

**UNIVERSIDADE FEDERAL DO TRIÂNGULO MINEIRO
CURSO DE ESPECIALIZAÇÃO EM ATENÇÃO BÁSICA EM SAÚDE DA FAMÍLIA**

PATRÍCIA AMORIM GONÇALVES

COMBATE AO TABAGISMO: PROPOSTA DE INTERVENÇÃO

UBERABA - MINAS GERAIS

2015

PATRÍCIA AMORIM GONÇALVES

COMBATE AO TABAGISMO: PROPOSTA DE INTERVENÇÃO

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado ao Curso de Especialização em Estratégia Saúde da Família, Universidade Federal do Triângulo Mineiro, para obtenção do Certificado de Especialista.

Orientadora: Prof^a Dr^a Regina Maura Rezende

UBERABA - Minas Gerais

2015

PATRÍCIA AMORIM GONÇALVES

COMBATE AO TABAGISMO: PROPOSTA DE INTERVENÇÃO.

Banca examinadora

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

Examinador 2 – Prof^a. Esp. Judete Silva Nunes - Universidade Federal do Triângulo Mineiro - UFTM

Aprovado em Uberaba, em 22 de Janeiro de 2015.

DEDICATÓRIA

Dedico este trabalho à minha equipe de saúde família amor perfeito (equipe 08) da UBS Alto Colina de Patos de Minas – MG e aos pacientes participantes deste projeto.

AGRADECIMENTOS

Agradeço à minha equipe pela colaboração no planejamento deste trabalho. À minha orientadora Regina pela disponibilidade e presteza em me orientar e aos pacientes participantes do projeto.

*“A mente que se abre a uma nova ideia jamais
voltará ao seu tamanho original”*

Albert Einstein

RESUMO

O cigarro é considerado a maior causa de morte evitável, sendo responsável por causar doenças a curto e longo prazo. No Brasil o número de fumantes tem diminuído ao longo dos anos com a ajuda de ações governamentais como a criação do Programa Nacional de Combate ao Tabagismo (PNCT), porém, existem ainda milhares de fumantes e o cigarro ainda é um grande problema de saúde pública no Brasil. A Atenção básica, com seu papel de promover saúde, deve atuar nesta causa. Partindo deste pressuposto, o objetivo deste trabalho foi elaborar um plano de intervenção para promover a cessação do tabagismo em pacientes da sua área de abrangência. Para tanto foi realizada discussão do tema com a equipe de saúde, observando sua relevância e benefício à população, busca sistematizada na literatura utilizando das publicações indexadas na base da Scientific Electronic Library On Line (Scielo), Pubmed/Medline e periódicos disponíveis no portal CAPES-Periódicos CAPES. Foi utilizado como referência básica o Módulo Planejamento e Avaliação das Ações de Saúde do Curso de Especialização em Atenção Básica em Saúde da Família. (CEABSF), e a Biblioteca Virtual do Núcleo de Educação em Saúde Coletiva NESCON. Utilizados também dados disponíveis no Sistema de Informação da Atenção Básica (SIAB) do município de Patos de Minas e o diagnóstico situacional. Neste trabalho foi utilizado o método simplificado do Planejamento Estratégico Situacional – PES. Espera-se com este trabalho oferecer à população usuária do serviço de saúde pública a possibilidade de entender o mal que o cigarro causa a própria saúde, assim como das pessoas com quem convivem, levando a conscientização da mesma em parar de fumar, possibilitando ainda um aumento da autoestima e fortalecimento de vínculos familiares através do tratamento. Assim, esse representa um importante processo em que os sujeitos passam a adentrar a condição de fazer o usufruto de saúde e, por conseguinte, de qualidade de vida.

Palavras-chave: Tabagismo. Atenção Básica de Saúde. Educação em Saúde.

ABSTRACT

Cigarettes are considered a major cause of preventable death, accounting for cause of short and long-term illnesses. In Brazil the number of smokers has decreased over the years with the help of government actions such as the creation of the program Programa Nacional de Combate ao Tabagismo (PNCT), but there are still thousands of smokers and cigarette smoking is still a major public health problem in Brazil. The primary care, with its role of promoting health, should act in this cause. To this end was made subject of discussion with the health team, noting their relevance and benefit to the population, systematic literature search using the publications indexed on the basis of the Scientific Electronic Library Online (SciELO), Pubmed / Medline and periodicals available in the CAPES portal - Seasonal CAPES. Was used as a basic reference module Planejamento e Avaliação das Ações de Saúde of the course Especialização em Atenção Básica em Saúde da Família. (CEABSF) and the Virtual Library of Núcleo de Educação em Saúde Coletiva NESCON. Also used data available on the system Sistema de Informação da Atenção Básica (SIAB) of the city of Patos de Minas and the situational diagnosis. In this study we used the simplified method of Planejamento Estratégico Situacional – PES. It is hoped that this work provide the user population of the public health service the ability to understand the harm that cigarettes cause their own health as well as the people around them, leading to awareness of it on quitting smoking, even allowing for a increased self-esteem and strengthening of family ties through treatment. Thus, this is an important process in which subjects are to enter the condition to make the enjoyment of health and therefore the quality of life.

Key words: cigarets, smoking, primary care.

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

AIH – Autorização de Internação Hospitalar
APAC - Autorização de Procedimento Ambulatorial
CAPS – Centro de Atenção Psicossocial
CAPS AD – Centro de Atenção Psicossocial Álcool e Drogas
CEABSF - Curso de Especialização em Atenção Básica em Saúde da Família
CEMIG – Companhia Energética de Minas Gerais
CEO – Centro de Especialidades Odontológicas
CEREST - Centro de Referência em Saúde do Trabalhador
CNPJ – Cadastro Nacional de Pessoa Jurídica
ESF – Equipe de Saúde da Família
FIDEPS – Fator de Incentivo ao Desenvolvimento do Ensino e Pesquisa
Universitária em Saúde
IAPI – Incentivo de Assistência à População Indígena
IDEB - Índice de Desenvolvimento da Educação Básica
IDH - Índice de Desenvolvimento Humano
INTEGRASUS – Incentivo a Integração do SUS
NASF – Núcleo de Apoio a Saúde da Família
PACS – Programa de Agentes Comunitários de Saúde
PES – Planejamento Estratégico Situacional
PNCT - Programa Nacional de Controle do Tabagismo
PSF – Programa Saúde da família
SAMU - Serviço de atendimento móvel de urgência
SIAB - Sistema de Informação da Atenção Básica
SUS – Sistema Único de saúde
UBS – Unidade Básica de saúde
UNIPAM - Centro Universitário de Patos de Minas

SÚMARIO

1. INTRODUÇÃO	10
2. JUSTIFICATIVA	17
3. OBJETIVOS	18
3.1 Objetivo geral	18
3.2 Objetivos específicos	18
4. METODOLOGIA	19
5. REVISÃO DA LITERATURA	20
6. PROJETO DE INTERVENÇÃO	23
7. CONSIDERAÇÕES FINAIS	26
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	27

1. INTRODUÇÃO

O município de Patos de Minas encontra-se no Estado de Minas Gerais, em região intermediária entre as regiões do Triângulo Mineiro e do Alto Paranaíba. Situa-se a 415 km de Belo Horizonte e a 447 km da capital federal, Brasília. Considerada polo econômico regional, lidera a microrregião do Alto Paranaíba, que é composta por 10 municípios. (PREFEITURA MUNICIPAL DE PATOS DE MINAS, 2014).

O município tem a população total de 139.848 habitantes (100%), com uma população masculina correspondente a 69.001 habitantes (49,34%) e a feminina a 70.847 habitantes (50,66%). Da população total, 127.864 habitantes (91,43%) residem na zona urbana e 11.984 habitantes (8,57%) na zona rural. (PREFEITURA MUNICIPAL DE PATOS DE MINAS, 2014).

A cidade de Patos de Minas surgiu na segunda década do século XIX em torno da Lagoa dos Patos, onde existia uma enorme quantidade de patos silvestres. Os primeiros habitantes foram lavradores e criadores de gado, sendo muito visitados por tropeiros. O povoado, à beira do rio Paranaíba, cresceu, virou arraial e depois vila, a devota vila de Santo Antônio dos Patos. (PREFEITURA MUNICIPAL DE PATOS DE MINAS, 2014).

Em 24 de maio de 1892, o presidente do estado de Minas Gerais, Eduardo da Gama Cerqueira, eleva a Vila à categoria de cidade de Patos de Minas. Em 1943, o governo do estado mudou o nome para Guaratinga, provocando insatisfação na população. Atendendo aos apelos populares em 3 de junho de 1945, muda novamente para Patos de Minas para distingui-lo de Patos da Paraíba, município mais antigo. Seu aniversário é comemorado em 24 de maio, ocasião em que se realiza a "Festa Nacional do Milho". (PREFEITURA MUNICIPAL DE PATOS DE MINAS, 2014).

O desenvolvimento maior do município ocorreu na década de 1930, pelos melhoramentos executados pelo Governo do Estado, cujo Presidente era Olegário Dias Maciel. Em seu governo, instalou-se e construiu-se a sede da Escola Normal (hoje, Escola Estadual "Professor Antônio Dias Maciel", o Hospital Regional "Antônio Dias Maciel", o Fórum "Olympio Borges" e o grupo escolar "Marcolino de Barros"). A década de 1950 foi de grande avanço regional; várias pessoas migraram para a cidade e houve a instalação de grandes empresas comerciais nos mais diversos

segmentos. Nessa época, construiu-se o primeiro terminal rodoviário e se iniciou a Festa Nacional do Milho. (PREFEITURA MUNICIPAL DE PATOS DE MINAS, 2014).

Nas décadas de 1960 e 1970, período em que o país vivia sob a pressão da ditadura militar, houve certa estagnação econômica, motivada pela mudança da capital do país para Brasília. Grande parte da população local deslocou-se para lá em busca de emprego. A capital continuou atraindo os patenses, principalmente com a criação das universidades; ainda hoje existe em Brasília uma colônia significativa de patenses. Esse momento foi marcado pela instalação da CEMIG (Companhia Energética de Minas Gerais), fundação do Colégio Municipal, transformado em Escola Estadual "Professor Zama Maciel"; a criação da Fundação Educacional de Patos de Minas, com a instalação do primeiro curso superior, a Faculdade de Filosofia, Ciências e Letras, em 1970, e a consolidação da rede rodoviária com o asfaltamento das BRs 354 e 365, ligando o município à capital do Estado e ao nordeste do país. (PREFEITURA MUNICIPAL DE PATOS DE MINAS, 2014).

A descoberta da jazida de Fosfato Sedimentar, na localidade da Rocinha, no final dos anos 1970, projetou Patos de Minas nacionalmente, ocasionando a primeira visita do Presidente da República à cidade, o General Ernesto Geisel em 1974.

Esse período também foi marcado pela imigração gaúcha que fixou suas residências e escritórios de venda de sementes em Patos de Minas. O cultivo era feito na região de cerrado vizinha do município, principalmente Presidente Olegário e São Gonçalo do Abaeté. Neste período foi grande o desenvolvimento comercial com a implantação de indústrias de confecções e a instalação de uma unidade da CICA, maior processadora de tomates da América Latina, promovendo o crescimento de cultivo de milho doce, ervilha e tomate na região. (PREFEITURA MUNICIPAL DE PATOS DE MINAS, 2014)

A área total do município é de 3.189,771 km² com uma densidade demográfica de 43,49 hab./km². O município possui 25.990 famílias, cadastradas em dezembro de 2012. A População residente alfabetizada é de 122.926 pessoas. O índice de Desenvolvimento Humano (IDH) é 0,813 (19º de Minas Gerais) com uma taxa de urbanização: 91,43% e, a porcentagem de abastecimento de água tratada é de 97%, e de recolhimento de esgoto por rede pública é 98%. (PREFEITURA MUNICIPAL DE PATOS DE MINAS, 2014)

Nas décadas de 1980 e 1990 o setor terciário registrou um crescimento de mais de 130% e, ainda hoje, figura-se como o setor de maior participação no PIB

(Produto Interno Bruto), o que resulta em alto efeito multiplicador sobre os outros setores. (PREFEITURA MUNICIPAL DE PATOS DE MINAS, 2014)

A taxa de crescimento anual para o período 2006 - 2009 é de 0,1%, com um total de 45.295 mulheres em idade fértil (10 a 49 anos) totalizando uma proporção de 63,9% em relação ao total de mulheres residentes no município (70.894 mulheres). (PREFEITURA MUNICIPAL DE PATOS DE MINAS, 2014)

A densidade demográfica é 43,49 hab./km². A População residente alfabetizada é de 122.926 pessoas. Segundo o Censo de 2010, Patos de Minas apresenta 28.121 alunos matriculados nos 3 níveis da Educação Básica. Também é possível destacar:

- Matrícula - Ensino fundamental – Em 2009: 19209 matrículas
- Matrícula - Ensino médio – Em 2009: 6503 matrículas
- População residente que frequentava creche ou escola: 37449

A percentagem da população na incidência de pobreza é de 26,03% e abaixo da linha da pobreza é de 17,33%. (PREFEITURA MUNICIPAL DE PATOS DE MINAS, 2014)

Segundo a última edição do Índice de Desenvolvimento da Educação Básica (IDEB), medido pelo Ministério da Educação em 2011, Patos de Minas apresentou a nota 6,8 (terceira melhor educação pública do país nas séries iniciais do ensino fundamental, 1^a e 5^a séries, entre os municípios com mais de 100 mil habitantes, ficando atrás apenas de Foz do Iguaçu e Sobral), sendo que a nota média no Brasil foi de 5,0 do 1^o ao 5^o ano, de 4,1 do 6^o ao 9^o ano e de 3,7 no Ensino Médio em 2011 (PREFEITURA MUNICIPAL DE PATOS DE MINAS, 2014)

De acordo com os dados do SIAB (2014), 95.895 pessoas estão cadastradas como usuários do SUS o que representa 68,57% da população.

O município possui Conselho Municipal de Saúde e, em funcionamento, sendo que o mesmo se reúne uma vez ao mês, (toda primeira segunda-feira do mês), podendo haver reuniões extras. É composto pelo gestor (secretário de saúde), por seis representantes da comunidade urbana, 1 da comunidade rural, 1 do sindicato dos trabalhadores, 1 das entidades não governamentais, 1 da entidade religiosa, 5 dos trabalhadores da área da saúde, 1 da secretaria de desenvolvimento social, 1 dos prestadores de serviço privado, 1 dos serviços filantrópicos e 1 representante do serviço de saúde público.

O Fundo Municipal de Saúde de Patos de Minas foi instituído pela Lei municipal nº 2.751 de 13/05/1991 e tem como objetivo criar condições financeiras e de gerência dos recursos destinados ao desenvolvimento das ações de saúde, executadas pela Secretaria Municipal de Saúde. São características do Fundo Municipal de Saúde: criado por Lei e regulamentado por decreto ou portaria; vinculado à secretaria da saúde; contém o total das receitas específicas para financiar o plano de saúde sob controle e fiscalização do conselho de saúde; possui inscrição no CNPJ (IN RFB 748 de 28/06/07); unidade orçamentária e gestora dos recursos da SMS; atende à política de descentralização; integra a prestação de contas do município; viabiliza a vinculação constitucional dos recursos da saúde; facilita a fiscalização, avaliação e controle social; garante aplicação de saldos financeiros no ano seguinte. Principais fontes de receita: transferências constitucionais da União, estado e município; transferências de convênios; receitas próprias; receitas patrimoniais; doações e outras.

O município apresenta o seguinte orçamento destinado à saúde.

Orçamento destinado à Saúde

Ano de 2013			
	Receita	Despesa liquidada	Despesa orçada para 2014
Atenção Básica	R\$ 29.174.623,20	R\$ 25.000.455,64	R\$ 36.697.297,82
Média/Alta complexidade	R\$ 54.935.896,12	R\$ 46.764.179,30	R\$ 74.441.587,50
Vigilância em Saúde	R\$ 3.636.480,58	R\$ 3.342.185,37	R\$ 4.909.494,09
Assistência Farmacêutica	R\$ 1.849.560,51	R\$ 1.630.273,83	R\$ 2.440.043,83
Gestão do SUS	R\$ 10.635.516,63	R\$ 11.720.168,34	R\$ 16.293.623,62
Investimentos	R\$ 245.590,00	R\$ 0,00	R\$ 0,00
Total	R\$ 103.808.593,03	R\$ 91.100.197,86	R\$ 144.851.500,00

Fonte: Secretaria Municipal de Saúde, 2013.

A implantação do PSF ocorreu em 2002 no Município de Patos de Minas e conta hoje com 37 ESF, 13 equipes de saúde bucal, 3 equipes do NASF (composto por 1 psicólogo, 1 nutricionista, 1 fisioterapeuta, 1 assistente social e 1 educador

físico), 1 CEO (centro de especialidades odontológicas) e 4 Programas de Agentes Comunitários de Saúde (PACS).

O sistema de referência e contra-referência conta com serviços como o Hiperdia, Viva Vida, Clínica de Especialidades, Serviço Municipal de Reabilitação, Centro de Apoio Psicossocial (CAPS), Centro de Apoio Psicossocial para Dependentes de Álcool e Drogas (CAPS AD) e Centro de Especialidades Odontológicas (CEO). Funciona através do serviço de autorização de internação hospitalar (AIH) e autorização de procedimento ambulatorial (APAC).

O município conta com incentivos que são transferidos mensalmente para os seguintes serviços: Centro de especialidades odontológicas (CEO); Serviço de atendimento móvel de urgência (SAMU); Centro de Referência em Saúde do Trabalhador (CEREST); adesão a contratualização dos hospitais de ensino, de pequeno porte e filantrópicos; FIDEPS – Fator de Incentivo ao Desenvolvimento do Ensino e Pesquisa Universitária em Saúde; IAPI – Incentivo de Assistência à População Indígena; INTEGRASUS – Incentivo a Integração do SUS; outros que venham a ser instituídos, visando assim um bom funcionamento dos serviços saúde.

Até o início de 2014, estão cadastrados 1.212 profissionais de saúde. Os vínculos funcionam em 03 categorias: contratado, efetivo e contratados do PSF, todas as 3 categorias em regime estatutário. Os cargos estão divididos em diretoria de atenção básica, diretoria de serviços especializados, Diretoria de Vigilância em Saúde, Diretoria de Regulação, Diretoria de Orçamento e Finanças e Diretoria de Gestão Administrativa.

O município possui 17 unidades de saúde, sendo que a Unidade de Saúde da Família Alto Colina (USF Dr. Carlos Martins) onde o presente projeto se propõe a intervir, localiza-se na Rua Zulmira Vieira 595, Bairro Alto da Colina Tel: (34) 38229894. A UBS encontra-se na divisa entre as duas áreas que prestam assistência, e referencia cerca de 1030 famílias, com um número de habitantes de cerca de 3.650.

Segundo dados coletados pela Equipe de Saúde da Família através do cadastramento, a população acima de 50 anos possui formação em nível de ensino fundamental, e, muitos estudaram apenas até a 4ª série. Cabe destacar que, as principais ocupações da população são: pedreiro, doméstica, serviços gerais, diarista, vendedor, balconista, costureiras.

A partir do levantamento de informações junto aos agentes comunitários de saúde, foi possível verificar que a população convive em harmonia apesar dos casos de violência registrados na área de abrangência, como homicídios e ferimentos por arma de fogo. Existem alguns casos de atritos entre pais e filhos e, usuários de drogas. A maioria absoluta de pessoas que frequenta o posto de saúde é composta por idosos.

A comunidade possui, dentro do território de abrangência da ESF, uma Unidade Básica de Saúde, creche, igrejas, supermercados, açougues, padarias, escola. Dispõe, em todo o território, de luz elétrica, água encanada, rede de esgoto, correios e telefonia móvel e fixa.

A UBS Dr. Carlos Martins Neto, encontra-se localizada na divisa entre a área de abrangência das 2 equipes de saúde, sendo de fácil acesso à população e seu horário de funcionamento é das 07:00h às 17:00h, de segunda a sexta-feira. A equipe é formada pelos seguintes profissionais: 1 médico (8 horas/dia), 1 enfermeiro (8 horas/dia), 2 auxiliares de enfermagem (8 horas/dia), 6 agentes comunitários de saúde (8 horas/dia), 1 agente de endemias (8 horas/dia), 1 servidor e 2 estagiários no setor administrativo (8 horas/dia), 1 dentista, 1 técnico em saúde bucal e 1 auxiliar em saúde bucal (8 horas/dia). Tem o apoio de uma equipe do NASF com os seguintes profissionais: 1 nutricionista, 1 psicólogo, 1 fisioterapeuta e 1 assistente social. A unidade recebe estagiários do curso de medicina da UNIPAM (Centro Universitário de Patos de Minas).

Na UBS há atuação de outra equipe de saúde da família, e, dispõe de uma área física excelente, adequada para atender 2 equipes de saúde. Sala de recepção com banheiros, salas para atendimento médico, de enfermagem e odontológico, sala de vacina, sala para realização de curativos e triagem, espaço para escovação e desinfecção de materiais, salas de reuniões, sala para setor administrativo, cozinha, banheiros, almoxarifado. Possui computadores disponíveis nos consultórios com acesso à internet. Também dispõe de materiais necessários e essenciais para a assistência como balança, esfigmomanômetro, termômetro, estetoscópio, otoscópio, fita métrica, sonar, fitas para medir glicemia, material para curativo, macas dentre outros.

Através da realização do diagnóstico situacional da área de abrangência foi possível conhecer a população, saber como vivem, quais as doenças são mais prevalentes e quais os problemas da área, o que é fundamental para realizar ações

em prol da população. Foi possível observar a existência de grande número de fumantes, muitos destes já apresentam doenças crônicas como hipertensão, diabetes ou até já sofreram infarto e que mesmo assim continuam fumando. Entendendo o papel da atenção primária na prevenção de doenças e promoção de saúde pautou-se por atuar nesta causa formando um grupo de combate ao tabagismo.

2. JUSTIFICATIVA

Sabe-se que o cigarro é um fator de risco para o desenvolvimento de doenças crônicas a curto e longo prazo, sendo então passível de prevenção. Dentre as principais doenças, as quais o tabagismo é fator de risco estão: hipertensão, doença coronariana, acidente vascular encefálico, bronquite, enfisema e o câncer. A remoção da exposição ao cigarro, comprovadamente, reduz a mortalidade, a prevalência e principalmente o surgimento de patologias relacionadas ao fumo durante a vida.

A equipe de saúde, através de seu papel de promover saúde, deve atuar nesta causa, visto que o tabagismo é considerado um grave problema de saúde pública. O Programa Nacional de Controle do Tabagismo, criado pelo Ministério da Saúde, foi o grande norteador no planejamento deste projeto.

Este trabalho foi realizado devido ao grande número de tabagistas presentes na área de abrangência da equipe de saúde da família, muitos que já apresentam patologias como, principalmente, hipertensão e que continuam fumando. Este projeto beneficiará muitas pessoas direta (os próprios pacientes) e indiretamente (seus familiares, fumantes passivos, que convivem na mesma residência), possibilitando a cessação do tabagismo, trazendo bem-estar, prevenindo o surgimento de patologias e melhorando patologias já existentes, aumentando a autoestima dos pacientes, prevenindo a iniciação do tabagismo por outras pessoas, principalmente adolescentes, que convivem com fumantes em casa, e até o uso de outras drogas, enfim, trazendo assim mais saúde para a comunidade local.

3. OBJETIVOS

3.1 Objetivo geral

Elaborar um projeto de intervenção para contribuir com os pacientes a abandonarem o cigarro.

3.2 Objetivos específicos

- 1 – Realizar discussões sistemáticas com a equipe de saúde.
- 2 – Realizar pesquisa bibliográfica sobre o tema com vistas a conhecer o tema, entender o processo de cessação, saber como planejar e executar este projeto com sucesso.
- 3 - Criar um grupo de pacientes para realização do projeto.
- 4 – Organizar palestras semanais visando orientar os pacientes quanto ao processo de cessação.
- 5 – Elevar a autoestima dos pacientes através das palestras motivacionais.
- 6 – Criar vínculos entre os pacientes e fortalecer seus vínculos familiares.

4. METODOLOGIA

Para a execução deste trabalho foi realizada discussão do tema com a equipe de saúde, observando sua relevância e benefício à população. Foi realizada uma busca sistematizada na literatura utilizando das publicações indexadas na base da *Scientific Eletronic Library On Line* (Scielo), Pubmed/Medline e periódicos disponíveis no portal CAPES- Periódicos CAPES.

Foi utilizado como referência básica o Módulo Planejamento e Avaliação das Ações de Saúde (CAMPOS; FARIA; SANTOS, 2010) do Curso de Especialização em Atenção Básica em Saúde da Família. (CEABSF), e a Biblioteca Virtual do Núcleo de Educação em Saúde Coletiva NESCON. Utilizados também dados disponíveis no Sistema de Informação da Atenção Básica (SIAB) do município de Patos de Minas e o diagnóstico situacional. Neste trabalho foi utilizado o método simplificado do Planejamento Estratégico Situacional – PES.

O PES como o próprio nome já diz, é uma ferramenta que permite planejar ações a serem realizadas levando em consideração o plano de ação, a capacidade da equipe em realizar esta ação proposta, a capacidade de trabalhar com os recursos disponíveis e as variáveis que podem ocorrer durante o processo. Este método permite a participação de todos os atores sociais (um coletivo de pessoas ou até mesmo uma única pessoa), inclusive da população, o que cria uma maior efetividade nas ações e facilita o seu desenvolvimento.

Para isto é necessário conhecer a área onde se está atuando para assim conhecer os problemas prevalentes e agir. O diagnóstico situacional é fundamental para o trabalho de uma equipe de saúde da família.

5. REVISÃO DA LITERATURA

Estima-se que há no mundo todo cerca de 1,3 bilhões de fumantes, como consequência podemos estimar que mais da metade da população mundial está exposta aos efeitos nocivos da nicotina direta ou indiretamente.

No Brasil 17,3% de pessoas com mais de 15 anos são afetadas pelo tabagismo e dados do instituto nacional do câncer indicam taxas de 200.000 mil mortes por ano pelo cigarro, em outras palavras podemos dizer que 23 pessoas morrem por hora por males associados ao cigarro, dado assustador. (AZEVEDO E FERNANDES, 2011)

Historicamente o cigarro, segundo Tejada *et al.* (2013), já foi visto como um estilo de vida. Atualmente é reconhecido como um grande causador de patologias (quais em especial?) devido ao grande número de substâncias tóxicas as quais seus usuários estão expostos.

De acordo com Pawlina *et al.* (2014), a nicotina é o principal agente psicoativo do cigarro e é responsável por causar dependência. Os sintomas que caracterizam a dependência são tremores, insônia, agitação, sudorese, ânsia e falta de concentração que ocorrem quando o fumante deixa de fumar, o que o leva a querer fumar de forma compulsiva e até mesmo incontrolável. Depressão e ansiedade são patologias associadas ao tabagismo, tanto na manutenção do vício quanto na recaída de pacientes que estão em processo de cessação.

Partindo deste pressuposto, de acordo com Azevedo e Fernandes (2011), nota-se que mesmo com a divulgação dos males e as patologias que a manutenção do vício ocasiona à saúde, alguns grupos apresentam maior dificuldade em interromper este vício. A dificuldade vai desde a tomada de decisão em parar de fumar até a falta de persistência por parte das pessoas que iniciam o processo de cessação. Existem alguns mecanismos que também podem explicar esta dificuldade como a ação da nicotina no sistema nervoso central que traz sensação de prazer, bem estar, aumento de disposição e diminuição do apetite, o condicionamento do ambiente relacionado às emoções como tristeza ou alegria e os sintomas de abstinência como irritação, ansiedade, dificuldade de concentração, aumento do apetite que ocorrem quando o fumante deixa de fumar.

Estudos mostram que o cigarro funciona como uma automedicação de sentimentos de tristeza e humor negativo em pacientes depressivos através da

interação da nicotina nos circuitos neuronais do sistema nervoso central. Portanto sabe-se que em pacientes tabagistas com sintomas depressivos a chance de recaídas com possível abandono do tratamento são maiores do que em pacientes tabagistas sem histórico de depressão. (PAWLINA *et al.* 2014).

Em pacientes ansiosos sabe-se que a chance de iniciar o tabagismo e se tornar dependente é maior, pois o cigarro diminuiu os sintomas de ansiedade produzindo sensações agradáveis ao fumante. Alterações de humor ocorrem no período de cessação, podendo o paciente se tornar agitado, impaciente e com a concentração diminuída tornando-se necessário um acompanhamento próximo. (PAWLINA *et al.* 2014).

Entretanto, diante das dificuldades e alteração de humor em cessar o tabagismo, estudos de base populacional conduzidos por países desenvolvidos, mostram que há pessoas que compreendem que o vício gera problemas não apenas ao fumante, mas também aos passivos.

Esses estudos indicam que pessoas com maior nível de escolaridade, idade mais avançada, maior renda, doentes cardíacos, hipertensos, diabéticos, pacientes sem sintomas depressivos, que praticam atividades físicas regularmente, com acesso à internet, que frequentam regularmente médico acreditam que a fumaça do seu cigarro faz mal à saúde dos fumantes passivos, e que por terem a consciência dos riscos que o seu vício ocasiona aos demais, tem maior chance de cessar o tabagismo. (TEJADA *et al.* 2014 e PEIXOTO *et al.* 2007).

Neste sentido, observa-se que o tabagismo é considerado um grave problema de saúde pública, pois afeta desde a população fumante ativa aos passivos. Com intuito de diminuir tanto a iniciação quanto o uso contínuo foi criado, em 1989, o Programa Nacional de Controle do Tabagismo (PNCT).

Este programa contribuiu fortemente para esta diminuição do número de tabagistas. (PORTES *et al.* 2014). Este, por sua vez, tem como objetivos diminuir a iniciação do tabagismo, proteger a população dos males causados pelo fumo passivo, diminuir a aceitação do tabagismo, aumentar o acesso ao tratamento, controlar os agentes derivados do cigarro e monitorar as estratégias de consumo e da indústria. (INCA 2012)

A unidade de saúde da família é o lugar mais propício para a prática deste programa. Cada profissional de saúde, com seu papel de promover saúde, devem se conscientizar e colocar em prática este programa em suas unidades de saúde.

Segundo Santos et al. (2011), para que o tratamento tenha maior chance de sucesso é necessário conhecer o paciente, sua relação interfamiliar, hábitos e suas crenças bem como preparar o paciente para enfrentar todo processo desmistificando a cessação.

A eficácia do tratamento está relacionada ao conhecimento do nível de dependência do paciente, pois este é um fator determinante na cessação do tabagismo. O teste de Fagerstron é o método utilizado para determinar o grau de dependência dos pacientes através de um questionário, tornando-se possível assim classificar o paciente em um grau muito baixo, baixo, moderado, elevado ou muito elevado de dependência. Quando o paciente apresenta níveis elevados de dependência (Fagerstron ≥ 5) ele possivelmente necessitará de alguma medicação para ajudar no sucesso do tratamento. (PAWLINA *et al.* 2014)

Através da capacitação dos profissionais da equipe, foi possível colocar o programa de controle do tabagismo em prática na unidade de saúde.

6. PROJETO DE INTERVENÇÃO

Conhecendo a comunidade de atuação, foi possível junto com toda a equipe de saúde, propor ações para a população da área de abrangência e, assim, empreendermos novas condições de enfrentamento a essa difícil demanda. Um grande problema encontrado na área foi o alto índice de tabagistas. Sabendo do mal que o cigarro causa a saúde, da importância de ações de cessação de tabagismo por equipes de saúde e da capacidade da equipe em atuar nesta causa resolveu-se formar um grupo de tabagismo.

Como nós críticos tem-se o desconhecimento pela população sobre os malefícios do cigarro, a adesão da população ao grupo de tabagismo e, a oferta, pelo tempo necessário ao tratamento, da medicação pelo ministério da saúde.

Assim, a partir da demanda apresentada e, conforme discorrido anteriormente, o presente projeto surge visando ajudar o maior número de pacientes possível a parar de fumar.

Através da divulgação do grupo para cessação do tabagismo foram convidados os pacientes tabagistas da área para participarem de uma reunião inicial onde foi realizada uma palestra explicativa sobre como funcionaria o grupo, e, então, foram convidados aqueles pacientes que realmente desejavam parar de fumar para participarem do grupo. Houve a adesão de um número significativo de pacientes num primeiro momento, e o grupo foi formado com 23 pacientes. Destes 23 pacientes, 16 eram mulheres com idade média de 48 anos e, 7 homens com idade média de 49 anos.

O grupo teve início em 06/08/2014, com a realização de 4 palestras semanais, cada uma com seu tema específico, realizadas pela dentista da equipe, profissional que foi capacitada para tal ação. Os pacientes foram orientados a marcarem o dia D entre a 3ª e 4ª palestra, momento em que passaram por consulta médica, a qual foi realizada e preenchida anamnese específica, realizado teste de Fagerstrom e assim, decidido qual mecanismo farmacológico seria indicado para cada paciente, a saber: goma de mascar e adesivos de nicotina ou Bupropiona. Na 4ª palestra havia somente 5 pacientes que ainda estavam fumando. Após a 4ª reunião as palestras passaram a ser realizadas de acordo com a necessidade dos próprios participantes, e, as consultas médicas eram realizadas mensalmente.

Dos 23 pacientes, 12 fizeram uso somente de adesivos de nicotina, 10 somente de Bupropiona e 1 paciente fez uso de adesivos de nicotina e Bupropiona. Observou-se que alguns pacientes deixaram de usar a medicação por conta própria, em torno de 1 mês após início do uso, alegando que conseguiriam parar de fumar sem medicação. Estes pacientes continuaram participando das palestras e realmente não fumaram mais. Chegamos então ao final do período de tratamento com apenas 2 pacientes que ainda estão fumando. Foi iniciado um novo grupo, com novos pacientes, e que está aberto para receber os que ainda não conseguiram parar de fumar, principalmente nas palestras motivacionais.

Quadro 1 – Operações sobre o nó crítico: “desconhecimento dos malefícios do cigarro” relacionado ao problema, na população sob a responsabilidade da Equipe de Saúde da Família Dr. Antônio Carlos Martins (equipe 08) em Patos de Minas - Minas Gerais.

Nó crítico 1	Desconhecimento dos malefícios do cigarro
Operação	Mostrar à população o mal que o cigarro pode causar a saúde humana.
Projeto	“Adeus Cigarro”
Resultados esperados	Conscientização da população a respeito do cigarro. Adesão ao projeto e abandono do cigarro
Produtos esperados	Diminuição do número de fumantes da área de abrangência da equipe de saúde da família
Atores sociais/ responsabilidades	Agentes comunitárias de saúde: Convidar os pacientes fumantes para participarem do projeto. Dentista: Abordagem cognitivo-comportamental através de palestras. Médico: Avaliação individual para definição de mecanismo farmacológico adequado para cada paciente.
Recursos necessários	Estrutural: Sala para reunião, consultório médico. Cognitivo: Conhecimento sobre o assunto. Financeiro: Medicação Político: Disponibilidade de medicação a ser distribuída gratuitamente aos participantes. Capacitação para os profissionais.
Recursos críticos	Falta de medicação gratuita disponível até o final do

	tratamento.
Controle dos recursos críticos / Viabilidade	Ator que controla: equipe de saúde. Motivação: reuniões entre a equipe para discutir e avaliar o andamento do projeto.
Ação estratégica de motivação	Palestras com abordagem cognitivo-comportamental.
Responsáveis:	Médico e dentista
Cronograma / Prazo	Discutir o tema entre a equipe para avaliar a possibilidade da realização do grupo – 1 semana. Divulgar o projeto entre a comunidade para captar maior número de fumantes – 2 semanas. Marcar reunião com os pacientes que demonstraram interesse em participar do projeto para explicar como o mesmo funcionará – 1 dia. Iniciar grupo com pacientes que realmente estão interessados em parar de fumar – 1 palestra semanal por 4 semanas, e, após, de acordo com a necessidade dos próprios pacientes. Consulta médica entre a terceira e quarta palestra para definição de mecanismo farmacológico se necessário – 1 dia Acompanhamento médico mensal para avaliação do tratamento e acompanhamento geral do paciente.
Gestão, acompanhamento e avaliação	Acompanhar os pacientes de perto avaliando-os continuamente, garantindo assim, eficiente utilização de recursos disponíveis, e atuando de acordo com as necessidades encontradas durante a execução do projeto.

Fonte: Elaboração do autor, 2014.

O presente projeto tem por objetivo enfrentar o nó crítico “desconhecimento dos malefícios do cigarro” por se tratar de relevante situação a ser enfrentada pela equipe de saúde a qual compreende ser este o principal meio para se obter sucesso no projeto que é a cessação do tabagismo pelo maior número de pacientes.

7. CONSIDERAÇÕES FINAIS

Trabalhar na área da saúde é algo que exige sério comprometimento por parte de todos os profissionais. Sem este comprometimento acredita-se que nada pode ser realizado de forma produtiva, e ser algo que realmente trará algum benefício a população. Através deste grupo foi possível vivenciar tal situação, assim como se pode também, como profissionais, colocar em prática e vivenciar os princípios do SUS como a universalidade, que é a garantia de atendimento a todo e qualquer cidadão por parte do sistema, a equidade que garante a realização de ações e serviços em todos os níveis de acordo com a complexidade que cada caso requiera, e, a integralidade que é a atenção a nível biopsicossocial com intuito de promover, proteger e recuperar a saúde.

A aplicação da proposta interventiva apresentou resultados positivos. Observou-se que os pacientes ficaram extremamente agradecidos, pois, mais do que se livrar do vício do cigarro, eles se sentiram acolhidos pela equipe, a qual estava ali disponível para ouvi-los e ajudá-los, e, assim, pode-se considerar que os pacientes puderam vivenciar o exercício pleno do direito em saúde conforme as premissas do SUS. O grupo trouxe autoestima aos participantes que muitas vezes ficavam sozinhos em casa, sem disposição, sem atividades de lazer, sem alguém para conversar ou desabafar sobre qualquer tipo de problema, e até mesmo sem motivação para viver. Muitos apresentavam distúrbios mentais como depressão, ansiedade, transtorno bipolar e, o grupo também trouxe benefícios para esta questão. A troca de experiências entre os participantes, não somente em relação ao cigarro foi riquíssima, e os possibilitou ficarem mais fortes para enfrentarem seus problemas do dia-dia.

Foi possível chegar até o momento, com apenas dois pacientes que não conseguiram parar, porém, conseguiram diminuir o número de cigarros fumados ao dia e, ainda, estão no processo de cessação, não desistiram e continuam recebendo todo apoio da equipe. Foi uma experiência excelente, tanto profissional quanto pessoal para toda equipe de saúde.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

TEJADA, C.A.O et al. Fatores associados à cessação do tabagismo no Brasil. Cad. Saúde Pública vol.29 n.8 Rio de Janeiro Aug. 2013. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/0102-311X00120412> Acesso em: 02/12/2014.

PORTES, L. H. et al. Ações voltadas para o tabagismo: análise de sua implementação na Atenção Primária à Saúde; Ciênc. saúde coletiva vol.19 n.2 Rio de Janeiro Feb. 2014. Disponível em <http://dx.doi.org/10.1590/1413-81232014192.04702013> Acesso em 02/12/2014.

SZKLO, A. S. et al. Understanding the relationship between socioeconomic status, smoking cessation services provided by the health system and smoking cessation behavior in Brazil. Cad. Saúde Pública vol.29 n.3 Rio de Janeiro Mar. 2013. Disponível em <<http://dx.doi.org/10.1590/S0102-311X2013000700007>> Acesso em 04/12/2014.

INCA. Programa Nacional de Controle ao Tabagismo, 2012, (Mímeo).

PAWLINA, M. M. C. et al. Nicotine dependence and levels of depression and anxiety in smokers in the process of smoking cessation. Rev. psiquiatr. clín. vol.41 no.4 São Paulo July/Aug. 2014. Disponível em <<http://dx.doi.org/10.1590/0101-60830000000020>> Acesso em 10/12/2014.

AZEVEDO, R. C. S.; FERNANDES, R. F.; Factors relating to failure to quit smoking: a prospective cohort study; Sao Paulo Med. J. vol.129 no.6 São Paulo Dec. 2011. Disponível em <http://dx.doi.org/10.1590/S1516-31802011000600003> Acesso em 28/12/2014.

SANTOS, J. D. P. et al. Instrumentos para avaliação do tabagismo: uma revisão sistemática; Ciênc. saúde coletiva vol.16 no.12 Rio de Janeiro Dec. 2011, Disponível em < <http://dx.doi.org/10.1590/S1413-81232011001300020>>. Acesso em 03/01/2015.

Ministério da Saúde. Secretaria Nacional de Assistência a Saúde. ABC do SUS Doutrinas e Princípios. Brasília – DF 1990

PEIXOTO, S. V. et al. Fatores associados ao índice de cessação do hábito de fumar em duas diferentes populações adultas (Projetos Bambuí e Belo Horizonte). Cad. Saúde Pública, Rio de Janeiro, 23(6):1319-1328, jun., 2007. Disponível em < <http://www.scielosp.org/pdf/csp/v23n6/06.pdf>> Acesso em 08/01/2015.

MARCOPITO, L.F. et al. Exposição ao tabagismo e atitudes: comparação entre inquéritos realizados na população adulta do município de São Paulo em 1987 e 2002. Arq. Bras. Cardiol. vol.89 no.5 São Paulo Nov. 2007. Disponível em < <http://dx.doi.org/10.1590/S0066-782X2007001700009>>. Acesso em 08/01/2015.

Prefeitura Municipal de Patos de Minas. Disponível em <http://www.patosdeminas.mg.gov.br/acidade/>. Acesso em 15/05/2014.

SIAB - Sistema de Informação da atenção Básica, Disponível em:
<<http://www.saude.gov.br>> Acesso em: 18/05/2014.

CAMPOS, F.C.C *et al.*, Planejamento e avaliação das ações de saúde.
NESCON/UFMG - Curso de Especialização em Atenção Básica em Saúde da
Família. Belo Horizonte: Nescon/UFMG, 2010. 110p