

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

JANINE GONÇALVES DE OLIVEIRA

**ABORDAGEM DO TABAGISMO NA ÁREA DE ABRANGÊNCIA DA
EQUIPE DE ESTRATÉGIA EM SAÚDE DA FAMÍLIA DE NOVA
APARECIDA – NOVA UNIÃO, MINAS GERAIS**

BELO HORIZONTE- MINAS GERAIS

2016

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

JANINE GONÇALVES DE OLIVEIRA

**ABORDAGEM DO TABAGISMO NA ÁREA DE ABRANGÊNCIA DA
EQUIPE DE ESTRATÉGIA EM SAÚDE DA FAMÍLIA DE NOVA
APARECIDA - NOVA UNIÃO, MINAS GERAIS**

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

Orientadora: Profa: Eulita Maria Barcelos

BELO HORIZONTE- MINAS GERAIS

2016

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

JANINE GONÇALVES DE OLIVEIRA

**ABORDAGEM DO TABAGISMO NA ÁREA DE ABRANGÊNCIA DA
EQUIPE DE ESTRATÉGIA EM SAÚDE DA FAMÍLIA DE NOVA
APARECIDA – NOVA UNIÃO, MINAS GERAIS**

Banca Examinadora

Prof. Eulita Maria Barcelos (orientadora)

Prof. Henriberto Fiuza Sanchez

Aprovado em Belo Horizonte, 13 de Fevereiro de 2016

Agradeço meus pais Roberto e Maria pelos valores ensinados por meio do exemplo de trabalho, dedicação e amor à nossa família. Aos meus irmãos Beto e Líliam pelo companheirismo e amor incondicionais. A Tancredo pelo carinho e as lições sobre a vida. À Equipe de Saúde da Família de Nova Aparecida, em especial a Cristina, sem vocês esse projeto não seria possível. A secretária de Saúde de Nova União Danielly Aparecida pela confiança em meu trabalho. A Farmaceutica Marina por tornar viável o andamento do projeto e vestir a camisa da implantação do projeto antitabagismo em Nova União.

“ Não é o diploma que forma profissionais. Só o amor à profissão pode fazê-lo, mesmo aqueles que não tiveram a instrução formal das faculdades.”

Jacqueline Collodo Gomes

“É preciso ter feito tantas coisas como se hoje fosse nosso último dia de vida, assim como é preciso ter tantos projetos como se pudéssemos viver eternamente!”

Heber Soares Vargas

RESUMO

O tabagismo é uma doença crônica associada a dependência da nicotina e se tornou um importante problema de saúde pública, pois se associa às principais causas de morte evitáveis no mundo, assim como a doenças incapacitantes, além de gerar impacto na economia familiar, assim como poluição ambiental. O enfrentamento adequado desse problema por parte das equipes básicas de saúde é uma meta que ganha espaço e estímulo nas políticas públicas por parte do Governo brasileiro. Este projeto de ação foi desenvolvido na área de abrangência da Estratégia de Saúde de Nova Aparecida situada em Nova União, um pequeno município da região metropolitana de Belo Horizonte. O objetivo foi elaborar o projeto de intervenção que possibilite a redução do número de tabagistas na área de abrangência. Foi realizado inicialmente o diagnóstico situacional, analisados seus resultados, daí o tabagismo foi considerado um problema prevalente e relevante. Não há intervenção sistematizada ao combate do tabagismo no município que favoreça a cessação do hábito de fumar, que ofereça suporte aos pacientes com sintomas de abstinência à nicotina e que previna as recaídas. A fundamentação teórica foi realizada por meio de revisão da literatura nas principais bases de dados na área da saúde e nas Linhas Guias nacionais de combate ao tabagismo. Utilizando os passos do Planejamento Estratégico Situacional foi elaborado o plano de ação que está na etapa de implantação e sabe-se que os resultados estão sendo alcançados e provavelmente serão sedimentados aos longo e médio prazo.

Palavras-chave: Tabagismo. Hábito de fumar. Transtornos por uso de Tabaco. Abandono do hábito de fumar.

ABSTRACT

Smoking is a chronic disease associated with nicotine dependence, is an important public health disorder because is associated with the leading causes of preventable death in World, as well as incapacitating disease. Smoking impacts on the familiar economy and promotes environmental pollution. The appropriate facing this problem by the primary care teams is a goal that is gaining ground and encouragement in public policy by the Brazilian government. This Intervention project was developed in coverage area of Nova Aparecida's health strategy located in Nova União, a small town in Belo Horizonte's metropolitan area. The goal was to elaborate the Intervention Project which enables reducing the number of smokers in the catchment area. Was, initially, conduced the situational diagnosis, analyzed their results, then smoking was considered a prevalent and relevant problem. There is no systematic intervention to combat smoking in the city that promotes the cessation of smoking, supports patients with nicotine withdrawal symptoms and prevent relapse. The theoretical foundation was carried out through literature review in the main databases in health and in the national guidelines to combat smoking. The stages of Situational Strategic Planning was used to draft the action plan which is in the implantation step and it is known that the results are being achieved and are likely to be sedimented in the long and medium term.

Keywords: Smoking. Disorder by tabacco use. The smoking cessation.

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

| | |
|----------------|---|
| ACS | Agente Comunitário de Saúde |
| AVE | Acidente Vascular Encefálico |
| BVS | Biblioteca Virtual em Saúde |
| CEMIG | Companhia Energética de Minas Gerais |
| CMS | Conselho Municipal de Saúde |
| COPASA | Companhia de Saneamento de Minas Gerais |
| DATASUS | Departamento de Informática do SUS |
| DPOC | Doença Pulmonar Obstrutiva Crônica |
| ESF | Estratégia de Saúde da Família |
| IBGE | Instituto Brasileiro de Geografia e Estatísticas |
| IDH | Índice de Desenvolvimento Humano |
| INCA | Instituto Nacional do Câncer |
| LILACS | Literatura Latino Americana e do Caribe em Ciência da Saúde |
| MS | Ministério da Saúde |
| NASF | Núcleo de Apoio a Saúde da Família |
| OMS | Organização Mundial da Saúde |
| PAAP | Perguntar, Avaliar, Aconselhar e Preparar |
| PAAPA | Perguntar, Avaliar, Aconselhar, Preparar e Acompanhar |
| PETab | Pesquisa Especial sobre o Tabagismo |
| PNCT | Programa Nacional de Controle do Tabagismo |
| PPI | Pactuação Pactuada Integral |
| SBPT | Sociedade Brasileira de Pneumologia e Tisiologia |
| SIAB | Sistema de Informação da Atenção Básica |
| Sielo | Scientific Electronic Library Online |
| SUS | Sistema Único de Saúde |
| TCC | Terapia Cognitivo Comportamental |
| TRN | Terapia de Reposição de Nicotina |
| UBS | Unidade Básica de Saúde |

SUMÁRIO

| | |
|-----------------------|----|
| 1 INTRODUÇÃO | 10 |
| 2 JUSTIFICATIVA | 17 |
| 3 OBJETIVO | 18 |
| 4 METODOLOGIA | 19 |

No table of contents entries found.

1 INTRODUÇÃO

Nova União é um município brasileiro do estado de Minas Gerais, pertencente à macroregião Centro e Microrregião Belo Horizonte/Nova Lima/ Caeté (NOVA UNIÃO, 2013).

A sede do município está ligada à rodovia federal BR- 381 por estrada, a distância de Belo Horizonte é de aproximadamente 55km. Nova União é um município com área de 172,131km² (IBGE 2012).

Segundo dados da Prefeitura Municipal de Nova União, (2013/2017) a população estimada para 2013, no censo demográfico do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), era de 5.752 habitantes. No entanto, o Relatório da Gestão de Saúde atual informa que existe discrepância entre os dados censitários e a realidade da população do município. De acordo com a base de dados municipais, há em Nova União em torno de 7.000 habitantes, a explicação para essa margem de erro é a população oscilante em decorrência da presença de empresas e suas frentes de serviços e áreas de sitiantes (NOVA UNIÃO, 2013).

Figueiredo (1996) relatou que a história de Nova União se inicia com a localidade primitiva, onde hoje se encontra o centro de Nova União, denominada Viúva, um povoado de Caeté. Devido a uma senhora que era viúva, de nome desconhecido a qual morava na margem esquerda do Ribeirão Santa Cruz. Essa senhora era uma pequena comerciante que possuía ranchos de tropeiros, pastagem para os animais destes tropeiros e boiadeiros que passavam na região levando mercadorias para abastecer o comércio nas localidades vizinhas como, Caeté, Nova Lima, Sabará, Taquaraçu, Jaboticatubas e outras. Os viajantes falavam “Vamos arrancar na viúva”, e os moradores diziam: “Vamos comprar objetos na viúva” e assim ficou gravado o nome da localidade de Viúva.

Continuando seu relato, Figueiredo (1996) cita que mm dos primeiros habitantes do município foi o Sr. Carolino Rodrigues Machado, possuidor de uma gleba de terra onde hoje está a cidade doou um alqueire a São Sebastião para patrimônio da paróquia por volta de 1870. Nesta terra foi erguido um cruzeiro e uma capela ao Santo padroeiro e um cemitério, recebendo as bênçãos do Padre Antônio Simplício Ferreira dos Santos, Vigário de Roças Novas. A missa rezada foi então celebrada pelo Padre João de Santo Antônio e pelo Vigário de Taquaraçu, Padre Cândido Afonso dos Santos.

Ao redor da capela formou-se o povoado ganhando a designação de Viúva. Em 20 de junho de 1890 o povoado foi elevado a distrito de Caeté com o nome de União pela lei 113. Em 1943, pelo decreto lei 1058, seu nome foi modificado para União de Caeté, por existir

outros distritos com o nome União. Em 30 de dezembro de 1962 o governador do estado José de Magalhães Pinto, por meio da lei 2.764, elevou União de Caeté à categoria de cidade que recebeu o nome de José de Melo, em homenagem ao conhecido caeteense Cel. José Nunes de Melo Júnior (FIGUEIREDO, 1996).

Segundo o mesmo autor acima, a administração do Prefeito Moacir Barbosa de Figueiredo ocorreu um plebiscito no dia 28 de Junho de 1987 atendendo a um movimento popular que solicitou a mudança do nome do município para Nova União.

É uma cidade agradável pelo clima e pelo povo hospitaleiro e amigo. Dispõe de fácil acesso aos maiores centros urbanos do país. Trata-se de uma cidade típica do interior de Minas, afeita às festas religiosas (cada localidade tem seu padroeiro). Há o carnaval de rua que também é uma festa tradicional de Nova União e conhecida na região, existem também cavalgadas que são muito apreciadas pela população deste município.

Nova União é um município com área de 171,8 km², com terras desmembradas do Município de Caeté, seu relevo apresenta regiões com traços acidentados em 95% de seu território. O local de maior altitude é a Serra do Espinhaço de 1.697 metros. A altitude mínima é encontrada no Rio Vermelho de 855 metros. O ponto central da cidade situa-se na altitude de 918,9 metros. O relevo é plano em 5%, ondulado em 65% e montanhoso em 30% do território. Seu clima é marcado por sazonalidade térmica e pluviométrica importante, fato que classifica o regime climático tipo clima tropical de altitude. Sua principal característica é a presença de temperatura mínima reduzida no inverno, em torno de 15,90°C em julho, época em que mostra também uma estiagem pronunciada. O índice médio pluviométrico anual é de 1.372,0mm (IBGE, 2011).

Segundo informações da Prefeitura Municipal de Nova União (2013), o município integra à drenagem hidrográfica da bacia do Rio São Francisco com seus afluentes. Nova União encontra-se inteiramente na grande bacia do Rio São Francisco. É banhada pelos Rios Vermelho e Preto que, ao unirem-se, forma o Rio Taquaraçu, o qual deságua no Rio das Velhas. Nova União é o terceiro maior município produtor de banana Nanica (Caturra) do Estado de Minas Gerais, possui uma área de 1.150 hectares de plantação de banana distribuídos entre 265 produtores que vivem de tal atividade. Outros produtos importantes que constituem o setor primário de Nova União são a cana-de-açúcar, milho, café em grão e o feijão.

O censo demográfico do IBGE (2011) revela que a população de Nova União é de 5.555 habitantes, sendo que 51,70% desta população concentram-se na área urbana e 47,30% nas zonas rurais.

No setor secundário há 08 grandes e importantes indústrias para o município e o setor terciário é marcado pelo comércio varejista diversificado que atende às necessidades locais, turísticas, bem como às da região. Hotéis e pousadas atendem bem à demanda do turismo local. O comércio vem se desenvolvendo de acordo com as necessidades do município (NOVA UNIÃO, 2013).

Segundo o IBGE (2011), o índice de desenvolvimento humano (IDH) do município é de 0,662. Cerca de 52% da população reside na área urbana com renda média familiar de R\$1.146,70 e 48% na zona rural do município, com renda média familiar de R\$1.140,25.

Conforme dados da Prefeitura Municipal de Nova União (2013/2017), atualmente, a COPASA e a Prefeitura Municipal de Nova União são as responsáveis pela gestão dos serviços de saneamento do município. A primeira na zona urbana e a segunda no abastecimento das demais áreas e na gestão do esgotamento sanitário, da drenagem pluvial e dos resíduos sólidos. O abastecimento de água é o eixo do saneamento com melhores índices de atendimento. Aproximadamente 76% da população do município é atendida por rede geral de distribuição de água, porém 48% da água distribuída no município não passa por nenhum tipo de tratamento.

No que tange ao esgotamento sanitário, 61% da população está ligada à rede de esgoto que atende ao centro urbano e as localidades de Nova Aparecida e Carmo de União. O município possui, na sede urbana, duas estações de tratamento de esgotos (ETE) já implantadas, no entanto uma (localizada no Centro de Nova União) está sem operação e a segunda (na localidade de Nova Esperança) funciona precariamente. Todos os resíduos sólidos gerados no município são destinados ao lixão municipal. Ainda não há programa de coleta seletiva, apesar da existência de uma usina de triagem, que se encontra em condições precárias e é subutilizada. Apesar da reduzida rede de drenagem urbana de águas pluviais implantada em Nova União, são raros os pontos de inundação e alagamento (NOVA UNIÃO, 2013).

A Secretaria Municipal de Saúde de Nova União (2013/2017) informa que a rede assistencial do município está, na atualidade, configurada da seguinte forma: duas equipes de Estratégia de Saúde da Família composta por uma equipe multi-disciplinar com cobertura de 100% da população novauniense. Nestas Unidades Básicas estão centralizadas as ações de assistência à saúde da população e contam com os centros de referência e contrarreferência coordenando esse fluxo de atendimento. O centro de atendimento de Urgência, que funciona 24 horas, é responsável pela maior parte dos atendimentos da demanda espontânea e constituindo um apoio as unidade de Saúde da Família nos quadros de urgência e emergência.

Existem várias especialidades médicas no Município caracterizando a atenção secundária como Ginecologia/Obstetrícia, Pediatria, Urologia, Psiquiatria, Cardiologia e Neurologia. Além de outras especialidades da área da saúde: fonoaudiologia, odontologia, psicologia, assistência social.

Em Nova União há uma Farmácia Básica de Minas que é responsável pela entrega dos medicamentos aos usuários prescritos pelos profissionais. O Município terceiriza os exames laboratoriais, radiológicos e ultrassonografias, importantes na propedêutica das Estratégias de Saúde da Família. A organização em rede do Sistema Único de Saúde (SUS) garante ao município serviços de referência e contrarreferência em urgências e Emergências (Santa Casa de Caeté, Hospital João XXIII, Centro Geral de Pediatria), laboratórios, clínicas e hospitais nos quais, via Pactuação Pactuada Integrada (PPI), são agendados os exames, procedimentos e consultas de maior complexidade (NOVA UNIÃO, 2013).

Apesar dessa estrutura, os pacientes enfrentam demora em realizar determinadas consultas especializadas e procedimentos. Realidade observada em todo o país.

O Conselho Municipal de Saúde (CMS) é um conselho atuante, com reuniões mensais (atualmente na segunda quarta-feira do mês), composto por 50% de representantes usuários, 25% representantes do Poder Público e 25% de representantes de trabalhadores, somando um total de 16 membros titulares e 16 suplentes (NOVA UNIÃO, 2013).

A Estratégia de Saúde da Família (ESF) de Nova Aparecida, localiza-se na via de acesso do Município de Nova União à BR 381. Abrange uma população de 2777 pessoas, compreendidas em 07 microáreas situadas nas unidades de Santo Antônio, Quibungo, Papagaio, Monte Horebe, Nova Esperança/Lopes, Serrano e Braz. Cada microárea possui suas particularidades de atendimento e um número variável de famílias.

A maioria da população adscrita vive dos benefícios cedidos pelo governo para manter a família (bolsa família, bolsa escola). As maiores fontes de emprego na área adscrita é a prefeitura municipal, o comércio varejista e outros. Muitos jovens deixam o município para trabalharem em empresas de telecomunicações, fábricas de automóveis, dentre outras em Belo Horizonte e grandes centros adjacentes. Há também um grande número de profissionais liberais como pedreiros, pintores, serralheiros, dentre outros.

Como se pode observar, a maioria da população exerce funções que exigem esforço físico, longas jornadas em pé, movimentos repetitivos, o que proporciona um elevado número de pacientes com lombalgias mecânicas, artroses, doenças varicosas dos membros inferiores.

Há uma parcela de jovens que cursam o nível superior de ensino e, para isso, a prefeitura municipal disponibiliza ônibus de ida e volta nos itinerários das principais faculdades em Belo Horizonte.

O estilo de vida na área de abrangência é o típico das cidades do interior de Minas, em que predomina um povo pacato, com características culturais e linguísticas arraigadas. Chama a atenção a paixão da população pelas cavalgadas e festas da igreja católica. Há uma tendência a consumir carnes bovina e suína abatidas na própria localidade. A maioria dos moradores possuem cachorros como bicho de estimação, chama a atenção também a quantidade elevada de animais soltos nas vias públicas (sobretudo cães).

A principal causa de mortalidade em Nova Aparecida segue o padrão do município, que são as doenças relativas ao aparelho respiratório, seguidas pelas neoplasias e, em terceiro lugar, as doenças do aparelho circulatório. No entanto as principais causas de morbidade são o parto e puerpério, em função da quantidade de gestantes. As doenças do aparelho circulatório configuram a segunda maior causa de morbidade, pois na maioria dos casos não levam ao óbito, porém deixam sequelas que causam invalidez parcial ou total trazendo um impacto grande na qualidade de vida do paciente, sua família, sociedade e serviços de saúde.

Dentro da área de Abrangência da ESF de Nova Aparecida, os principais recursos da comunidade são as igrejas. Não há associação de bairro ativa e a principal fonte de lazer são os pequenos bares das localidades, o que incentiva o hábito de consumo excessivo de álcool e tabaco precocemente. Há também o problema com tráfico e consumo de drogas na área de abrangência, o que contribui para o aumento da violência doméstica, maus tratos às crianças e furtos na área de abrangência.

Os moradores de Nova Aparecida devem se deslocar até a sede do município (5 quilômetros de estrada que conecta este bairro à sede) para ter acesso a serviços de banco, lotéricas, farmácia popular e de Minas.

A CEMIG é a empresa responsável pelo abastecimento de energia, sendo muito frequentes o corte deste serviço em períodos de chuva. Vários domicílios fazem uso de fogão à lenha, serpentina a gás para aquecimento de água, assim como aquecedor solar. A COPASA é responsável pelo abastecimento de água. A maioria da população utiliza a telefonia celular como métodos de comunicação, no entanto em vários pontos da cidade, sobretudo zona rural, o sinal das operadoras é precário.

Existe um laboratório particular, assim como duas clínicas odontológicas na sede do município, porém a maioria da população utiliza o serviço público de odontologia. Não há

creche na área de abrangência, o que reflete uma parcela da população infantil mais vulnerável aos maus tratos dentro do domicílio.

A ESF de Nova Aparecida foi inserida na comunidade há 07 anos, situa na rua principal de Nova Aparecida que dá continuidade com a via que comunica este bairro à sede. Devido à extensão do território adscrito, sendo uma boa parte situada em localidades rurais, o acesso ao centro de saúde principal é dificultado pela falta de transporte, distância e estradas não asfaltadas. Por isso, o atendimento nessas localidades normalmente é feito em casas alugadas pela prefeitura em que se improvisam consultórios para garantir o acesso dessa população às ações de saúde oferecidas pela equipe.

Essas localidades são desprovidas de pavimentação, fato que contribui para a agudização dos broncoespasmos em decorrência de asma e DPOC precipitados pelo excesso de poeira. O horário de funcionamento da unidade é de segunda à sexta das 7h às 16h. Sendo que são reservados nas agendas os dias e turnos de atendimento nas localidades do Santo Antônio/Quibungô, Monte Horebe, Nova Esperança/Lopes.

Trabalham na unidade 24 profissionais, a equipe é composta por 01 médico generalista que participa do Programa Mais Médicos, 01 enfermeiro, 03 auxiliares de enfermagem, 07 Agentes Comunitários de Saúde, 01 técnico de enfermagem responsável pelo serviço de imunização. Há uma equipe de apoio constituída por 01 fisioterapeuta, 01 fonoaudiólogo, 01 odontólogo, 01 pediatra e 01 ginecologista. Há também implantada a equipe do NASF composta por 01 fisioterapeuta, 01 psicólogo e 01 nutricionista. A equipe conta com 02 auxiliares de serviços gerais, sendo um responsável por permanecer na recepção e outro pelo serviço de limpeza. Há um motorista responsável pelo deslocamento da equipe para as áreas rurais, assim como para as visitas domiciliares.

A equipe tem se organizado e esforçado a fim de prestar um bom serviço em atenção primária aos usuários adscritos. Com a especialização em Estratégia de Saúde da família, procuro aplicar os conhecimentos adquiridos a fim de unir essa equipe multidisciplinar em torno do processo de acolhimento e humanização do cuidado com o usuário. Também se organiza de modo que os problemas relacionados com a saúde da população sejam estrategicamente abordados para aumentar a efetividade e eficácia das ações em saúde.

Dos variados problemas percebidos no diagnóstico situacional, chama a atenção o **tabagismo** na área de abrangência. Esse problema foi levantado no diagnóstico situacional, priorizado e escolhido levando em consideração a importância, urgência e capacidade de enfrentamento da equipe.

A Sociedade Brasileira de Pneumologia e Tisiologia (SBPT, 2007) afirma que o tabagismo é um grave problema de saúde pública, para reforçar na publicação “Saúde Diretrizes Clínicas na Saúde complementar” (2011. P4) afirmam que o tabagismo:

[...] é fator causal de quase 50 diferentes doenças incapacitantes fatais que atingem principalmente o trato respiratório (doença pulmonar obstrutiva crônica), algumas doenças intestinais (agravamento da asma), cardiovasculares (aterosclerose, AVE, aneurisma, tromboangiíte obliterante), digestivo (Refluxo Gastroesofágico, úlcera péptica, doença de Crohn, cirrose hepática), genitourinário (disfunção erétil, infertilidade, hipogonadismo, nefrite), neoplasias malignas (cavidade oral, faringe, esôfago, estômago, pâncreas, cólon, reto, fígado e vias biliares, rins, bexiga, mama, colo de útero, vulva, leucemia mieloide), na gravidez e no feto (infertilidade, abortamento espontâneo, descolamento prematuro de placenta, placenta prévia, pré-eclâmpsia, gravidez tubária, menor peso ao nascer, parto prematuro, natimorto, mortalidade neonatal, malformações congênitas, prejuízo no desenvolvimento mental em idade escolar) e outras (envelhecimento da pele, psoríase, osteoporose, artrite reumatoide, doença periodontal, cárie dental, estomatite, leucoplasias, língua pilosa, pigmentação melânica, halitose e queda das defesas imunitárias).

Pelos inúmeros fatores biológicos, psicológicos, sociais e comportamentais associados ao hábito de fumar, a equipe entende que há vários nós críticos, ou seja, causas que devemos intervir para cessação do tabagismo, das quais ressaltamos a dependência da Nicotina, pressão social em que os adolescentes adquirem o hábito para fazerem parte de um grupo social, falta de motivação do tabagista para cessar o hábito, falta de informação dos tabagistas em relação ao tratamento farmacológico, falta de esclarecimento dos tabagistas em relação aos agravos à saúde provocados pelo tabagismo, ausência de entretenimento no município, fácil acesso ao tabaco e ausência de uma abordagem sistematizada na UBS para cessação do tabagismo.

Diante do exposto acima se faz necessário um plano de ação para a abordagem do tabagismo na área de abrangência da Equipe de Saúde da Família de Nova Aparecida, voltada para o acolhimento dos tabagistas, motivação ao processo de abandono do hábito e abordagem farmacológica com finalidade de redução do número de tabagistas na população de Nova Aparecida.

2 JUSTIFICATIVA

Este trabalho se justifica pela alta prevalência do tabagismo entre os moradores de Nova Aparecida. Este hábito é visto como algo natural entre os adolescentes, uma vez que a maioria convive com familiares e amigos tabagistas.

Além disso atendemos um grande número de doenças relacionadas ao tabagismo. É frequente o atendimento de tabagistas com demandas, como a agudização de DPOC e o paciente afirma ter tentado abandonar o hábito de fumar por iniciativa própria, no entanto foi mal sucedido em função da dependência química.

O tabagismo passou a ser considerado como um problema grave de saúde pública que necessita de uma intervenção rápida pelos profissionais de saúde, os quais necessitam estar capacitados “para conhecer, acolher e tratar as pessoas que desejam parar de fumar visto que o índice de tabagistas e suas consequências [...] aumentaram consideravelmente nos últimos anos” (NAPOLES 2015, p.17)

Segundo Cavalcante (2012) apesar da grande divulgação nas mídias dos malefícios do cigarro e do fácil acesso a essas informações, o uso do tabaco continua crescendo em todos os países. As propagandas são responsáveis por influenciar os hábitos, desejos e durante muito tempo essas se tornaram vulneráveis às agressivas estratégias de marketing.

O tabagismo é uma doença crônica que se enquadra no grupo dos transtornos mentais e de comportamento decorrentes do uso de substâncias psicoativas.

É responsável por “45% das mortes por infarto do miocárdio, 85% das mortes por doença pulmonar obstrutiva crônica, 25% das mortes por doença cérebro-vascular e 30% das mortes por câncer” (SBPT, 2007, p.7). Outro dado relevante é que 90% dos casos de câncer de pulmão ocorrem em fumantes. Logo, em concordância com a OMS, o tabagismo é a principal causa prevenível de doenças no mundo.

No Brasil, há 27,9 milhões de fumantes a partir dos 15 anos, consumindo 110 bilhões de cigarros por ano, acrescidos de 48 bilhões procedentes de contrabando. Ocorrem 200 mil óbitos por ano relacionados ao tabaco no Brasil. O consumo do tabaco geralmente se inicia na adolescência, em média entre 13 e 14 anos de idade (SBPT, 2007).

Em nossa unidade não há nenhuma estratégia que, de maneira sistematizada, conte com a colaboração de toda a equipe multidisciplinar para cessação do tabagismo.

É motivador o fato de que, ao propor intervenções para abordar o tabagismo em Nova Aparecida, atuaremos na redução deste fator que direta e indiretamente está relacionado às principais causas de morbidade e mortalidade na nossa área de abrangência.

3 OBJETIVO

Elaborar um Projeto Intervenção que possibilite a redução do número de tabagistas na área de abrangência da Unidade de Saúde da Família de Nova Aparecida, no Município de Nova União, Minas Gerais.

4 METODOLOGIA

Buscando conhecer as condições de saúde e risco da população, foi realizada pela equipe o diagnóstico situacional. Para isso foram utilizados os dados obtidos por meio da Estimativa Rápida, do IBGE, DATASUS, banco de dados do Sistema de Informação da Atenção Básica (SIAB) e próprios dados colhidos na UBS. Os dados foram discutidos em reunião de equipe em que foram identificados os problemas, dos quais posteriormente foi priorizado o de maior relevância. Segundo os critérios utilizados, o que mais chamou a atenção da equipe foi o alto índice de tabagistas. Foi necessário realizar uma revisão de literatura sobre o tema para elaborar o referencial teórico.

Para subsidiar a elaboração da fundamentação teórica foi realizada uma revisão narrativa da literatura. Foram selecionados artigos, dissertações e teses nas bases de dados Scintific Electronic Library Online (SciELO), Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciência da Saúde (LILACS) e Biblioteca Virtual em Saúde (BVS). Também foram utilizados sítios eletrônicos institucionais e manuais do Ministério da Saúde.

A busca foi guiada utilizando-se os seguintes descritores: tabagismo, hábito de fumar, transtornos por uso de tabaco e abandono do hábito de fumar.

Como critério de inclusão foram utilizadas preferencialmente as publicações realizadas nos últimos 10 anos, no idioma português.

Para a elaboração do Plano de Intervenção foram seguidos os passos descritos por Campos, Faria, Santos (2010) no Módulo de Planejamento e Avaliação de Saúde no Curso de Especialização em Estratégica de Saúde da Família.

5 REVISÃO DE LITERATURA

O livro de Rosemberg (2004) “Nicotina: Droga Universal” faz uma descrição completa da história e cultura relacionadas ao tabagismo. O tabaco é uma herança portuguesa para a colônia brasileira uma vez que constituía uma importante moeda para a comercialização de escravos africanos.

Este autor descreve a evolução das diferentes formas de utilização do tabaco que, na nobreza era consumido na forma de cachimbos e tabaqueiras que eram verdadeiros artigos de luxo e simbolizavam poder. Já os plebeus consumiam o rapé inalando-o sobre a mão. No século XIX surgiu o cigarro produzido em larga escala, sendo um importante produto para a economia mundial, por se tratar de uma forma mais econômica e prática do consumo do tabaco, permitindo a universalização da nicotina.

A globalização do tabaco possibilitou o caráter epidêmico do tabagismo e, conseqüentemente das doenças relacionadas a esse hábito (ROSEMBERG, 2004)

Atualmente o tabagismo é reconhecido como um transtorno à saúde resultante da dependência de nicotina e a OMS incluiu essa doença no grupo de transtornos mentais e de comportamento decorrentes do uso de substâncias psicoativas. Sendo a principal causa de morte evitável (OMS, 1997).

Segundo a pesquisa especial sobre o tabagismo (PETab) desenvolvida pelo IBGE em 2008, no Brasil, existiam cerca de 24,6 milhões de tabagistas com idade acima de 15 anos. De acordo com a OMS o tabagismo é responsável por cerca de 5 milhões de morte no mundo e 200 mil mortes por ano no Brasil.

O tabagismo é apontado pela OMS como fator causal de 50 diferentes doenças sendo responsável por 45% das mortes por infarto do miocárdio, 85% das mortes por doença pulmonar obstrutiva crônica, 25% das mortes por doença cerebrovasculares e 30% das mortes por câncer. Além disso, alarmantes 90% dos casos de câncer de pulmão acometem fumantes.

Segundo o Instituto Nacional do Câncer a morbidade associada ao tabagismo passivo é considerada a terceira causa de morte evitável no mundo e responsável por aumento de 30% no desenvolvimento de câncer de pulmão nos indivíduos expostos a fumaça do cigarro e aumento de 25% do risco de desenvolver doenças cardiovasculares, asma, pneumonia, sinusite dentre outras (INCA, 2007).

De acordo com PETab (2008) o tabagismo reflete as desigualdades sociais no Brasil observando-se uma menor incidência do tabagismo na população com o maior número de anos de estudos, maior incidência na população economicamente menos privilegiada. O

INCA (2007) reforça o tabagismo como importante obstáculo para o desenvolvimento social, uma vez que parcela da renda familiar é utilizada por pais de família com a finalidade de alimentar a dependência a nicotina, além disso o tabagismo é responsável por doenças incapacitantes que geram perda da produtividade, excluindo muitos chefes de família do mercado de trabalho.

5.1 Nicotina: ação tóxica, neurofarmacologia e dependência

A toxicidade relacionada à nicotina é elevada. Sua absorção pela pele, relacionada à colheita da folha do tabaco pode causar náuseas, vômitos, cefaleia. Dor abdominal, dispnéia, arritmias e astenia (UNICEF, 1990 *apud* ROSEMBERG, 2004).

“A ação direta da nicotina no organismo desencadeia elevação dos níveis pressóricos, aterosclerose, espessamento das paredes arteriais e sua obliteração responsável pela gangrena das extremidades (doença de Reynaud)”, impotência, síndromes coronarianas e acidente vascular encefálico. Seus efeitos indiretos associam-se a oncogênese, menopausa precoce, elevação do risco de osteoporose, infertilidade, abortamento, síndrome da morte súbita do lactente, dentre outros conforme enfatizado por Rosemberg (2004).

Este autor também alerta que a substância está presente em um “pacote” na forma do cigarro que expõe o organismo a cerca de 4.720 substâncias tóxicas bem identificadas quimicamente como o “monóxido de carbono, amônia, cetonas, formaldeídos, acetaldeídos, acroleína, arcênio, níquel, benzopireno, cádmio, chumbo, resíduos de agrotóxicos e substâncias radioativas com grande potencial cancerígeno” (ROSEMBERG, 2004).

Ao fumar o cigarro, a nicotina atinge o sistema arterial por meio de trocas realizadas diretamente nos pulmões e atinge o sistema nervoso central 7 a 19 segundos após a tragada. Nesse sistema ativa receptores dopaminérgicos resultando em sensação de euforia e prazer com potencial ação de dependência. A administração crônica da nicotina leva a processo de dessensibilização ou inativação dos receptores nicotínicos o que caracteriza o fenômeno de tolerância que é a necessidade de doses cada vez maiores da substância para se ter as manifestações neurocerebrais. Isso faz com que o tabagista varie a profundidade, o tempo e o número de tragadas para manipular a oferta de nicotina ao sistema nervoso (ROSEMBERG, 2004).

Trata-se de uma droga psicoestimulante com dependência química semelhante a cocaína e heroína pelas propriedades euforizantes e ansiolíticas. Fatores de risco associados a dependência a nicotina incluem a genética, idade precoce de início do tabagismo, transtornos

psiquiátricos que incluem estresse, depressão, esquizofrenia, etilismo, dentre outros (BALLONE, 2010).

Ballone (2010,sp) esclarece que a intensidade da dependência a nicotina está associada com a fissura (*craving*), e com a tolerância. A dependência caracteriza-se por um “padrão mal adaptado de uso de substância, levando a prejuízo ou a sofrimento clinicamente significativo e manifestado por três ou mais dos critérios abaixo a qualquer momento no mesmo período de 12 meses”:

É importante termos conhecimento de alguns termos que são usados em dependência química tais como segundo Nunes e Castro, (2011).

➤ Tolerância:

- uma necessidade de quantidades progressivamente maiores da substância para adquirir a intoxicação ou efeito desejado;
- acentuada redução do efeito com o uso continuado da mesma quantidade de substância;

➤ Abstinência:

- Há sintomas desagradáveis associados à cessação do uso da nicotina que inclui quatro ou mais dos seguintes sintomas: humor disfórico ou deprimido, insônia, irritabilidade, ansiedade, dificuldade de concentração, inquietação ou impaciência, bradicardia, aumento do apetite ou do peso;
- a mesma substância é consumida para aliviar ou evitar os sintomas de abstinência;

- A substância é frequentemente consumida em maiores quantidade, ou por um período mais longo do que o pretendido;
- Existe um desejo persistente ou esforço malsucedido no sentido de reduzir ou controlar o uso da substância;
- Muito tempo é gasto em atividades necessárias para a obtenção da substância, na utilização ou recuperação dos seus efeitos;
- Importantes atividades sociais, ocupacionais ou recreativas são abandonadas ou reduzidas em virtude do uso da substância;
- O uso da substância permanece, apesar da consciência de se ter um problema físico ou psicológico persistente ou recorrente, que tende a ser causado ou piorado pela substância (NUNES; CASTRO, 2011).

A dependência da nicotina explica porque cerca de 70% dos fumantes desejam cessar o tabagismo, porém não têm sucesso. Desses, apenas 10% ficam em abstinência por doze meses. A cessação definitiva, geralmente só ocorre após várias tentativas e o número de recaídas é grande (NUNES; CASTRO, 2011).

Para avaliação do grau de dependência da nicotina, o teste de Fageström é um dos instrumentos mais utilizados. O quadro abaixo apresenta o teste de dependência de Fageström:

QUADRO 1 Teste para dependência de nicotina de Fageström (1991)

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

Fonte: Nunes e Castro (2011)

O teste de dependência exposto possui uma escala de seis itens e a pontuação varia de 0 a 10 pontos que permitem classificar a dependência da nicotina em cinco níveis:

- Muito baixo: 0 a 2 pontos;
- Baixo: 3 a 4 pontos;
- Moderado: 5 pontos;
- Alto: 6 a 7 pontos;
- Muito alto: 8 a 10 pontos.

A soma de seis pontos ou mais indica que o paciente provavelmente apresentará síndrome de abstinência ao cessar o tabagismo. A soma de 5 pontos caracteriza a dependência de nicotina. Portanto, os marcadores de dependência da nicotina são o número de cigarros diários, tempo decorrido até consumo do primeiro cigarro do dia, concentração de cotinina, grau de abstinência na última tentativa e número de tentativas fracassadas de parar

ASSOCIAÇÃO AMERICANA DE PSIQUIATRIA (2008) citado por NUNES E CASTRO (2011).

5.2 Programas para controle do tabagismo

Considera-se o tabagismo uma epidemia e assunto relevante da saúde pública, a OMS coordena a Convenção Quadro para Controle do Tabaco (CQCT, 2005) e foi adotada pela Assembléia Mundial de Saúde entrando em vigor em 27 de fevereiro de 2005, é composta por 192 países, com o objetivo de articular ações baseadas em evidências com o objetivo de:

Proteger as gerações presentes e futuras das devastadoras consequências sanitárias, sociais, ambientais e econômicas geradas pelo consumo e pela exposição à fumaça do tabaco, proporcionando uma referência para as medidas de controle do tabaco a serem implementadas pelas Partes nos níveis nacional, regional e internacional, a fim de reduzir de maneira contínua e substancial a prevalência do consumo e a exposição à fumaça do tabaco. (CONVENÇÃO QUADRO CONTROLE DO TABACO, ARTIGO 3º, 2005)

As principais medidas inseridas na Convenção Quadro Controle do Tabaco (2011. P. 10) visam:

[...]proteger a população contra a exposição à fumaça do tabaco em ambientes fechados; regulamentar os conteúdos e emissões dos produtos; desenvolver programas de educação e conscientização dos malefícios do tabagismo; proibir a publicidade, promoção e patrocínio dos produtos do tabaco; implementar programas de tratamento da dependência da nicotina; promover medidas de preços e impostos eficientes para redução do consumo; eliminar o contrabando; restringir o acesso dos produtos para os jovens; promover alternativas econômicas para a produção de tabaco e proteger o meio ambiente e a saúde do trabalhador dos riscos causados pela atividade de produção do tabaco.

No Brasil, o INCA, setor do Ministério da Saúde, desenvolve um programa de promoção da saúde que inclui um conjunto de ações sociais as quais integram o Programa Nacional de Controle do Tabagismo (PNCT) (2003, p. 10) que agrega quatro grandes grupos de estratégias:

[...] Primeiro: prevenção da iniciação do tabagismo, tendo como público alvo as crianças e adolescentes;
Segundo: motivação aos fumantes a cessarem o tabagismo;
Terceiro: proteção à saúde dos não tabagistas da exposição à fumaça do tabaco;
Quarta: regulamentação dos produtos do tabaco e da sua comercialização.

Um importante resultado dessas ações de controle do tabaco foi redução da prevalência do tabagismo no Brasil (ROMERO; SILVA, 2011).

5.3 Cessação do Tabagismo

O Programa Nacional de Controle do Tabagismo (PNCT) tem como objetivo de propor ações de divulgação de informações, dar oportunidade e motivar os tabagistas a adotarem um hábito de vida saudável protegendo a população da exposição aos fatores de risco de câncer (INCA, 2003).

A proposta do INCA no PNCT sistematiza quatro grupos de estratégias: prevenção da iniciação do tabagismo, incentivo a cessação do tabagismo, proteção da saúde dos não fumantes da exposição a fumaça do tabaco em ambientes fechados e medidas que regulam os produtos de tabaco e sua comercialização. Espera-se com essas ações em saúde alcançar os seguintes objetivos: redução da aceitação social do tabagismo, redução dos estímulos que os jovens comecem a fumar ou que dificulte os fumantes cessarem tabagismo, proteção da população dos riscos de exposição à poluição tabagista ambiental, redução do acesso aos derivados do tabaco, aumento do acesso dos fumantes ao apoio para cessação do tabagismo, controle e monitorização de todos os aspectos relacionados aos produtos de tabaco comercializados (INCA, 2003).

O consenso brasileiro tratamento do tabagismo (2001) sistematiza os métodos para cessação do tabagismo em métodos com evidências científicas da eficácia na cessação de fumar e métodos, que embora preconizados para cessação de fumar ainda necessitam de evidências científicas para comprovar sua eficácia na abordagem do tabagismo. No primeiro grupo incluem a abordagem cognitivo-comportamental e o tratamento farmacológico. No segundo grupo incluem hipnose, acupuntura, feedback fisiológico, cigarros artificiais sem droga, aromaterapia e fitoterapia.

O INCA (2001) sistematiza as abordagens cientificamente comprovadas no consenso de tratamento do tabagismo, porém ressalta que as demais opções podem ser utilizadas, caso seja a vontade do paciente.

A abordagem cognitivo-comportamental envolve componentes como: detecção de situações de risco de recaída; desenvolvimento de estratégias de enfrentamento desse risco. Estimula os participantes ao autocontrole ou automanejo para que o próprio paciente evite o ciclo vicioso da dependência por meio da preparação do fumante para solução dos seus problemas, estímulo de habilidades para resistir as tentações de fumar, habilitar o paciente a lidar com o estresse e prevenir recaídas, tornando-se agente ativo do processo de abandonar o tabagismo (INCA, 2011).

A abordagem PAAP (perguntar, avaliar, aconselhar e preparar o fumante para deixar de fumar) é uma abordagem breve e pode ser realizada por qualquer profissional de saúde durante a consulta de rotina com duração de 3 minutos e, apesar de não ser a forma ideal de atendimento, pode funcionar como um instrumento de cessação. Já a abordagem PAAPA (perguntar, avaliar, aconselhar, preparar e acompanhar o fumante para que deixe de fumar) também é um método rápido com duração mínima de 3 minutos e máximo de 5 minutos, porém mais eficaz que a PAAP, porque abre a possibilidade de retorno do paciente na fase crítica da abstinência constituindo importante estratégia em termos de saúde pública com um baixo custo (BRASIL, 2001).

As duas abordagens são importantes para identificar aqueles tabagistas que estão motivados a cessar o tabagismo para que os mesmos sejam encaminhados ou inseridos na abordagem específica/ intensiva que pode ser realizada individualmente ou em grupo. Recomenda-se que essa abordagem seja dividida em quatro sessões com intervalo semanal com duração mínima de 90 minutos a soma dos quatro encontros. Após este período, o grupo ou indivíduo terá acompanhamento após 15 dias, 30 dias, 60 dias, 90 dias, 6 meses e 12 meses (INCA, 2001).

O Consenso Abordagem e Tratamento do fumante (2001) recomenda a farmacoterapia para fumantes moderados, que fumam 20 ou mais cigarros por dia; fumantes que fumam o primeiro cigarro até 30 minutos após acordar e que fumam 10 cigarros por dia; fumantes com score do teste de Fargeström igual ou maior a 5; fumantes que já tentaram parar de fumar anteriormente apenas com a abordagem cognitivo-comportamental; fumantes sem contraindicações clínicas e a critério do profissional.

A farmacoterapia deve ser iniciada com monoterapia, reservando a terapia combinada para: pessoas com elevado grau de dependência nicotínica; pessoas em uso de monoterapia com má evolução durante o tratamento; pessoas que fizeram uso prévio de várias medicações antitabagismo com sucesso parcial. Os medicamentos nicotínicos, também denominados TRN (terapia de reposição de nicotina) são considerados medicações de primeira escolha para cessação do tabagismo havendo diversas apresentações disponíveis, como adesivos transdérmicos, gomas de mascar, pastilhas, *spray* nasal ou para inalação. Todas as formulações de reposição de nicotina contribuem para aumento da chance de cessar tabagismo. Recomenda-se o uso dos adesivos por tempo de até 10 semanas. Os pacientes devem ser orientados a não consumir cigarros estando em TRN devido aos sintomas associados a dosagens maiores de nicotina como cefaleia, mal-estar e náuseas (GUSSO; LOPES, 2012).

Para Cartro. Matsuo e Nunes, (2006. p.20) o profissional deve considerar “o contexto clínico, a gravidade da dependência de nicotina, a idade de início do consumo do tabaco, as co-morbidades, a história familiar, a motivação para cessar, os condicionamentos, as situações e os sentimentos relacionados com o tabagismo”, antes de prescrever o tratamento para parar de fumar. A avaliação global do paciente e do grau de dependência à nicotina é fundamental para estabelecer um planejamento terapêutico na cessação do tabagismo.

Complementando, Castro (2009) enfatiza que os programas de prevenção do tabagismo deveriam abordar os benefícios de não fumar para a manutenção da saúde, melhora da qualidade de vida, redução da morbidade e das incapacidades decorrentes do consumo do tabaco, bem como diminuição dos gastos da saúde pública.

REICHERT, J. et. al. (2008) referem que as ações de controle do tabagismo devem ser direcionadas para: educação, com prioridade para o nível primário, superior (inclusão do tema no currículo das escolas de ciências médicas e conscientização dos profissionais de saúde); legislação (restrição de fumar em ambientes fechados, público ou privado, proibição de propaganda e promoção, restrição do acesso dos jovens ao tabaco, regulamentação dos produtos derivados do tabaco, advertência nas embalagens, contrapropaganda ao público, implementação das medidas adotadas pela Convenção-Quadro.

6 PLANO DE INTERVENÇÃO

O plano de intervenção para enfrentamento do tabagismo na área de abrangência da ESF de Nova Aparecida envolve basicamente a adaptação do Programa Nacional de Controle do Tabagismo à nossa realidade local por meio de ações de promoção à saúde que visam reduzir o número de tabagistas no nosso território de abrangência e sistematização da abordagem do tabagismo.

Para elaboração da proposta de solução para o problema do elevado número de tabagistas na área de abrangência de Nova Aparecida, foram utilizados os passos para elaboração de um plano de ação descrito por Campos; Faria e Santos (2010) no módulo de Planejamento e Avaliação das Ações de Saúde do Curso de Especialização em Estratégia da Saúde da Família elencados nos próximos tópicos.

6.1 Identificação dos problemas

Com base no diagnóstico situacional da área de abrangência da equipe de saúde da família de Nova Aparecida, em que predominou a estimativa rápida, e levando em consideração a opinião da equipe, foi identificada uma série de problemas assim como suas causas e consequências. A lista ficou extensa, no entanto, excluimos da lista aqueles problemas que representavam mais “incômodos” do que uma realidade a ser modificada.

QUADRO2 Problemas Identificados na área de abrangência da ESF de Nova Aparecida

| PROBLEMAS IDENTIFICADOS |
|---|
| Falta de Pavimentação das vias |
| Cães soltos na rua |
| Demora no agendamento de consultas especializadas |
| Falta de estação de tratamento de esgoto |
| Risco aumentado para doenças em decorrência do trabalho |
| Tabagismo |
| Etilismo |
| Maus tratos infantil |
| Gravidez na adolescência |

Fonte: autoria própria

6.2 Priorização do problema

A equipe de saúde da família de Nova Aparecida, por meio de busca ativa realizada pelos ACSs, demanda espontânea dos pacientes tabagistas com o objetivo de cessar o tabagismo e a observação ativa da área de abrangência (muitos pacientes fumando inclusive na porta da UBS) conclui que o tabagismo é o problema de maior prioridade na nossa área de abrangência, por sua elevada prevalência e pela ausência de medidas específicas para auxiliar o tabagista a abandonar o hábito.

Por se tratar de um problema não estruturado, em que incontáveis variáveis culturais, pessoais, ambientais, psicológicas, econômicas e sociais interferem no hábito de fumar, a equipe tem em mente as dificuldades no enfrentamento do problema. E, para isso deverão ser feitas ações estratégicas para solucionar este problema. Neste passo utilizamos os critérios de seleção: a importância do problema na comunidade, o grau de urgência que a doença apresenta e a própria capacidade de enfrentamento do problema pela equipe (CAMPOS; FARIA; SANTOS, 2010).

QUADRO 3 Priorização dos problema identificados

| Principais Problemas em ordem de prioridade | Importância | Urgência | Capacidade de Enfrentamento | Seleção |
|---|-------------|----------|-----------------------------|---------|
| Tabagismo | Alta | 7 | Dentro | 1 |
| Etilismo | Alta | 7 | Parcial | 2 |
| Gravidez na adolescência | Alta | 7 | Parcial | 3 |
| Maus tratos infantil | Alta | 7 | Parcial | 4 |
| Risco aumentado para doenças em decorrência do trabalho | Alta | 7 | Parcial | 5 |
| Cães soltos na rua | Alta | 6 | Fora | 6 |
| Demora no agendamento de consultas especializadas | Alta | 5 | Fora | 7 |
| Falta de Pavimentação das vias | Alta | 7 | Fora | 8 |
| Falta de estação de tratamento de esgoto | Alta | 7 | Fora | 9 |

Fonte: autoria própria

6.3 Descrição do problema priorizado

O tabagismo é uma doença de alta prevalência na área de abrangência da ESF de Nova Aparecida. É muito frequente a quantidade de tabagistas que demandam atendimento médico em busca de auxílio para cessar o tabagismo. Além disso, com base no diagnóstico situacional, são frequentes os atendimentos tanto na UBS quanto na unidade de pronto atendimento do município em função de sinais e sintomas provocados ou agravados pelo tabagismo.

Dados do Instituto Nacional do Câncer (BRASIL, 2013) apontam para 200 mil mortes por ano no Brasil em decorrência do tabagismo, o que corresponde a 23 pessoas por hora.

Na nossa área de abrangência, observam-se dados semelhantes, sendo muito frequente a incidência de tabagismo, a maioria dos tabagistas iniciou o hábito na adolescência e convivem com outros tabagistas. São muito frequentes as agudizações de broncoespasmo em decorrência de DPOC e Asma provocadas pelo tabagismo ativo e passivo. Essa doença também causa repercussões econômicas, uma vez que a renda da família é desviada para o tabagismo com menos investimento nas necessidades básicas.

Além da elevada demanda relacionada ao tabagismo e a sua elevada morbidade na ESF de Nova Aparecida, constata-se a ausência de uma abordagem sistematizada e eficaz para dar assistência demandada pelos pacientes, que muitas vezes recorrem aos métodos sem embasamento científico para cessação do tabagismo ou quando tomam a iniciativa de cessar o tabagismo sem apoio da equipe de saúde, ao experimentarem os sintomas da abstinência ou por eventos estressantes, tendem a ter um elevado índice de recaída, como muitos pacientes tabagistas relatam em consultório ou para outros membros da equipe.

6.4 Explicação do problema

Existem várias causas relacionadas ao hábito de fumar. O fato da maioria dos tabagistas iniciarem o hábito na adolescência se deve a fatores sócio-ambiental, em que o grupo exerce pressão sobre o adolescente para iniciar o tabagismo, também é muito frequente que o convívio com pais, tios e avós fumantes no domicílio.

Outra causa importante para iniciar o tabagismo é o fato do tabaco ser um produto lícito e de fácil acesso. Em Nova União, a venda de tabaco se dá nos comércios locais e é muito frequente observarmos crianças comprando o produto para seus familiares e amigos.

São importantes os fatores psicológicos causais do hábito de fumar. A Satisfação oral que remete à chupeta, satisfação visual pelo prazer de ver o fogo e a fumaça, satisfação mecânica pelos inúmeros reflexos associados ao ritual do fumo, satisfação moral uma vez que o hábito alivia as tensões, satisfação social de pertencer a uma elite ou grupo como fumadores de charuto, fumadores de cachimbo, fumadores de cigarros caros (URBANO, 2008).

Outra causa importante do tabagismo é a dependência orgânica associada a nicotina aumentar a produção de norepinefrina, hormônio regulador do sistema nervoso que gera estimulação, sensação de prazer, aumento da vivacidade e do desempenho nas tarefas, reduz a ansiedade e o apetite. Com o tempo, os receptores da nicotina no SNC se dessensibilizam à substância e ao hábito de fumar exigindo do usuário uma dose de tabaco maior para obter efeitos semelhantes. A ausência da substância no SNC gera ansiedade, mau humor e nervosismo (ROSEMBERG, 2004).

É justamente essa dependência química que explica o fato do tabagista tentar abandonar o vício, porém experimentar sintomas de abstinência que dificultam muito o processo. E na área de abrangência do PSF de Nova Aparecida, este foi o principal nó crítico observado: dependência a nicotina.

6.5 Seleção dos nós críticos

Pelos inúmeros fatores biológicos, psicológicos e comportamentais associados ao hábito de fumar, a equipe entende que há vários nós críticos, ou seja, causas sobre as quais devemos intervir para cessação do tabagismo.

Com base na explicação do problema, os nós críticos elencados pela equipe estão alocados no quadro abaixo.

QUADRO 4 Nós Críticos associados ao Tabagismo

| NÓS CRÍTICOS |
|--|
| Pressão social (convívio com amigos e familiares fumantes, medo de ser excluído) |
| Dependência da Nicotina. |
| Falta de esclarecimento dos tabagista em relação às doenças associadas ao tabaco. |
| Ausência de formas de lazer e entretenimento, que faz com que o tabagista dê continuidade ao hábito de fumar. |
| Ausência de uma abordagem sistematizada na UBS para cessação do tabagismo. |

Fonte: autoria própria

6.6 Desenho das operações

Levando em consideração as causas mais importantes do tabagismo na área de abrangência da ESF de Nova Aparecida, a equipe definiu as ações para o enfrentamento de cada nó crítico, os resultados pretendidos com cada ação descrita, assim como os recursos necessários para implantar as ações. Esses dados se resumem no quadro abaixo

QUADRO 5 Desenho das operações para os nós críticos do problema tabagismo. 2015

| NÓS CRÍTICOS | OPERAÇÃO/ PROJETO | RESULTADOS ESPERADOS | PRODUTOS | RECURSOS NECESSÁRIOS |
|---|---|---|--|--|
| Pressão social (convívio com amigos e familiares fumantes, medo de ser excluído) | <p><i>“A juventude de Nova União diz NÃO ao Cigarro!!”</i></p> <p>Divulgar os efeitos nocivos associados ao uso do tabaco nas escolas a fim de que as crianças e adolescentes não cedam às pressões sociais, nem vejam tal hábito como “modismo”.</p> | <p>Redução do número de crianças e adolescentes que iniciam o uso do tabaco.</p> <p>Aumentar o conhecimento dos adolescentes e crianças a respeito dos efeitos nocivos associados ao tabagismo.</p> | <p>Palestras anuais (29/08) nas escolas do município. Com linguagem e atividades lúdicas que sejam de interesse dos adolescentes e crianças sobre os assuntos propostos pelo PNCT.</p> <p>Criação de um mascote do projeto “Diga Não ao Cigarro” que poderá ser usado na confecção de camisetas.</p> | <p>Organizacionais: Para organizar o evento na escola.</p> <p>Cognitivo/humano: Informações sobre o tabagismo; pessoas que tenham habilidade de comunicação com crianças e adolescentes.</p> <p>Político: Conseguir autorização para desenvolver o projeto nas escolas, contar com os agentes sociais pertinentes para mobilizar a participação dos alunos e seus pais das atividades que serão desenvolvidas.</p> <p>Financeiro: Para aquisição de recursos audiovisuais, confecção de camisetas, lanches, etc.</p> |

| | | | | |
|---------------------------------------|---|--|--|--|
| <p>Dependência da Nicotina</p> | <p><i>“Eu fumei o meu último cigarro!”</i></p> <p>Implantar o aconselhamento e o tratamento farmacológico proposto pelo Programa Nacional de Controle do Tabagismo adaptado à realidade exposta no diagnóstico situacional da área de abrangência do PSF de Nova União.</p> | <p>Promoção da cessação do tabagismo e a diminuição das recaídas</p> | <p>Sistematização do aconselhamento por parte de profissionais da saúde para estimular os tabagistas a cessarem o hábito;</p> <p>Acolhimento que facilite o acesso dos tabagistas às medidas para abordagem do tabagismo de acordo com a avaliação do grau de dependência à nicotina.</p> <p>Formação de Grupos operativos com participação multidisciplinar voltado para os usuários que decidiram parar de fumar;</p> <p>Emissão de certificado para cada indivíduo que permanecer 12 meses sem fumar.</p> | <p>Organizacional: Capacitar a equipe de saúde da família e incentivar o NASF a participarem do processo de organização e realização dos grupos operativos.</p> <p>Cognitivo/humano: Enfermeiros, técnicos de enfermagem, ACSs, psicólogo, odontólogo, fisioterapeuta, fonoaudiólogo e nutricionista devem estar informados a respeito do consenso de Abordagem e Tratamento do fumante e utilizar das consultas de rotina para identificar os tabagistas, informá-los a respeito da abordagem cognitivo/comportamental e farmacológica para cessar o tabagismo, aconselhando-os a cessar o hábito.</p> <p>Político: Apresentar este projeto para aprovação do Conselho Municipal de Saúde a fim de garantir os recursos necessários para implantação do projeto no PSF de Nova Aparecida.</p> <p>Financeiros: Para confecção de folhetos educativos, para</p> |
|---------------------------------------|---|--|--|--|

| | | | | |
|---|--|---|--|---|
| | | | | confeccionar o certificado de cessação do tabagismo, para os medicamentos e terapia de reposição de nicotina preconizados pelo PNCT. |
| Falta de esclarecimento dos tabagista em relação às doenças associadas ao tabaco. | <p>“<i>Você sabia que se você não apagar o cigarro ele apagará você?</i>”</p> <p>Aumentar o nível de informação da população sobre os efeitos nocivos do tabagismo ativo e passivo.</p> | <p>Aumento do conhecimento da população novauniense a respeito dos efeitos nocivos do cigarro</p> <p>Tabagistas mais conscientes e mais corresponsáveis com o seu tratamento com consequente redução do ato de fumar.</p> | <p>Espaço na rádio local voltado para a divulgação dos efeitos nocivos do tabaco sob a ótica da equipe multidisciplinar e de ex-tabagistas.</p> <p>Cartilhas de divulgação dos efeitos nocivos do cigarro.</p> | <p>Organizacional: esboçar um cronograma definindo o número de programas a “Série dos efeitos nocivos do tabaco” demandará, assim como seu conteúdo para análise e aprovação da rádio local.</p> <p>Cognitivo/humano: conhecimento sobre os efeitos nocivos do tabaco, transformar essa informação em textos compatíveis para programação de rádio. Pessoas com estratégia de comunicação em massa.</p> <p>Político: conseguir espaço na rádio local.</p> |
| Ausência de lazer e entretenimento o que justifica o fato do tabagista dê continuidade ao hábito de fumar. | <p>Xô preguiça!</p> <p>Desenvolver atividades de lazer como mecanismo para auxiliar no processo de reduzir a iniciação ao tabagismo assim como reduzir recaídas associadas ao processo de abandono do tabagismo.</p> | <p>População mais envolvida em atividades lúdicas, consequentemente, com menos tempo ocioso para se dedicar à iniciação e manutenção do hábito de fumar, assim como evitar recaídas no processo de cessação do tabagismo.</p> | <p>Happy Hour Nova União</p> <p>Proporcionar lazer por volta das 17h nas sextas-feiras em que os trabalhadores se reúnam no comércio local a fim de tomar um caldo e se distrair em um bate papo</p> | <p>Organizacional/ Humano: A ESF por meio dos ACS farão os convites à população adscrita a promover esses eventos, uma vez que os recursos para tais eventos encontramos no setor público e na própria comunidade.</p> |

| | | | | |
|--|---|---|--|---|
| | | | <p>agradável, escutando variados estilos musicais.</p> <p>Luau na praça Uma vez por semana, por volta das 18h os violeiros da cidade se reunirão em um show de voz e violão para</p> <p>Agita Criançada!! A cada mês, montar estrutura com cama-elástica, piscina de bolinhas, atividades lúdicas para crianças.</p> | |
| <p>Ausência de proibição efetiva do tabagismo no comércio e bares locais associado ao fácil acesso ao tabaco.</p> | <p><i>“É proibido se matar com o cigarro!! Eu vendo saúde!”</i></p> <p>Ações junto ao comércio local a fim de reduzir o acesso ao tabaco.</p> | <p>Conscientizar os comerciantes sobre os danos causados pelo cigarro na comunidade; desestimular o consumo de cigarros em ambientes fechados a fim de proteger a saúde dos não-tabagistas e do ambiente.</p> | <p>Cartazes a serem afixados nos comércios locais para desestimular o consumo de cigarros.</p> | <p>Financeiro: para confecção dos cartazes.</p> |

Fonte: autoria própria

6.7 Identificação dos recursos críticos

Os recursos críticos são aqueles indispensáveis para a realização de uma operação e que estão disponíveis e, por isso, a equipe terá que utilizar estratégias para que possa viabilizá-los (CAMPOS; FARIA; SANTOS 2010).

Os recursos críticos levantados pela equipe estão expostos no quadro abaixo, ressaltamos a importância de melhor especificação de cada item e orçamento específico à medida que as ações forem efetivadas, uma vez que se faz necessária a avaliação e monitoramento de um plano estratégico para cada ação.

QUADRO 6 Recursos críticos para o desenvolvimento das operações definidas para o enfrentamento dos “nós críticos” do tabagismo

| OPERAÇÃO/PROJETO | RECURSOS CRÍTICOS |
|--|--|
| <p>A juventude de Nova União dia NÃO ao Cigarro!!</p> <p>Divulgar os efeitos nocivos associados ao uso do tabaco nas escolas a fim de que as crianças e adolescentes não cedam às pressões sociais, nem vejam tal hábito como “modismo”.</p> | <p>Organizacionais: Para organizar o evento na escola.</p> <p>Político: Conseguir autorização para desenvolver o projeto nas escolas, contar com os agentes sociais pertinentes para mobilizar a participação dos alunos e seus pais das atividades que serão desenvolvidas.</p> <p>Financeiro: Para aquisição de recursos audiovisuais, confecção de camisetas, lanches, etc.</p> |
| <p>Eu fumei o meu último cigarro!</p> <p>Implantar o aconselhamento e o tratamento farmacológico proposto pelo Programa Nacional de Controle do Tabagismo adaptado à realidade exposta na territorialização da área de abrangência do PSF de Nova União.</p> | <p>Organizacional: Motivar a equipe de saúde da família e o NASF a participarem do processo de organização e realização dos grupos operativos.</p> <p>Político: Apresentar este projeto para aprovação do Conselho Municipal de Saúde a fim de garantir os recursos necessários para implantação do projeto no PSF de Nova Aparecida.</p> <p>Financeiros: Para confecção de folhetos educativos, lanches nos grupos operativos, para confeccionar o certificado de cessação do tabagismo, para os medicamentos e terapia de reposição de nicotina preconizados pelo PNCT.</p> |
| <p>Você sabia que se você não apagar o cigarro ele apagará você?</p> <p>Aumentar o nível de informação da população sobre os efeitos nocivos do tabagismo ativo e passivo.</p> | <p>Organizacional: esboçar um cronograma definindo o número de programas a “Série dos efeitos nocivos do tabaco” demandará, assim como seu conteúdo para análise e aprovação da rádio local.</p> <p>Político: conseguir espaço na rádio local.</p> |
| <p>Xô preguiça!</p> <p>Desenvolver atividades de lazer como mecanismo para auxiliar no processo de reduzir a iniciação ao tabagismo</p> | <p>Organizacional/ Humano:</p> <p>A ESF por meio dos ACS farão os convites à população adscrita a promover esses eventos, uma vez que os recursos para tais eventos encontramos no setor público e na própria</p> |

| | |
|---|--|
| <p>assim como reduzir recaídas associadas ao processo de abandono do tabagismo.</p> | <p>comunidade</p> |
| <p>É proibido se matar com o cigarro!! Eu vendo saúde! Ações junto ao comércio local a fim de reduzir o acesso ao tabaco.</p> | <p>Cognitivo/ humano: um profissional (economista) com conhecimento a respeito do impacto do tabagismo sobre a economia familiar e que tenha domínio de comunicação. Organizacional: favorecer um ambiente adequado para tal palestra, confecção de cartazes. Financeiro: financiamento da consultoria com o economista, dos cartazes, etc.</p> |

Fonte: autoria própria

6.8 Análise da viabilidade do plano

Nesse aspecto percebemos que os principais atores relacionado à implantação do plano de ação já se encontravam bastante motivados, uma vez que iniciamos a abordagem do tabagismo com um membro da equipe que estimulou sua família a participar, que por sua vez estimulou a comunidade a participar o que chamou a atenção dos gestores do município a viabilizarem a implantação do Plano de Ação para Redução do número de Tabagistas não apenas na área de abrangência de Nova Aparecida, como também no incentivo a expandir as ações para todo o Município.

Desta forma, as estratégias para motivar os atores estão voltadas para o fato de ser um plano de ação que está em andamento e que os usuários desejam que se mantenha e, por se tratar de um município interiorano, a iniciativa voltada para a redução do tabagismo se tornou parte da política de saúde pública do município.

Um fator que impossibilita a efetivação do projeto “É proibido se matar com o cigarro!! Eu vendo saúde.” É a motivação contrária da maioria dos donos dos comércios varejistas locais, pois os mesmos lucram com a venda do tabaco. Além disso, eles alegam que é a própria população que procuram o produto. Esse fato nos chama a investir ainda mais nas ações que criam a cultura do autocuidado com a própria saúde da população adscrita, o que implicaria em um maior número de tabagistas que cessariam o hábito e menos número de não tabagistas que entrariam na dependência do consumo do produto. Logo essa ação foi excluída do plano operativo.

O quadro 07 organiza os atores que detém ou são determinantes para a disponibilização dos recursos críticos assim como a sua motivação que são fundamentais para que o plano de ação se torne viável.

QUADRO 7 Análise da viabilidade do plano de ação

| OPERAÇÃO/PROJETO | ATOR QUE CONTROLA | MOTIVAÇÃO | AÇÃO ESTRATÉGICA |
|---|---|---|---|
| A juventude de Nova União dia NÃO ao Cigarro!! | Equipe do PSF + Secretaria de Saúde do município | Favorável | Manter motivação por meio de discussões do acompanhamento do projeto. |
| | Secretaria de Educação + Diretoria de cada escola | Favorável | Manter motivação utilizando reuniões bimestrais para avaliar o projeto. |
| | Financiamento pelos principais comércio do município + Prefeitura | Indiferente | Fazer com que esses atores conheçam o Plano de ação para motivar o investimento |
| Eu fumei o meu último cigarro! | Secretária de saúde | Favorável | Mantê-los motivados por meio da efetivação das estratégias para redução do tabagismo em Nova Aparecida. |
| | Coordenação da ESF | Favorável | |
| | Usuário Tabagista | Favorável | |
| | Conselho Municipal de Saúde | Favorável | |
| | Farmácia de Minas | Favorável | |
| Você sabia que se você não apagar o cigarro ele apagará você? | Mídia local | Ainda não sei | Adequar horários e datas e disponibilidade da equipe do NASF para favorecer a participação dos profissionais. |
| | Equipe do NASF | Favorável, porém com necessidade de readequação da agenda para atuar ativamente no projeto. | |
| | Atores sociais, informantes chaves | Favoráveis | |
| Xô preguiça! | Comunidade adscrita | Favorável | Manter motivação |
| | Equipe da ESF de Nova Aparecida | Favorável | |
| | Equipe do NASF | Favorável, | |

| | | | |
|--|---------------------------------|--|---|
| <p>É proibido se matar com o cigarro!! Eu vendo saúde!</p> <p>Ações junto ao comércio local a fim de reduzir o acesso ao tabaco.</p> | <p>Comércio Varejista Local</p> | <p>Contrária por questões econômicas</p> | <p>Foge do poder de governabilidade e controle da equipe criar estratégias nesse sentido.</p> |
|--|---------------------------------|--|---|

Fonte: autoria própria

6.9 Elaboração do plano operativo

Como exposto acima, todas as ações propostas neste plano operativo tem como objetivo a redução do número de tabagistas na área de abrangência do PSF de Nova Aparecida. Segue descrita em detalhes a ação “Eu Fumei meu último cigarro!” e no final deste item o quadro 8 resume o plano operativo de todo o plano operativo.

Na ação “Eu fumei meu último cigarro!” o principal resultado esperado é promover a cessação do tabagismo dos tabagistas que procurarem o nosso serviço. O primeiro passo é o acolhimento buscando identificar o grau de dependência da nicotina de cada indivíduo e reforçar o aconselhamento para parar de fumar. Os pacientes serão alocados nas modalidades de abordagem do tabagismo em grupo ou individual de acordo com os critérios clínicos e escolha do paciente.

O principal produto dessa ação constitui o grupo operativo voltado para a cessação do tabagismo. A formação dos grupos será de acordo com a demanda dos tabagistas, serão realizadas quatro sessões com intervalos de uma semana entre elas e duração média de 90 minutos cada uma conforme a recomendação do INCA.

Os recursos necessários para essa ação são dois coordenadores capacitados, flexíveis, que tenham bom senso e outras características essenciais para a condução de grupos operativos; a fonte base para a condução dos grupos que será o manual do coordenados do programa “Deixando de fumar sem mistérios” do INCA; recursos de multimídia; sala adequada; e os manuais dos participantes.

Na primeira sessão, os participantes serão preparados para a cessação do tabagismo. Os participantes terão espaço para expor o motivo pelo qual fumam e o coordenador deve explicar porque fumam destacando a dependência física, psicológica e comportamental associada ao tabaco e, sobretudo, da nicotina. Deve-se informar aos participantes a respeito dos sinais e sintomas associados a crise de abstinência e alertá-los que, ao parar de fumar,

poderá experimentar episódios de forte vontade de fumar, principalmente diante das situações que anteriormente estavam associadas ao hábito como o café, bebida alcoólica e festas. Ressalta-se a natureza autolimitada desses períodos de fissura e orienta-se os participantes a desenvolverem comportamentos que os ajudem a driblar o sintoma como o consumo de água e distrair-se com outras atividades. No final dessa sessão o tabagista deve ser estimulado a marcar uma data para cessar o tabagismo.

Segue-se o roteiro para cada sessão sendo que para a segunda, terceira e quarta sessões são preconizadas a utilização de estratégias direcionadas para a aquisição e treinamento de habilidades que são decisivas para que ocorram alterações nos hábitos de vida diários do fumante passe pelos primeiros dias sem fumar, vença os obstáculos para permanecer sem fumar e previna a recaída enquanto estiverem usufruindo dos benefícios obtidos após cessar tabagismo. Essas habilidades constituem a Terapia Cognitivo Comportamental (TCC). Nessa modalidade o participante será orientado a remover barreiras que possam interferir no tratamento e remover as situações de gatilho.

O tratamento farmacológico também será um dos recursos utilizados nessa ação e será definido individualmente conforme o consenso para tratamento do fumante.

As principais ações estratégicas são a divulgação do plano de ação na comunidade, busca ativa dos participantes que faltarem às reuniões e a adequação dos dias, horários e duração das reuniões de acordo com as características dos participantes e dos coordenadores.

As responsáveis pela implantação dessa ação são a médica da ESF Janine Gonçalves, a farmacêutica do município Marina, ACSs e auxiliares de enfermagem com prazo para iniciar as atividades em um mês.

QUADRO 8 - Plano de intervenção

| Operações/ Projetos | Resultados | Produtos | Ações estratégicas | Responsável | Prazo |
|---|---|---|---|---|--|
| “A juventude de Nova União NÃO ao Cigarro!!” | Reduzir da iniciação do tabagismo pelos adolescentes e crianças. | Palestras anuais nas escolas do município. | Capacitação e estímulo dos professores das escolas a abordarem o assunto do tabagismo em sala de aula | Enfermeira: Gisele Professores das escolas do município. | A palestra deverá ser realizada no dia 29/08/2016 |
| | Aumentar o conhecimento das crianças e adolescentes a respeito dos efeitos nocivos associados ao tabagismo. | Criar um mascote para a ação que deverá ser elaborado pelos estudantes por meio de um concurso e poderá ser utilizado na confecção da camiseta. | | | A escolha do mascote deverá ocorrer pelo menos um mês antes do evento escolar. |
| “Eu fumei o meu último cigarro!” | Promover a cessação do tabagismo. | Acolhimento sistematizado voltado para o tabagismo. | Busca ativa dos participantes que iniciarem o tratamento. | ACSs, técnicos, recepcionista Médica: Janine | Três meses para sistematização do acolhimento. |
| | Evitar recaídas. | Grupo operativo Certificado para os participantes que permanecerem 12 meses abstinentes | Adequação dos horários dos grupos. | Farmacêutica: Marina | Um mês para início dos grupos. |
| “Você sabia que se você não apagar o cigarro ele apagará você?” | Aumentar o nível de informação da comunidade sobre os efeitos nocivos do Tabagismo ativo e passivo. | Espaço na rádio local para divulgação dos efeitos nocivos do tabagismo. Cartilhas para divulgar informações sobre o assunto. | Serão definidas de acordo com as dificuldades encontradas ao longo da implantação da estratégia. | Equipe da ESF | A definir |
| “Xô preguiça!” | Envolver a população em atividades lúdicas. | Happy Hour Nova União. | Utilizar as ações já existentes como o “Grupo da coluna” do NASF e incentivar a população a realizar atividades físicas e lúdicas em grupo. | Artista local: Janaína Izabella | Três meses |
| | Reduzir recaídas durante o tratamento do fumante. | Luuu na praça. | | | |

Fonte: autoria própria

7 RESULTADOS ESPERADOS COM A IMPLANTAÇÃO DO PLANO DE INTERVENÇÃO

Levando em consideração que o plano operativo para redução do tabagismo em Nova Aparecida é um projeto dinâmico e que a cada dia a equipe identifica características no planejamento que devem ser melhor detalhadas, modificadas ou até mesmo excluídas, não foi possível elaborar uma planilha fechada para a gestão do plano, uma vez que a cada dia aprendemos juntos cada passo do planejamento estratégico para cada ação levantada.

A equipe espera que, com as ações já em andamento como a “eu fumei meu último cigarro” uma redução no número de tabagistas em Nova Aparecida, estando ciente de que o maior desafio nesse caso é permanecer sem consumir o cigarro no período mínimo de 12 meses. Por isso, tem sido garantido a esses pacientes acompanhamento intensivo nos dois primeiros meses e a manutenção nos meses subsequente.

Com as demais medidas, espera-se que menos pessoas, principalmente jovens e crianças iniciem o uso do tabaco.

Principalmente, esperamos que toda equipe esteja treinada e preparada para acolher os tabagistas assim como incentivá-los à cessação do mesmo. Esse desafio foi prontamente aceito pela equipe e hoje colhemos os frutos de pacientes chegando à unidade já motivados a cessar o tabagismo seja porque foram orientados por pacientes que tingiram a meta de cessação, pelos ACSs, técnicos, enfermeira, farmacêutica e até mesmo os colegas especialistas que tomaram conhecimento do projeto e incentivam os pacientes a procurarem nossa unidade básica para aderirem ao programa.

Ao longo prazo, espera-se que as medidas propostas reduzam significativamente os gastos associados às morbidades resultantes do tabagismo além da redução da mortalidade associada a esse hábito de vida no município de Nova União.

8 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Por meio deste trabalho de conclusão de curso, ficou claro para a equipe do ESF de Nova Aparecida que se faz necessário o planejamento estratégico para que as ações em saúde sejam realmente eficazes. Essas ações devem ser pautadas em uma descrição dos problemas levantados em nosso processo de trabalho ou realidade local.

Chama a atenção que, com a implantação desse plano de ação a equipe passou a melhor utilizar a ferramenta de acolhimento aos pacientes, aumentando o grau de satisfação dos mesmos com o serviço prestado pela ESF de Nova Aparecida.

O tabagismo não é apenas um incômodo, é um importante problema de saúde pública que implica em graves consequências biopsicossociais ao paciente, sua família, sociedade e meio ambiente. Ressalta-se a importância de intervenções para o combate ao tabagismo no sentido de reduzir o número de tabagistas na área de abrangência da UBS de Nova Aparecida, com a finalidade de trazer qualidade de vida ao tabagista, sua família e reduzir a incidência das doenças associadas ao tabaco.

Observamos que a maioria dos pacientes que aderiram às abordagens para cessação do tabagismo apresentavam um grau de dependência elevado à nicotina e, por isso chegaram à conclusão de que necessitavam de auxílio para pararem de fumar. Além disso, percebe-se que esses pacientes já procuraram auxílio previamente e tiveram recaídas que os mantiveram na dependência da nicotina.

A maior vantagem da implantação deste plano de ação são os resultados que estamos obtendo no sentido de cessação do tabaco, e do trabalho cognitivo-comportamental para manter o paciente sem fumar e evitar as recaídas.

O grupo é visto como uma “família”, os pacientes já chegam motivados ao processo de cessação e compartilham as melhores ferramentas para superar a fissura e os sintomas de abstinência. Além disso, por se ressaltar os aspectos positivos do processo de cessação do tabagismo, esse grupo de pessoas incentivam outros tabagistas a não consumirem mais o tabaco. Esses usuários são proativos neste processo o que torna o grupo dinâmico, apesar dos assuntos se repetirem ciclicamente.

Este plano de intervenção certamente continuará inserido no processo de trabalho da equipe, uma vez que o impacto não só na população adscrita de Nova Aparecida, como na população de Nova União foi positivo e não houve motivação contrária por parte dos principais atores.

REFERÊNCIAS

ASSEMBLÉIA MUNDIAL BRASILEIRA E ASSEMBLÉIA NACIONAL DE SAÚDE – SOCIEDADE BRASILEIRA DE PNEUMOLOGIA E TISIOLOGIA, **Projeto Diretrizes: Tabagismo**, 2011

BALLONE, G. J – **Dependência Química** – in. PsiqWeb, Internet, disponível em www.psiqweb.med.br, revisto em 2010, acesso em janeiro de 2016

BRASIL. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. **Estimativa populacional para 2013**. . Brasília: IBGE, 2011.

BRASIL, Ministério da Saúde; INCA. Programa Nacional de Controle do Tabagismo e Outros Fatores de Risco. 2ª Ed. Rio de Janeiro: INCA, 2003

BRASIL. Ministério da Saúde, Instituto Nacional do Câncer – INCA. **Tabagismo: dados e números**, 2013. Disponível em <www1.inca.gov.br/tabagismo/frameset.asp?item=dadosnum&link=mundo> Acesso em: 20/10/2015

BRASIL. Ministério da Saúde, Instituto Nacional do Câncer, **Tabagismo um grave problema de saúde pública**, 2007.

BRASIL, Ministério da Saúde, **Plano de Ações Estratégicas para o Enfrentamento das Doenças Crônicas Não Transmissíveis (DCNT) no Brasil**. 2011-2022

BRASIL. Ministério da Saúde. Instituto Nacional de Câncer José Alencar Gomes da Silva. **Convenção-Quadro para o Controle do Tabaco**. Secretaria Executiva da Comissão Nacional para Implementação da Convenção-Quadro para o Controle do Tabaco; Coordenação de Elaboração Tânia Cavalcante. Rio de Janeiro: INCA, 2012. 58 p

BRASIL. Ministério da Saúde. Instituto Nacional de Câncer. **Convenção-Quadro para o Controle do Tabaco**; Instituto Nacional de Câncer. – Rio de Janeiro: INCA, 2011

BRASIL. Ministério da Saúde. Instituto Nacional de Câncer. Organização Pan-Americana da Saúde. **Pesquisa especial de tabagismo – PETab: Relatório Brasil** / Organização Pan-Americana da Saúde. Rio de Janeiro: INCA, 2011

BRASIL. Ministério da Saúde. Instituto Nacional do Câncer – INCA. **Abordagem e Tratamento do Fumante** – Consenso 2001. Rio de Janeiro: INCA, 2001.

CAMPOS, F. C. C. de ; FARIA, H. P. de; SANTOS, M. A. dos. **Planejamento e avaliação das ações em saúde**. 2ed. Belo Horizonte: Nescon/UFMG, 2010. 110p.

CASTRO, M. R. P. et al. **A dependência da nicotina associada ao uso de álcool e outras substâncias psicoativas**. SEMINA, v.29, n.2, p.131-140, 2009.

CASTRO, M. R. P de C; MATSUO, T.S. O. V. N. **Características clínicas e qualidade de vida de fumantes em um centro de referência de abordagem e tratamento do tabagismo.** J. bras. pneumol. v.36, n.1. São Paulo Jan./Feb. 2010

CAVALCANTI A.M.; OLIVEIRA, A.C.L. **Auto cuidado apoiado: Manual do profissional de saúde.** Curitiba: Secretaria Municipal de Saúde, 2012. 92p.

FIGUEIREDO, M. B – **Nova União em Memórias.** Livro de produção própria 1996

GUSSO. G; LOPES, J.C.L. **Tratado de medicina de família e comunidade: princípios, formação e prática** – Porto Alegre: Artmed, 2012. 2v

MOREIRA, L. *et al.* Prevalência de tabagismo e fatores associados em área metropolitana na região sul do Brasil. **Rev Saúde Pública.** [s.l.], v.29, n.1,

NAPOLIS. G.H. Tabagismo: **implantação do programa de controle no Município de Acaíca- MG.** Trabalho de Conclusão de Curso de Especialização Estratégia da Saúde da Família. Belo Horizonte: NESCON/UFMG. 2015

NUNES, S.O. Avaliação das características clínicas dos fumantes que buscaram tratamento em um Centro de Referência do Sistema Único de Saúde (SUS). **Biosaúde** (Londrina). 2006;8(1):3-24.

NUNES. S.O,V; CASTRO, M.R.P Tabagismo: Abordagem, prevenção e tratamento [livro online]. Londrina:EDUEL, 2011. Disponível em <HTTP//books.scielo.org> p.46-51, 2005.

PREFEITURA MUNICIPAL DE NOVA UNIÃO/MG 2013/2017)

REICHERT, J. et al. Diretrizes da SBPT – Diretrizes para cessação do tabagismo - 2008. **J Bras Pneumol.** [s.l.], v. 34, n. 10, p. 845-8, 2008

ROMERO. L. C; SILVA, V.L 23 Anos de Controle do Tabaco no Brasil: A atualidade do Programa Nacional de Combate ao Fumo de 1988. Rev. **Brasileira de Cancerologia**, n 57. Brasília 2011

ROSEMBERG, José. **Nicotina: droga universal.** Monografia. Produção Independente. São Paulo: 2004. Disponível em ftp://ftp.cve.saude.sp.gov.br/doc_tec/cronicas/nicotina.pdf Acesso em 20/10/2015

SOCIEDADE BRASILEIRA DE PNEUMOLOGIA E TISIOLOGIA. Diretrizes em Foco Tabagismo - parte I Rev. **Assoc. Med. Bras.** v.56 n.2 São Paulo 2010

SOCIEDADE BRASILEIRA DE PNEUMOLOGIA E TISIOLOGIA. **Saúde Diretrizes Clínicas na Saúde Complementar.** 2011.

URBANO, S. R. **Percepções: vivências e relatos de grupos atendidos pelo programa nacional de controle do tabagismo no município de treviso, criciúma-** Santa Catarina. Universidade do extremo sul catarinense – UNESC. Comissão de Integração Ensino Serviço

da Região Carbonífera de Criciúma – CIES. Ministério da saúde. Curso de especialização em saúde coletiva- saúde da família

VIEGAS, C.A.A et al – Tabagismo: do Diagnóstico à Saúde Pública. Coordenador Editorial e Vários Colaboradores, **Conselho Federal de Medicina, Sociedade Brasileira de Pneumologia e Tisiologia**, São Paulo, Atheneu, 2007.