

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

CARLA LUIZA COSTA BANDEIRA

**ABORDAGEM E TRATAMENTO DO TABAGISMO NA ÁREA DE
ABRANGÊNCIA DO CENTRO DE SAÚDE MARCELO PONTEL
GOMES, BELO HORIZONTE, MINAS GERAIS**

BELO HORIZONTE

2015

CARLA LUIZA COSTA BANDEIRA

**ABORDAGEM E TRATAMENTO DO TABAGISMO NA ÁREA DE
ABRANGÊNCIA DO CENTRO DE SAÚDE MARCELO PONTEL
GOMES, BELO HORIZONTE, MINAS GERAIS**

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

Orientadora: Agma Leozina Viana Souza

BELO HORIZONTE

2015

CARLA LUIZA COSTA BANDEIRA

**ABORDAGEM E TRATAMENTO DO TABAGISMO NA ÁREA DE
ABRANGÊNCIA DO CENTRO DE SAÚDE MARCELO PONTEL
GOMES, BELO HORIZONTE, MINAS GERAIS**

Banca examinadora

Prof^a.: Agma Leozina Viana Souza - Orientadora

Prof^a.: Márcia Bastos Rezende - Examinadora

Aprovado em Belo Horizonte, 24 de setembro de 2015.

RESUMO

O tabagismo constitui uma das causas dominantes de morte evitável no mundo e seus malefícios à saúde não se restringem aos seus usuários diretos, causando danos aos chamados fumantes passivos. Diante disso, propõe-se um projeto de intervenção em uma unidade de saúde, com o objetivo reduzir o número de pessoas tabagistas no território sob responsabilidade da Equipe Azul do Centro de Saúde Marcelo Pontel Gomes. Este trabalho de conclusão de curso é requisito para obtenção do título de especialista em Estratégia de Saúde da Família, parte integrante do Projeto Mais Médico para o Brasil. Ao longo do segundo semestre e através das etapas realizadas nos módulos de Iniciação à Metodologia: Textos Científicos e Planejamento e Avaliação em Saúde, foi possível chegar-se à construção dessa etapa do trabalho. Diante dos problemas identificados no diagnóstico situacional, com apoio da população e dos profissionais da equipe, espera-se com a implantação do projeto, reduzir o número de fumantes na população atendida.

Palavras-chave: Tabagismo. Equipe de Saúde da Família.

ABSTRACT

Smoking is one of the dominant causes of preventable death in the world and its harmful effects to health are not restricted to its direct users, causing damage to the so-called secondhand smoke. Given this, it is proposed an intervention project in a health unit, aiming to reduce the number of people smoking in the territory under the responsibility of the Blue Team of Marcelo Gomes Pontel Health Center. This final project is a requirement for obtaining the title of Specialist in the Family Health Strategy, an integral part of the Project More Doctors for Brazil. Throughout the second half and through the steps carried out in the Introduction to Methodology modules: Scientific Texts and Health Planning and Evaluation, it was possible to get to this stage of the construction work. On of the problems identified in the situational diagnosis, with the support of the population and professionals of the team, with the implementation of the project, reduce the number of smokers in the population served.

Keywords: Smoking. Family Health Team.

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	7
2 JUSTIFICATIVA	9
3 REVISÃO DE LITERATURA	10
3.1 O tabagismo	10
3.2 Tabagismo passivo	12
3.3 Impactos do tabagismo	13
3.4 Posicionamentos em relação ao tabagismo	14
3.5 Avaliação do grau de dependência nicotínica.....	15
4 OBJETIVOS	19
4.1 Objetivo Geral	19
4.2 Objetivos específicos.....	19
5 METODOLOGIA.....	20
6 PLANO DE INTERVENÇÃO	21
6.1 Diagnóstico Situacional do Centro de Saúde Marcelo Pontel Gomes.....	21
6.2 Proposta de intervenção.....	21
7. CONSIDERAÇÕES FINAIS	25
REFERÊNCIAS.....	26

LISTA DE ABREVIATURAS

- ACE – Agente de Combate às Endemias
- ACS – Agente Comunitário de Saúde
- CQCT – Convenção Quadro para Controle do Tabagismo
- DeCS – Descritores em Ciências da Saúde
- DTV - Doença do Tabaco Verde
- ESF – Estratégia em Saúde da Família
- INCA – Instituto Nacional do Câncer
- OMS – Organização Mundial de Saúde
- PNCT – Programa Nacional de Controle do Tabagismo
- PSE – Programa Saúde na Escola
- PTA – Poluição Tabágica Ambiental
- SUS – Sistema Único de Saúde

1 INTRODUÇÃO

O tabagismo constitui uma das causas dominantes de morte evitável no mundo. As consequências do tabagismo não se restringem ao seu usuário individual, pelo contrário, afetam a saúde coletiva e do ponto de vista de políticas públicas, impactam nos custos governamentais com a saúde. Trata-se de um problema de saúde pública (INCA, 2008).

Constitui fator de risco para dezenas de doenças e causas de morte. Antes visto como um estilo de vida e cheio de glamour, o tabagismo é atualmente reconhecido como uma dependência química, causada pela nicotina, que expõe os indivíduos a milhares de substâncias tóxicas de diversas naturezas (ACTBR, 2009, p.5).

Hoje a medicina tem registros e condições de afirmar que o tabagismo é um dos maiores causadores de morbidade e mortalidade, estando ele associado há um grande número de doenças, conforme INCA (BRASIL, 2007, p.7).

Responde por 45% das mortes por infarto do miocárdio, 85% das mortes por doença pulmonar obstrutiva crônica (enfisema), 25% das mortes por doença cérebro-vascular (derrames) e 30% das mortes por câncer. E 90% dos casos de câncer de pulmão ocorrem em fumantes. Desencadeia e agrava condições como a hipertensão e diabetes. Também aumenta o risco das pessoas desenvolverem e morrerem por tuberculose (BRASIL, 2011a).

“Estima-se que o fumo seja responsável por mais de cinco milhões de mortes anualmente e que, se as tendências atuais de uso do tabaco persistirem, esse número possa superar oito milhões de mortes anuais até 2030”, conforme relatório emitido pelo INCA (BRASIL, 2011a, p. 26).

A nicotina é responsável pela causa da dependência química a qual o organismo do usuário do tabaco fica exposto. “Sendo classificada pela Organização Mundial da Saúde (OMS) na subdivisão Síndrome de Dependência (F19.2) do Capítulo V - Transtornos Mentais e de Comportamentos Devidos ao Uso de Substância Psicoativa (F17) da Classificação Internacional de Doenças – 10a Revisão (CID-10)” (INCA, 2008, P.7).

Assim como outras dependências, a da nicotina é um transtorno progressivo, crônico e recorrente, mediada pela ação da substância em receptores centrais e periféricos (MARQUES *et al.*, 2001).

Além dos problemas relacionados às doenças, um fator adicional agrava o cenário do tabagismo no Brasil. De acordo com Yarksic (2012), estudos mostram que em países pobres e em desenvolvimento, mais de 10% do total da renda familiar é gasta com tabaco. Atrelado aos efeitos diretos sobre a saúde, o consumo de tabaco aumenta de forma global o gasto com doença.

Tratando-se de uma dependência, o tabagismo acaba por dificultar a permanência e força de vontade do indivíduo em deixar de fumar. O que implica que ações diretas precisam ser desenvolvidas para contribuir com a prevenção e tratamento do usuário de tabaco. Este trabalho tem como objetivo propor uma intervenção para reduzir o consumo do tabaco, pelos usuários do Centro de Saúde Marcelo Pontel Gomes em Belo Horizonte, Minas Gerais.

2 JUSTIFICATIVA

Atuando numa unidade de saúde, observa-se, de forma mais evidente, a lista de consequências danosas do tabagismo à saúde das pessoas, há décadas apresentadas em diferentes fontes literárias. A prática motivou o desenvolvimento do tema que foi ganhando forma, após a implementação do diagnóstico situacional do Centro de Saúde Marcelo Pontel Gomes que culminou com o levantamento de um grande número de pessoas fumantes que procuram por ajuda profissional para cessar a dependência. Em estimativa da pesquisa por inquérito telefônico VIGITEL (2014) o percentual de tabagistas esperados, acima dos 18 anos para a população da área de abrangência do Centro de Saúde é de 12%.

A proposta aqui apresentada vai ao encontro do interesse profissional de oferecer uma atenção humanizada direcionada às demandas e necessidades da população, levando em consideração os objetivos da Atenção Primária de promover ações de saúde e a prevenção de doenças.

3 REVISÃO DE LITERATURA

3.1 O tabagismo

Conceitualmente, o tabagismo é a utilização de qualquer derivado do tabaco (PACHÁ, 1980, p. 13). Reconhecido como uma dependência química, o tabagismo está classificado na Décima Revisão da Classificação Internacional de Doenças (CID-10), no grupo dos transtornos mentais e de comportamento decorrentes do uso de substância psicoativa (INCA, 2008).

O tabaco é uma planta cujo nome científico é *Nicotiana tabacum*, da qual é extraída a nicotina, substância responsável pela dependência física e psicológica do tabaco. Começou a ser utilizada aproximadamente no ano 1000 a.C., nas sociedades indígenas da América Central, principalmente em rituais religiosos (COSTA e SILVA, 1990). Segundo *US Department of Health and Human Services* (1998), “os processos farmacológicos e comportamentais que determinam a dependência da nicotina são similares àqueles que determinam a dependência de outras drogas como a heroína e a cocaína” (*apud* MARQUES *et al*, 2001, p. 201).

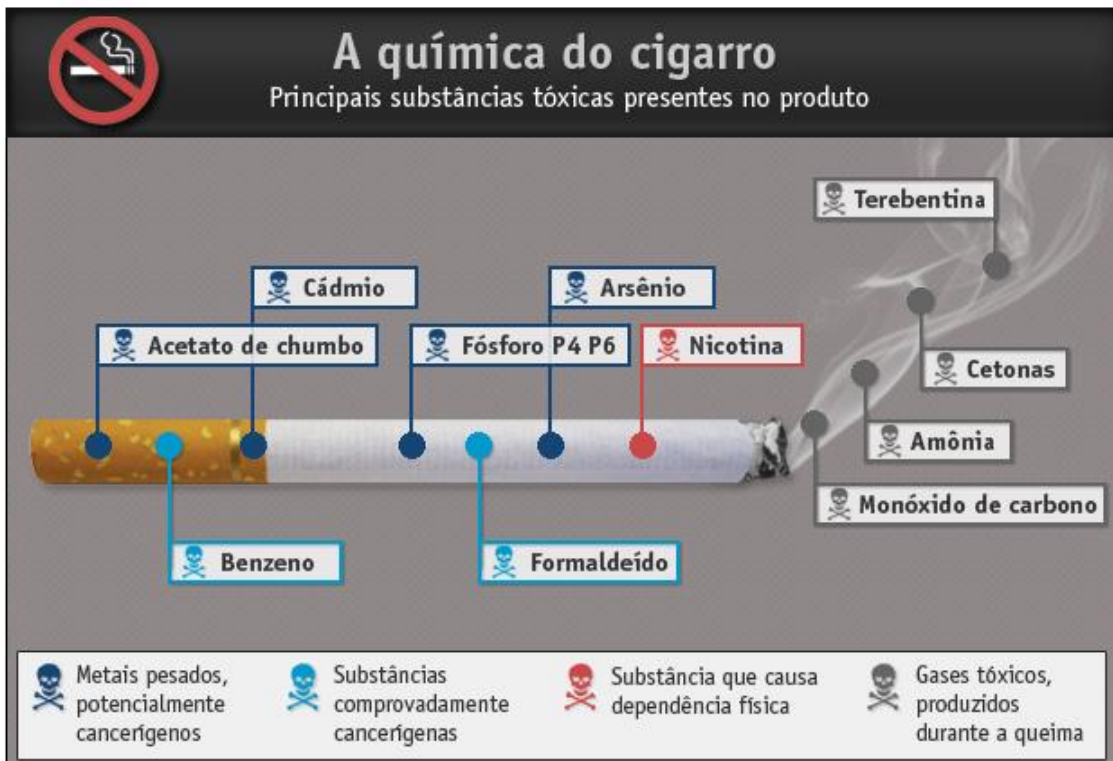
A indústria do tabaco desenvolveu formas diferentes do produto, onde eles podem produzir ou não fumaça quando utilizados, sendo o “cigarro, charuto, cachimbo e o narguilé, os produtores de fumaça”. Já o “tabaco que não produz fumaça pode ser encontrado em preparações para ser mascado ou para ser absorvido pela mucosa oral ou nasal”. Contudo, a nicotina está presente em todos estes produtos, “absorvida por inalação ou não, é altamente aditiva, sendo o tabaco potencialmente mortal” (VIEGAS, 2008. p. 1069).

A nicotina possui vários efeitos e os fumantes narram aspectos positivos do seu uso, como maior clareza de pensamentos e a concentração, melhora na visão, memória e na capacidade de processar com rapidez as informações (SCHUCKIT, 1991, p. 254).

Isso decorre da capacidade de atuar de forma compensatória no organismo do usuário. Os efeitos neuroquímicos da nicotina incluem a liberação de dopamina, noradrenalina e serotonina, semelhantes aos efeitos de alguns antidepressivos (JONES & BENOWITZ, 2002).

Além da nicotina, conforme Figura 1, há várias substâncias na composição do cigarro. No processo de queima do cigarro são produzidas 4.720 substâncias químicas em 15 funções, sendo que dessas substâncias, 60 apresentam atividade cancerígena, e outras são reconhecidamente tóxicas. Estão dentre elas: “monóxido de carbono e hidrocarbonetos aromáticos, citam-se amidas, imidas, ácidos carboxílicos, lactonas, ésteres, aldeídos, cetonas, álcoois, fenóis, aminas, nitritos, carboidratos, anidritos, metais pesados e substâncias radioativas com origem nos fertilizantes fosfatados” (BRASIL, 2011, p. 4).

Figura 1: Substâncias químicas presentes na composição do cigarro



Fonte: SILVA, C. R (2009).

Ainda que sejam assustadores e evidentes os efeitos negativos dessas substâncias em nosso organismo, bem como já vem sendo divulgado, a Organização Mundial da Saúde (OMS) estima que haja 1,3 bilhões de fumantes no mundo, com a previsão de que este número chegue a 1,7 bilhões em 2025 (OMS, 2003).

No Brasil, políticas públicas e ações voltadas para redução do tabagismo, vem surtindo efeitos na redução de usuários do tabaco. Conforme dados da pesquisa VIGITEL 2014, atualmente, 10,8% dos brasileiros ainda mantém o hábito de fumar, sendo 12,8% dos homens e 9% entre as mulheres. Os números representam uma queda de 30,7% no percentual de fumantes nos últimos nove anos. Em 2006, 15,6% dos brasileiros declaravam consumir o produto. Os homens fumam mais em Porto Alegre (17,9%), Belo Horizonte (16,2%) e Cuiabá (15,6%) e as mulheres em Porto Alegre (15,1%), São Paulo (13%) e Curitiba (15,6%) (BRASIL, 2014).

3.2 Tabagismo passivo

Segundo Seabra, Faria e Santos (2011), o tabagismo passivo é definido pela inalação de fumaça de substâncias derivadas do tabaco, por indivíduos que não fumam, através da dispersão homogênea pelo ar, levando os fumantes a inalar a mesma concentração de substâncias tóxicas. Ainda de acordo com o relatório do *U.S SURGEON GENERAL*:

O tabagismo passivo é causa de doenças, inclusive câncer de pulmão em não fumantes saudáveis; filhos de pais fumantes quando comparados com filhos de não fumantes apresentam uma maior frequência de infecções respiratórias, mais sintomas respiratórios e redução nas taxas de progressão da função pulmonar à medida que o pulmão amadurece; a simples separação de fumantes e não fumantes dentro de um mesmo espaço aéreo pode reduzir, mas não elimina, a exposição de não fumantes a poluição tabágica ambiental (U.S SURGEON GENERAL, 1989 apud CAVALCANTI, 2001, p.27).

Para a Organização Mundial de Saúde, o risco de câncer de pulmão entre não fumantes expostos à poluição tabágica ambiental (PTA) é 30% maior do que entre os não expostos. A exposição à fumaça secundária já é uma causa estabelecida também para outras patologias como doenças isquêmicas do coração e doenças respiratórias em adultos, além de serem prejudiciais à respiração das crianças que têm contato direto, ocasionando asma e infecções respiratórias agudas (INCA, 2008).

O tabagismo passivo é considerado a terceira causa de morte evitável no mundo, após o tabagismo ativo e o alcoolismo. “Estima-se que metade das crianças do mundo encontra-se exposta à PTA; dessas, 9 a 12 milhões com menos de cinco

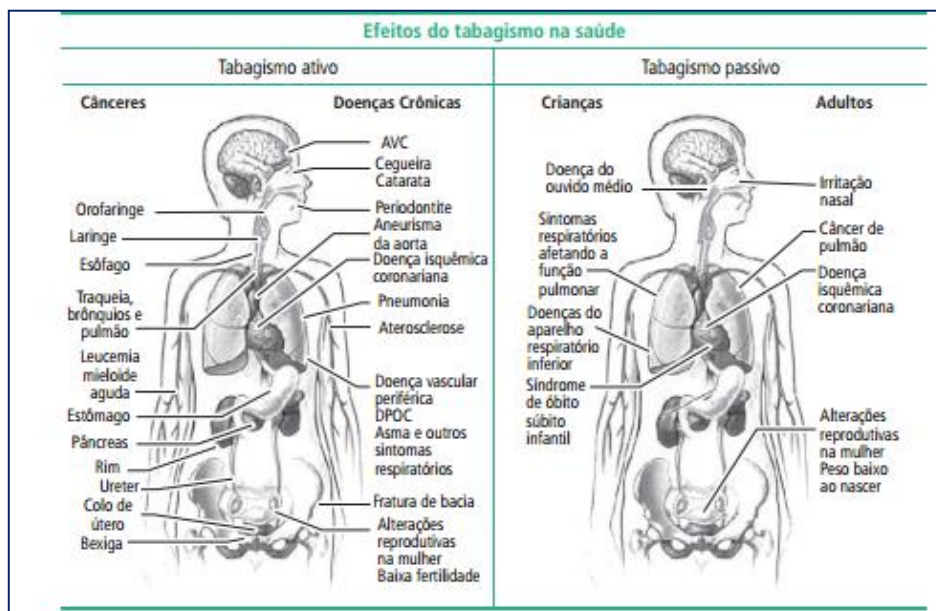
anos de idade são atingidas em seus ambientes domiciliares” (IGLESIAS, 2008, p. 302).

Pensar ações e intervenções voltadas para o tratamento dos efeitos do tabagismo implica em considerar também os usuários passivos do tabaco.

3.3 Impactos do tabagismo

O consumo do tabaco geralmente se inicia na adolescência, em média entre 13 e 14 anos de idade. Quanto mais precoce o seu início, maior a gravidade da dependência (BRASIL, 2010, p. 3). Segundo Iglesias e colaboradores (2008) há predomínio do tabagismo entre os grupos populacionais com baixos níveis de educação formal, que podem também ser os mais pobres. Estima-se que o tabaco cause quase 50 doenças diferentes, principalmente as cardiovasculares (infarto, angina), o câncer e as doenças respiratórias obstrutivas crônicas (enfisema e bronquite) (INCA, 2008). Na Figura 2 são apresentados os efeitos do tabagismo na saúde do usuário ativo e passivo do tabaco.

Figura 2: Efeitos do tabagismo na saúde do usuário ativo e passivo.



Fonte: US Department of Health and Human Services, 2004.

O tabaco coloca em risco também a saúde das pessoas que trabalham no seu processo produtivo. A nicotina inalada pelo fumo ou absorvida ao mascar tabaco

é também rapidamente absorvida através da pele quando se colhe o tabaco, provocando uma afecção chamada doença do tabaco verde (DTV) (OMS, 2003).

Do ponto de vista sócio- econômico, o consumo do tabaco gera uma perda, em todo o mundo, de aproximadamente US\$ 200 bilhões/ano, devido a um maior índice de aposentadoria precoce, morte prematura, incapacitação e adoecimento (INCA 2008).

Atrelado aos custos do Sistema Único de Saúde (SUS) com tratamentos das doenças causados pelo fumo, há o aumento de pessoas ausentes no trabalho com consequente diminuição da produção; gastos mais elevados com a limpeza, manutenção de equipamentos e reposição de mobiliários; maior chance de perdas por incêndios e diminuição da qualidade de vida dos fumantes e daqueles que convivem em ambientes fechados (FERREIRA, 1993).

3.4 Posicionamentos em relação ao tabagismo

O Brasil tem se destacado na implementação de políticas públicas voltadas para reduzir o consumo do tabaco. O INCA é o órgão do Ministério da Saúde responsável pelo Programa Nacional de Controle do Tabagismo (PNCT) e pela articulação da Rede de Tratamento do Tabagismo no SUS, em parceria com Estados e Municípios e Distrito Federal e aponta como ações determinantes:

- Regulamentação da Lei Anti-fumo: proíbe o consumo de cigarros, cigarrilhas, charutos, cachimbos e outros produtos fumígenos, derivados ou não do tabaco, em locais de uso coletivo, públicos ou privados, mesmo que o ambiente esteja só parcialmente fechado por uma parede, divisória, teto ou até toldo.
- Política de preço mínimo para cigarro e a proibição da propaganda comercial de cigarros em todo o território nacional, sendo permitida apenas a exposição dos produtos nos locais de vendas.
- O Ministério da Saúde também ampliou ações de prevenção com atenção especial aos grupos mais vulneráveis (jovens, mulheres, população de menor renda e escolaridade, indígenas, quilombolas).
- Programa Saúde na Escola (PSE), ações educativas voltadas à prevenção e à redução do uso de álcool e do tabaco.

- Convenção-Quadro para o Controle do Tabaco (CQCT), tratado internacional de saúde pública da OMS que tem como objetivo reduzir o consumo de derivados de tabaco.
- Ministério da Saúde vem publicando, a partir de 2002, e atualizando portarias que incluem o tratamento do tabagismo na rede SUS – tanto na atenção básica quanto na média e alta complexidade, definem formas de abordagem e tratamento do tabagismo (BRASIL, 2004, p 4.; KOPKO, 2015, p.2).

3.5 Avaliação do grau de dependência nicotínica

A dependência química do cigarro decorre, principalmente, da nicotina, sendo, portanto, fundamental que em um processo de tratamento do vício, seja feita a avaliação do grau de dependência da nicotina. Nos quadros 1 a 4 são apresentados por Reichert *et al* (2008), as ferramentas que podem ser utilizadas para avaliar o grau de dependência da nicotina:

QUADRO 1 - Teste de Fagerström para a Dependência à Nicotina

Teste de Fagerstrom

-
1. Quanto tempo depois de acordar, você fuma o seu primeiro cigarro?
Após 60 minutos: 0 ponto Entre 31 e 60 minutos: 1 ponto
Entre 6 e 30 minutos: 2 pontos Nos primeiros 5 minutos: 3 pontos
 2. Você encontra dificuldades em evitar fumar em lugares onde é proibido, como por exemplo: igrejas, local de trabalho, cinemas, shoppings, etc.?
Não: 0 ponto Sim: 1 ponto
 3. Qual o cigarro mais difícil de largar ou de não fumar?
Qualquer um: 0 ponto O primeiro da manhã: 1 ponto
 4. Quantos cigarro você fuma por dia?
Menos que 10: 0 ponto Entre 11 e 20: 1 ponto Entre 21 e 30: 2 pontos Mais que 31: 3 pontos
 5. Você fuma mais frequentemente nas primeiras horas do dia do que durante o resto do dia?
Não: 0 ponto Sim: 1 ponto
 6. Você fuma mesmo estando doente ao ponto de ficar acamado a maior parte do dia?
Não: 0 ponto Sim: 1 ponto
-

Pontuação: 0 a 4: Dependência leve
5 a 7: Dependência moderada
8 a 10: Dependência grave

Fonte: Reichert *et al* (2008, p. 845)

Segundo dados da literatura o Teste de Fagerström para a Dependência à Nicotina é uma ferramenta de avaliação que é usada mundialmente para estimar o

grau de dependência da nicotina, além de sua facilidade e baixo custo para a aplicação (HALTY *et al*, 2002 apud PIETROBON , BARBISAN, MANFROI, 2007, p.3-4).

Quadro 2 – Critérios Diagnósticos do DSM-IV para a dependência da nicotina

- | |
|---|
| <p>a. Consumo da nicotina diário por semanas</p> <p>b. Apresentação dos seguintes sintomas com a interrupção súbita ou redução acentuada do consumo de nicotina por 24 horas ou mais:</p> <ul style="list-style-type: none">- estado disfórico ou depressivo- insônia- irritabilidade- ansiedade- dificuldades de concentração- inquietude- diminuição da frequência cardíaca- aumento do apetite e/ou do peso <p>c. Os sintomas descritos no critério b provocam mal-estar clinicamente significativo, com deterioração social, laborativo ou em outras áreas importantes da atividade do indivíduo</p> <p>d. Os sintomas não se devem a doença clínica, nem se explicam pela presença de outro transtorno mental</p> |
|---|

Fonte: Reichert *et al* (2008, p. 846)

Segundo Reichert *et al* (2008), para auxílio na definição de diagnóstico, tem-se também como base as definições estabelecidas pelo Manual Estatístico e Diagnóstico das Desordens Mentais, nas suas 3ª edição revisada e 4ª edição. No quadro 3 os autores mencionam as informações clínicas que deverão ser levantadas junto ao fumante.

Quadro 3 - Avaliação clínica do fumante

- **História tabagística**
Idade de início, número de cigarros fumados por dia, tentativas de cessação, tratamentos anteriores com ou sem sucesso, recaídas e prováveis causas, sintomas de abstinência, exposição passiva ao fumo, formas de convivência com outros fumantes (casa/trabalho) e fatores associados (café após as refeições, telefonar, consumo de bebida alcoólica, ansiedade e outros).
- **Grau de dependência**
Teste de Fagerström para dependência à nicotina.
- **Grau de motivação**
Estágio motivacional (Modelo transteórico comportamental de Prochaska e DiClemente). Atividade física habitual e oscilações do peso corporal.
- **Sintomas**
Tosse, expectoração, chiado, dispnéia, dor torácica, palpitações, claudicação intermitente, tontura e desmaios.
- **Investigação de co-morbidades**
Doenças prévias ou atuais que possam interferir no curso ou no manejo do tratamento: lesões orais, úlcera péptica, hipertensão arterial sistêmica, diabetes mellitus, cardiopatias, transtornos psiquiátricos (depressão, ansiedade, pânico, anorexia nervosa, bulimia, etc.), uso de álcool e/ou outras drogas, pneumopatias, epilepsia, AVB, dermatopatias, câncer, nefropatias, hepatopatias, história de convulsão, entre outras.
- **Medicamentos em uso**
Levantamento dos medicamentos que possam interferir no manejo do tratamento, como antidepressivos, inibidores da MAO, carbamazepina, cimetidina, barbitúricos, fenitoína, antipsicóticos, teofilina, corticosteróides sistêmicos, pseudo-efedrina, hipoglicemiante oral e insulina, entre outros.
- **Alergias**
De qualquer etiologia, como cutâneas, respiratórias e medicamentosas.
- **Situações que demandam cautela**
Principalmente as relacionadas ao uso de apoio medicamentoso, por exemplo, gravidez, amamentação, IAM ou AVB recente, arritmias graves, uso de psicotrópicos e outras situações. Recomenda-se cautela também com os adolescentes e idosos.
- **Antecedentes familiares**
Avaliar problemas de saúde familiares, principalmente se relacionados ao tabagismo, em especial a existência de outros fumantes que convivam com o paciente.
- **Exame físico**
Sempre completo, buscando sinais que possam indicar existência de doenças atuais ou limitações ao tratamento medicamentoso a ser proposto.
- **Exames complementares**
Rotina básica: radiografia de tórax, espirometria pré e pós broncodilatador, eletrocardiograma, hemograma completo, bioquímica sérica e urinária. Medidas do COex e da cotinina (urinária, sérica ou salivar) são úteis na avaliação e no seguimento do fumante e devem ser utilizadas, quando disponíveis.

AVB: acidente vascular encefálico; MAO: monoaminoxidase; IAM: infarto agudo do miocárdio; COex: monóxido de carbono no ar expirado.

Fonte: Reichert *et al* (2008, p. 847)

Conforme Reichert *et al* (2008, p. 848) “O fumante deve ser submetido à avaliação clínica no momento da admissão no programa de cessação do tabagismo, em que serão identificadas alterações funcionais pulmonares, existência de doenças relacionadas ao tabagismo (DRT), possíveis contra-indicações e interações medicamentosas durante o tratamento farmacológico da dependência”.

Reichert *et al* (2008) destacam outras avaliações que são importantes no tratamento, quer seja para o paciente (fumante), quer seja para o profissional de saúde. Os autores citam avaliação do grau de motivação.

A motivação é fundamental para incentivar ao tratamento de um fumante. Porque todo o tratamento implica em abstinência e outras dificuldades. Se não estiver motivado, o fumante pode ter recaídas. Conforme Reichert *et al* (2008), esta avaliação estreita a relação e a comunicação entre paciente e profissional de saúde, de modo a criar um ambiente favorável para a verbalização de conflitos, medos e expectativas. Há diferença entre entrevista informativa e motivacional, conforme quadro 4 abaixo:

Quadro 4 - Diferenças entre a entrevista informativa clássica e a motivacional

<p>Modelo informativo clássico</p> <ul style="list-style-type: none">• Aconselha• Tenta persuadir• Repete os conselhos• Atua com autoridade• Atua de forma rápida <p>Modelo motivacional</p> <ul style="list-style-type: none">• Estimula a passar à ação• Favorece o posicionamento, ajudando na reflexão• Resume os pontos de vista• Atua ajudando na decisão pela mudança• Atuação progressiva

Fonte: Reichert *et al* (2008, p. 850)

Para a execução do projeto de intervenção apresentado neste trabalho, está prevista a utilização dos questionários descritos nesta revisão.

4 OBJETIVOS

4.1 Objetivo Geral

Organizar as ações de abordagem e tratamento do tabagismo na área de abrangência do Centro de Saúde Marcelo Pontel Gomes, Belo Horizonte.

4.2 Objetivos específicos

- Capacitar os profissionais da Equipe Azul para a abordagem e tratamento do tabagismo.
- Implantar as ações de abordagem e tratamento do tabagismo na área de abrangência do Centro de Saúde Marcelo Pontel Gomes.
- Reorganizar as agendas dos profissionais da Equipe Azul contemplando o Programa de Tratamento do Tabagismo.

5 METODOLOGIA

Este trabalho de conclusão de curso teve início em 2014 durante a disciplina Planejamento e Avaliação em Saúde, onde se realizou o diagnóstico situacional da equipe. Na ocasião, a equipe levantou cinco problemas e através do método de estimativa rápida foram categorizados em importância, urgência e capacidade de resposta. O tabagismo foi escolhido para intervenção.

Quadro 5 – Problemas identificados no Diagnóstico situacional da Equipe Azul

Problema	Importância	Urgência	Capacidade de intervenção	Seleção
Tabagismo	Alta	7	Parcial	1
Demanda Espontânea	Alta	7	Parcial	2
Benzodiazepínicos	Alta	5	Parcial	3

Fonte: Equipe de Saúde da Família Azul, Centro de Saúde Marcelo Pontel Gomes

A revisão de literatura sobre o tema utilizou os descritores em Ciências da Saúde (DeCS): tabagismo, equipe de saúde da família. Foram aceitas publicações disponíveis em meio físico e eletrônico, pesquisadas na Biblioteca Virtual da Saúde (BVS), do Ministério da Saúde e da Sociedade Brasileira de Pneumologia.

O plano de intervenção foi elaborado e será apresentado á equipe para implementação das ações.

6 PLANO DE INTERVENÇÃO

6.1 Diagnóstico Situacional do Centro de Saúde Marcelo Pontel Gomes

O Centro de Saúde Jardim Vitória ou Marcelo Pontel Gomes, está inserido na Regional Nordeste da cidade de Belo Horizonte, prestando assistência direta aos moradores dos bairros: Jardim Vitória, Vitória, Pousada e Goiânia, localizado na Rua Branca nº 15, em local de fácil acesso à população. É uma área em expansão geográfica e de elevado risco social. Este centro de saúde possui duas equipes de saúde da família, a Equipe Vermelha e a Equipe Azul, o horário de funcionamento é de 7:00 às 18:00. O quadro de profissionais é composto por: uma gerente, três médicos generalistas, dois médicos de apoio, quatro enfermeiros, treze auxiliares de enfermagem, dois auxiliares de saúde bucal (ASB), um técnico de saúde bucal (TSB), dois dentistas, quatorze agentes comunitárias de saúde (ACS), seis agentes de controle de endemias (ACE), dois psicólogos, dois porteiros, um guarda municipal, três auxiliares administrativos.

Trata-se de uma unidade nova, com 5 anos de construção e área física dividida em duas plantas que conta com sete consultórios, sendo dois adequados para o atendimento ginecológico, uma sala de observação, sala de curativos, sala de atendimento de demanda espontânea, sala de vacinas, farmácia, sala de espera, recepção, sala de gerência, sala de administrativo, expurgo, almoxarifado, duas salas de reunião e cozinha.

O perfil socioeconômico da população que demanda os serviços da unidade de saúde é de baixo nível de escolaridade e de baixo poder aquisitivo. Estas famílias possuem alto grau de vulnerabilidade, grandes problemas sociais e de saúde.

6.2 Proposta de intervenção

A proposta de intervenção prevê a identificação e abordagem educativa das pessoas fumantes interessadas em deixar ou reduzir os danos do tabagismo.

Quadro 6: Elaboração do plano operativo

OPERAÇÕES	RESULTADO	AÇÕES	RESPONSÁVEL	PRAZO
Saúde	Diminuir número de tabagistas da equipe	Registrar tabagistas	Médica Enfermeira Auxiliar de Enfermagem	Início imediato das atividades realização contínua
Compromisso	Instituir grupo de abordagem e tratamento do tabagismo na UBS	Realização de curso de capacitação para formar grupo	Médica Enfermeira	Atividade já realizada
Informação	Cartazes informativos	Avaliar nível de informação dos usuários sobre o tratamento	Agente Comunitária de Saúde Auxiliar de Enfermagem	Início imediato até 3 meses

Quadro 7: Plano operativo

Situação	Ação proposta	Responsável	Equipamento necessário	Prazos	Resultados esperados	Avaliação
Levantar o número de pessoas fumantes	Nos atendimentos, inclusive de demanda espontânea, registrar a informação acerca do uso do tabaco	Médica, enfermeira	Computador, caneta	Início imediato	Ter o registro do número de pessoas fumantes	Número de fumantes captados por mês
Abordagem breve/mínima (PAAP*)	Consiste em perguntar e avaliar, aconselhar e preparar o fumante para que deixe de fumar	Médica e enfermeira	Caneta e questionário	Início imediato	Estimular e motivar o fumante acerca dos benefícios de deixar de fumar	Número de pessoas abordadas por mês
Abordagem básica (PAAPA**)	Consiste em perguntar, avaliar, aconselhar, preparar e acompanhar o fumante para que deixe de fumar	Médica e enfermeira	Caneta e questionário	60 dias	Estimular , motivar e ajudar o fumante a deixar ou a reduzir os danos	Número de pessoas abordadas por mês
Aconselhar e sugerir mudanças no Hábito e estilo de vida	Mais saúde com modificação de hábitos e estilos de vida	Todos da equipe	Político: local para prática de atividade física e profissional capacitado Organizacional: agenda disponível	60 dias	Instituir grupo de tratamento do tabagismo. Aumentar o número de pessoas fazendo redução de danos e praticando atividades físicas.	Número de pessoas em tratamento

*PAAP: Perguntar – Avaliar – Aconselhar – Preparar

**PAAPA: Perguntar – Avaliar – Aconselhar – Preparar - Acompanhar

Os pontos estratégicos para aplicação do plano são apresentados a seguir:

- ✓ Realizar curso de capacitação dos profissionais que compõem a Equipe Azul do Centro e Saúde Marcelo Pontel Gomes para a abordagem do tabagista.

- ✓ Criar, junto a esses profissionais capacitados grupos de intervenção, com reuniões e acompanhamento periódico, individual e coletivo, dos usuários tabagistas da equipe, ofertando elementos e ferramentas necessários para abster esses pacientes do hábito do tabaco e assim conseqüentemente diminuir o risco de câncer de pulmão.
- ✓ Implementar acompanhamento psicológico, individual ou em grupo;
- ✓ Intervir no estilo de vida dos usuários tabagistas, através de recursos como psicoterapia, realização de atividade física junto ao Projeto Academia da Cidade, apoio nutricional para controle de peso e educação alimentar, contando com a colaboração conjunta de profissionais da equipe NASF do Centro de Saúde.
- ✓ Recurso motivacional: manter o estímulo positivo aos pacientes, objetos da ação de intervenção e mostrar-lhes outras alternativas saudáveis ao consumo de tabaco, e garantir ao final uma redução do número de usuários tabagistas na Equipe Azul.
- ✓ Disponibilizar uma agenda aos profissionais integrantes do projeto, que possibilite e torne viável o planejamento e seguimento dessa ação que intervenção, assim como recursos materiais e de pessoas para divulgação junto à comunidade dessa nova ação agora disponibilizada no Centro de Saúde, com o objetivo de ofertar-lhes melhor saúde e qualidade de vida.

7 CONSIDERAÇÕES FINAIS

A dimensão dos impactos negativos do tabagismo passa pelo usuário, pelas pessoas que estão próximas a ele, e, de uma forma geral, pelo sistema de saúde.

As etapas de desenvolvimento deste trabalho tiveram como referência os usuários da Equipe Azul do Centro de Saúde Marcelo Pontel Gomes, correlacionando o tabagismo com outras doenças, dentre elas o câncer de pulmão, foram determinantes para justificar a realização de um projeto que interviesse de forma prática nessa problemática.

Esse projeto surgiu não apenas de uma necessidade real de diminuir o número de pessoas tabagistas na Equipe Azul, mas também como uma realização pessoal na luta contra o tabagismo e prevenção do câncer de pulmão.

Assim, espera-se que o trabalho não se restrinja ao tratamento do usuário membro da equipe azul, pelo contrário, que se estenda. Que essas pessoas, ao verem os resultados positivos na qualidade de suas vidas, sem o cigarro, possam ser replicadoras, num processo de educação preventiva.

A ação, embora se inicie como tratamento, se prolongará, contribuindo para reduzir o número de usuários do tabaco.

REFERÊNCIAS

ACTBR – ASSOCIAÇÃO DE CONTROLE DO TABAGISMO. **Tabagismo passivo: a 3ª maior causa de morte evitável de acordo com pesquisa americana.** 2009.

Disponível em: <http://actbr.org.br/uploads/conteudo/32_FUMO-PASSIVO.pdf>.

Acesso em: 20 maio 2015.

BRASIL. **Departamento de informática do SUS - DATASUS.** Ministério da Saúde,

2011. Disponível em: <<http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/tabcgi.exe?idb2012/c04.def>>.

Acesso em: 12 mai. 2015.

BRASIL. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística - IBGE. **Séries Estatísticas,**

2010. Disponível em: <<http://seriesestatisticas.ibge.gov.br>>. Acesso em: 12 maio

2015.

BRASIL. Instituto Nacional de Câncer José Alencar Gomes de Silva – **INCA, 2014.**

Disponível em: <<http://www2.inca.gov.br>>. Acesso em: 12 maio 2015.

BRASIL. Ministério da Saúde. Instituto Nacional do Câncer. **Vigilância de**

tabagismo em escolares. Dados e fatos de doze capitais brasileiras. Vol. 1. Rio

de Janeiro: INCA, 2004.

CAVALCANTE, T. M. **O médico e suas representações sobre tabagismo,**

fumante e cessação de fumar. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 2001. Disponível

em:<<http://arca.icict.fiocruz.br/bitstream/icict/4748/2/523.pdf>>. Acesso em: 20 maio

2015.

COSTA e SILVA, V. L. Tabagismo, um problema de saúde pública no Brasil. **J.B.M.,**

Rio de Janeiro, v. 59, n. 1, p. 14-24, 1990.

FERREIRA, P.M. Tabagismo. In: ANDRADE, A.G; NICASTRI, S.; TONGE, E.

Drogas: atualização em prevenção e tratamento. São Paulo: Lemos; 1993.

HALTY L.S.; HUTTNER, M.D.; OLIVEIRA, I.C.; SANTOS V.A.; MARTINS, G. Análise

da utilização do Questionário de Tolerância de Fagerström (FTQ) como instrumento

de medida da dependência nicotínica. **J. Bras. Pneum.** 2002;28(4):180-6.

IGLESIAS, R. *et al.* Documento de discussão – saúde, nutrição e população (HNP)

Controle do tabagismo no Brasil: resumo executivo. **Rev. Epidem. Serv. Saúde,**

Brasília, 17(4):301-304, out-dez. 2008. Disponível em: <http://scielo.iec.pa.gov.br/pdf/ess/v17n4/v17n4a07.pdf>. Acesso em 21 de maio de 2015.

INCA - INSTITUTO NACIONAL DO CÂNCER. **Tabagismo**. Rio de Janeiro: INCA, 2008. Disponível em: <http://www1.inca.gov.br/inca/Arquivos/t_Tabagismo.pdf> Acesso em: 23 maio 2015.

INCA – INSTITUTO NACIONAL DO CÂNCER. **Tabagismo: um grave problema de saúde pública**, 2007. Disponível em: <http://www1.inca.gov.br/inca/Arquivos/t_Tabagismo.pdf>. Acesso em 21 de maio de 2015.

JONES, R.T. & BENOWITZ, N.L. **Therapeutics for nicotine addiction. Neuropsychopharmacology: The fifth generation of progress**. Chapter 107, 1533-1543, 2002.

KOPKO, G. **Número de fumantes no Brasil cai 30,7% nos últimos nove anos**, 2015. Disponível em: <<http://www.blog.saude.gov.br/index.php/35568-numero-de-fumantes-no-brasil-cai-30-7-nos-ultimos-nove-anos>>. Acesso em 30 de maio de 2015.

MARQUES, A. C.; CAMPANA, A.; GIGLIOTTI, A. P.; LOURENÇO, M. T. C.; FERREIRA, M. P.; LARANJEIRA, R. Consenso sobre o tratamento da dependência de nicotina. **Rev. Bras. Psiq.** 2001; 23(4):200-14. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/rbp/v23n4/7168.pdf>>. Acesso em 21 de maio de 2015.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE – OMS. **Tabagismo & saúde nos países em desenvolvimento**. Tradução: Instituto Nacional de Câncer, 2003. Disponível em < http://bvsmis.saude.gov.br/bvs/publicacoes/inca/tabagismo_saude.pdf > Acesso em 21 de maio de 2015.

PACHÁ, J. **É melhor não fumar**. Editora Civilização Brasileira, Rio de Janeiro, RJ, 1980. 134p.

PIETROBON, R.C.; BARBISAN, J.C.; MANFROI, W.C. Utilização do teste de dependência à nicotina de Fagerström como um instrumento de medida do grau de dependência. **Revista 32 HCPA**, 2007;27(3).

REICHERT, J; ARAÚJO, A.J.; GONÇALVES, C.M.C.; GODOY, I.; CHATKIN, J.M.; SALES, M.P.U. Diretrizes para cessação do tabagismo – 2008. **J. Bras.**

Pneumol.2008;34(10):845-880. Disponível em: <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/>>. Acesso em: 23 jul. 2015.

SCHUCKIT, M. **Abuso de Álcool e Drogas uma orientação clínica ao diagnóstico e tratamento.** Porto Alegre: Artes Médicas, 1991, p. 254-264.

SEABRA, C. R.; FARIA, H. M. C.; SANTOS, F. R. O tabagismo em uma perspectiva biopsicossocial: panorama atual e intervenções interdisciplinares. **CES Rev.** v. 25, Juiz de Fora, 2011.

SILVA, C. R. **Componentes do cigarro prejudiciais à saúde.** Disponível em: <<http://veja.abril.com.br/noticia/saude/componentes-cigarro-prejudiciais-saude>>. 2009. Acesso em: 21 de maio 2015.

US DEPARTMENT OF HEALTH AND HUMAN SERVICES. **The health consequences of smoking: nicotine addiction.** A report of the Surgeon General. Public Health Service. Office on Smoking and Health. Rockville; 1998

U. S. SURGEON GENERAL. **Reducing the Health consequences of smoking. 25 years of progress.** A report of the Surgeon General Rockville, Maryland: U.S. Department of Health and Human Services. Public Health Service, Centers for Disease Control, Centers for Chronic Disease Prevention and Health Promotion. Office on Smoking and Health. Rockville, 1989.

VIEGAS, C. A. A. Formas não habituais de uso do tabaco. **J. Bras. Pneumol.** São Paulo, v. 34, n. 12, p. 1069-1073, Dec. 2008. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/jbpneu/v34n12/v34n12a13.pdf>>. Acesso em 24 Maio 2015.

VIGITEL.BRASIL. **Vigilância de Fatores de Risco e Proteção para Doenças Crônicas por Inquérito Telefônico (VIGITEL).** 2014. Disponível em: <<http://portalsaude.saude.gov.br/images/pdf/2014/abril/30/Lancamento-Vigitel-28-04-ok.pdf>>. Acesso em: 30 maio 2015.

YAKSIC, M. **Por que o tabaco é um problema de saúde pública?** 2012. Disponível em: <<http://www.oncoguia.org.br/conteudo/artigo-por-que-o-tabaco-e-um-problema-de-saude-publica/1874/8/>>. Acesso em 08 de maio de 2015.

BRASIL. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística - IBGE. **Séries Estatísticas**, 2010. Disponível em: <<http://seriesestatisticas.ibge.gov.br>>. Acesso em: 12 maio 2015.