabaco” nos serviços da rede. Desmobilização dos	Portaria divulgada e implantada. Fumódromos	Secretário Municipal de Saúde Gerência de Comunicação Coordenador do Programa de Cessação do Tabagismo da SMSA-BH	Março a Ago/2013	33 Centros de Saúde já fazem o tratamento intensivo do fumante no modelo do INCA.		

<p>fumódromos ainda existentes.</p> <p>Divulgação ampla da Portaria.</p> <p>Capacitação dos profissionais da rede SUS para tratamento na abordagem intensiva</p>	<p>Ampliação da cobertura do Programa de Cessação do Tabagismo para 100% dos C.S.</p>	<p>Profissionais de Saúde</p>				
<p>Realização de estudo para identificação dos profissionais da APS já capacitados na Abordagem Intensiva dos fumantes, principalmente médicos.</p> <p>Formação de multiplicadores nos Centros de Saúde para cobrir os profissionais ausentes.</p>	<p>Profissionais identificados e multiplicadores capacitados.</p>	<p>Rubia-Coordenadora de Atenção à Saúde do Adulto e Idoso.</p> <p>Coordenador do Programa de Cessação do Tabagismo da SMSA-BH</p> <p>Profissionais de Saúde</p> <p>Gerentes dos distritos e Centros de Saúde</p>	<p>Março a Abril/2013</p>			
<p>Capacitação específica dos profissionais que estão atuando na rede quanto à organização e condução de grupos operativos.</p>	<p>Grupos de tratamento de fumantes formados e em funcionamento.</p>	<p>Coordenador do Programa de Cessação do Tabagismo da SMSA-BH</p> <p>Profissionais de Saúde</p>	<p>Março a Agosto/2013</p>			
<p>Definição dos possíveis locais de realização dos grupos previstos, nomes dos</p>	<p>Espaços mapeados e definidos para realização dos grupos.</p>	<p>Rubia-Coordenadora de Atenção à Saúde do Adulto e Idoso.</p> <p>Coordenador</p>	<p>Março /2013</p>			

educadores físicos, profissionais do NASF e médicos que farão parte do projeto. Identificação de possíveis parceiros dos C.S. para identificação de locais para realização dos grupos.	Parceiros mapeados.	do Programa de Cessação do Tabagismo da SMSA-BH Profissionais de Saúde Gerentes dos distritos e Centros de Saúde Lideranças locais				
Redimensionamento da quantidade de medicamentos repassados pela Secretaria do Estado da Saúde (SES)	Planilhas de acompanhamento corretamente preenchidas e encaminhadas às farmácias distritais e à SES.	Coordenador do Programa de Cessação do Tabagismo da SMSA-BH Profissionais de Saúde Farmacêuticos do NASF e das Farmácias Distritais.	Programação trimestral. (contínua)			Programação trimestral. (contínua)

Um indicador que avalia a efetividade e o impacto do Programa de Cessação do Tabagismo no SUS é o acesso dos usuários ao tratamento, que é definido como o número de fumantes avaliados pelo programa em relação ao total de fumantes estimados para a população do município (SANTOS, 2011).

Este autor cita ainda uma publicação do National Institute for Health and Clinical Excellence (NICE), do ano 2008, onde é apontado que o objetivo do programa deveria ser atingir em cada ano pelo menos 5% da população estimada de fumantes, o que no caso de BH representaria aproximadamente um número de 14.000 pessoas.

Após a implementação da proposta de intervenção serão realizadas avaliações semestrais do plano de ação. A avaliação será pautada no cálculo do indicador de acesso. Por se tratar de uma estratégia inovadora no tratamento intensivo do tabagismo, a avaliação de efetividade das ações propostas será considerada a partir do alcance da meta de abrangência de atendimento de pelo menos 1,25% da população fumante de BH (cerca de 3.500 usuários), chegando a 2,5% no primeiro ano, esperando totalizar os 5% no segundo ano. Esta meta é

extremamente desafiadora, pois a nossa atual realidade é que só conseguimos atender nos últimos dois anos, cerca de 600 fumantes.

7 CONSIDERAÇÕES FINAIS

O tabagismo compromete a saúde de milhões de brasileiros, piorando a qualidade de vida, causando doenças e mortes evitáveis.

Muitos dos malefícios causados pelo fumo, apenas são percebidos após anos ou décadas do hábito; o que trará como resultado uma verdadeira epidemia das DCNTs (Doenças Crônicas Não Transmissíveis) no Brasil e no mundo. Diante desta realidade, torna-se evidente a importância da ampliação da estratégia de controle do tabagismo, com positiva relação custo-benefício para gestores e profissionais do SUS.

Ações de promoção e prevenção tem como objetivo intervir no processo de adoecimento dos usuários do SUS. A Prefeitura de Belo Horizonte propôs desenvolver, a partir da ESF, além da assistência à saúde e reabilitação, diversas ações de promoção e prevenção. Entre estas ações, a oferta do tratamento do tabagismo foi proposta no intuito de prevenir as doenças crônicas não transmissíveis e os agravos decorrentes das mesmas.

A capacitação dos profissionais de saúde na abordagem breve foi uma das ações inicialmente utilizadas para promover a cessação do tabagismo, com objetivo de introduzir essa abordagem nas suas rotinas de atendimento. Apenas recentemente, foi inserida a oferta do tratamento intensivo do fumante na rede do SUS.

Porém, 50 a 60% de fumantes não conseguem abandonar o tabaco com a abordagem breve e necessitam de um acompanhamento especializado, sendo proposta a terapia baseada nas técnicas cognitivo-comportamentais.

Esta estratégia, atualmente realizada nos moldes propostos pelo Instituto Nacional do Câncer /Ministério da Saúde, tem se mostrado ineficaz no município ao longo dos anos, pois, conforme já mencionado, um programa considerado eficaz deveria atingir em cada ano pelo menos 5% da população estimada de fumantes, o que no caso de BH representaria aproximadamente um número de 14.000 pessoas, no entanto só conseguimos atender nos últimos dois anos, cerca de 600 fumantes.

Diante desta realidade, acreditamos que a opção pela expansão para toda a rede de Atenção Primária à Saúde de Belo Horizonte, contando com outros profissionais da equipe de saúde para a formação e condução dos grupos, de maneira que os fumantes da área de abrangência de todos os Centros de Saúde do município possam ter acesso ao tratamento, muito contribuirá para solucionarmos os problemas enfrentados hoje, principalmente relativos à sobrecarga de agenda dos médicos e enfermeiros. Além disto, profissionais de outras categorias ampliarão a oportunidade de disporem o seu tempo para a prevenção da morbidade e da mortalidade dos usuários.

Os profissionais de saúde têm um grande e decisivo papel na luta contra o tabagismo e, são agentes formadores de opinião na sociedade, sendo vistos pela mesma como exemplos de comportamentos saudáveis. Portanto, é fundamental que não fumem. E também, é necessário que atuem preventivamente, para evitar que os jovens se iniciem no hábito de fumar e que, desenvolvam ações junto aos fumantes para que abandonem o tabagismo.

Neste sentido, o plano de intervenção proposto neste trabalho para melhor dinamizar a implementação do programa, visando à cessação do tabagismo nas unidades da rede da APS, bem como, para implantar o programa em unidades que ainda não prestam este tipo de atenção em BH, é exeqüível e concebido para ser executado em etapas.

Inclusive, um aspecto importante a ser ressaltado é o desafio que a proposta ora apresentada representa, fazendo-se, portanto, necessário um acompanhamento de perto, visando fazer as correções de rumo que possibilitarão o alcance dos objetivos pretendidos.

Desta forma, este estudo pretende colaborar na construção de uma proposta de ampliar o acesso dos usuários do SUS/BH ao programa de cessação do tabagismo buscando criar a possibilidade de se estimular e motivar a adoção de um estilo de vida mais saudável, na perspectiva de concretamente realizarmos a promoção da saúde.

REFERÊNCIAS

AMERICAN CANCER SOCIETY. Luther Terry Awards Leadership on Tobacco Control. Helsinki, 2003.

BELO HORIZONTE. Prefeitura de Belo Horizonte. Secretaria Municipal de Saúde. **Relatório Anual de Gestão-2011**. Prefeitura de Belo Horizonte. Secretaria Municipal de Saúde. Belo Horizonte. 2011.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Plano de Implantação da Abordagem e Tratamento do Tabagismo na Rede SUS**: Brasília, Distrito Federal: INCA, 2004. Disponível em: http://www.inca.gov.br/tabagismo/publicacoes/plano_abordagem_sus.pdf>. Acesso em: 18 out. 2011.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria GM/MS 1035/04, de 31 de maio de 2004, **Diário Oficial da União**. Brasília. 1 de Junho de 2004.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa. **Vigitel Brasil 2011: vigilância de fatores de risco e proteção para doenças crônicas por inquérito telefônico** / Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde, Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa. – Brasília: Ministério da Saúde, 2012. 134 p.

CAMPOS, F.C.; FARIA H.P.; SANTOS, M.A. **Planejamento e avaliação das ações de saúde**. NESCON/UFMG - Curso de Especialização em Atenção Básica em Saúde da Família. 2. ed. Belo Horizonte: Coopmed, 2010. 114p.

CASTRO, M. G. et al. Qualidade de vida e gravidade da dependência de tabaco. **Revista de Psiquiatria Clínica**. São Paulo. v.34, n.2:61-67, 2007.

CAVALCANTE, T.M. O Controle do Tabagismo no Brasil: Avanços e Desafios. **Revista de Psiquiatria Clínica**. 2005, 32: 283-300.

DOLL, R. et al. Mortality in relation to smoking: 50 years' observations on male British doctors. **BMJ**. v.328 n.7455:1519-27, 2004.

IGLESIAS, R. et al. Documento de discussão – saúde, nutrição e população (HNP). Controle do tabagismo no Brasil: resumo executivo. **Epidemiol. Serv. Saúde**, Brasília, v.17, n.4:301-304, 2008.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA (IBGE). **Censo demográfico de 2010**. Rio de Janeiro: IBGE, 2010.

INSTITUTO NACIONAL DO CÂNCER (INCA). **Plano de Implantação da Abordagem e Tratamento do Tabagismo na Rede SUS**. Brasília, 2010. Disponível em: [link:http://www1.inca.gov.br/tabagismo/publicacoes/plano_abordagem_sus.pdf](http://www1.inca.gov.br/tabagismo/publicacoes/plano_abordagem_sus.pdf)

INSTITUTO NACIONAL DE CÂNCER (INCA). **Abordagem e tratamento do fumante - consenso 2001**. Rio de Janeiro: Inca; 2001.

INSTITUTO NACIONAL DE CÂNCER (INCA). Ministério da Saúde. Programa Nacional do Controle do Tabagismo e Outros Fatores de Risco de Câncer. **Modelo Lógico e Avaliação**. Rio de Janeiro: Inca; 2003.

INSTITUTO NACIONAL DE CÂNCER (INCA). **Inquérito domiciliar sobre comportamento de risco e morbidade referida de doenças e agravos não transmissíveis**: Brasil, 15 capitais e Distrito Federal, 2002-2003. Rio de Janeiro: INCA, 2004.

KIRCHENCHTJEN C., CHATKIN J.M. Dependência da nicotina – diretrizes para a cessação do tabagismo. **Jornal Brasileiro de Pneumologia**. Brasília: n 30 (SUPL 2), 2004.

MENEZES, A.M.G. et al. Tabagismo em estudantes de Medicina: tendências temporais e fatores associados. **Jornal Brasileiro de Pneumologia**. Brasília. v.30:223-8, 2004.

MOREIRA, T.C. et al. Qualidade de vida em tabagistas que buscaram auxílio para deixar de fumar por meio de aconselhamento telefônico. **Revista Brasileira de Cancerologia**. Brasília. v. 57 n.3:329-335, 2011.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE (OMS). **Report on the Global Tobacco Epidemic, 2008**: The MPOWER package. WHO Global Report. Genebra: OMS, 2008.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE (OMS). The WHOQOL Group: The Development of the World Health Organization Quality of Life assessment instrument (the WHOQOL). In: ORLEY, J., KUYKEN, W. (eds.). **Quality of Life Assessment: international perspectives**. Springer-Verlag, Berlin, pp. 41-57, 1994.

PEREIRA, E.F. et al. Qualidade de vida: abordagens, conceitos e avaliação. **Rev. bras. Educ. Fís. Esporte**, São Paulo, v.26, n.2, p.241-50, abr./jun, 2011

SANTOS, J.D.P. **Avaliação da efetividade do programa de tratamento do tabagismo no sistema único de saúde**. Porto Alegre. Dissertação de mestrado. Faculdade de Medicina. UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO SUL, 2011.

SILVEIRA D.V.; OLIVEIRA D.F.; SANTOS J.D.P. **Instrumentos para avaliação do tabagismo; uma revisão sistemática**. Monografia apresentada ao Núcleo de Saúde Coletiva da Universidade Federal de Minas Gerais. Belo Horizonte. 2008. 55f.

The WHOQOL Group: **The Development of the World Health Organization Quality of Life assessment instrument (the WHOQOL)**. In: Orley, J., Kuyken, W. (eds.). **Quality of Life Assessment: international perspectives**. Springer-Verlag, Berlin, p. 42, 1994.

TURCI, M.A., (Org.) **Avanços e desafios na organização da Atenção Básica à Saúde em Belo Horizonte**. Belo Horizonte, Secretaria Municipal de Saúde de Belo Horizonte: HMP Comunicação, 2008.

VIEGAS, C.A. et al. Diretrizes para cessação do tabagismo. **Jornal Brasileiro de Pneumologia**. São Paulo, v. 30, sup.2:1-76, 2004.