

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

GILDOMAR BATISTA LOPES JUNIOR

**UMA ESTRATÉGIA MULTIPROFISSIONAL E
INTERDISCIPLINAR PARA O CESSAMENTO DO TABAGISMO**

UBERABA-MG

2015

GILDOMAR BATISTA LOPES JUNIOR

**UMA ESTRATÉGIA MULTIPROFISSIONAL E
INTERDISCIPLINAR PARA O CESSAMENTO DO TABAGISMO**

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

Orientadora: Prof^a Dr^a Regina Maura Rezende

Uberaba-MG

2015

GILDOMAR BATISTA LOPES JUNIOR

**UMA ESTRATÉGIA MULTIPROFISSIONAL E
INTERDISCIPLINAR PARA O CESSAMENTO DO TABAGISMO**

Banca examinadora

Examinador 1: Profa. Dra. Regina Maura Rezende – Universidade Federal do Triângulo Mineiro - UFTM

Examinador 2 – Judete Silva Nunes - UFTM

Aprovado em Uberaba, em 14 de dezembro de 2015.

RESUMO

O tabagismo é um importante problema de saúde pública característico da espécie humana. Efeitos adversos do fumo iniciam antes do nascimento e continuam ao longo da vida e os mesmos interferem na saúde geral do indivíduo. Diante disso, o presente trabalho teve como objetivo criar e executar uma proposta de intervenção para favorecer o cessamento do tabagismo. Para isso, utilizou-se uma estratégia multiprofissional e interdisciplinar para o cessamento do tabagismo. Na execução da proposta, os pacientes tiveram o grau de dependência à nicotina avaliado e foram acompanhados por psicólogo, educador físico, nutricionais e médico. O plano de intervenção teve a duração de três meses e ao final desse período, dos 15 pacientes que iniciaram a proposta, só 5 não pararam de fumar. Isso demonstra que a utilização de uma estratégia multiprofissional e interdisciplinar para o cessamento do tabagismo mostra-se eficiente, assim uma ação que englobe uma atuação multiprofissional e interdisciplinar é a mais eficiente no enfrentamento do tabagismo.

Palavras chave: Saúde Pública; Tabagismo; Educação em saúde.

ABSTRACT

Smoking is a major public health problem characteristic of the human species. Adverse effects of smoking begin before birth and continue throughout life, and they interfere with the overall health of the individual. Therefore, this study aimed to create and run an intervention proposal to assist the tobacco cessation. For this, we used a multidisciplinary and interdisciplinary strategy for smoking cessation. In implementing the proposal, patients had the degree of addiction to nicotine evaluated and followed for psychologist, physical educator, nutritional and medical. The intervention plan lasted for three months and at the end of that period, of the 15 patients who initiated the proposal, only 5 had not quit smoking. This demonstrates that the use of a multidisciplinary and interdisciplinary strategy for the cessation of smoking appears to be effective, so an action that incorporates a multidisciplinary and interdisciplinary approach is the most efficient in fighting tobacco.

Keywords: Public Health; Smoking; Abandonment of tobacco use.

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	7
2 JUSTIFICATIVA	10
3 OBJETIVOS	11
3.1 Geral	11
3.2 Específicos.....	11
4 METODOLOGIA	12
5 REVISÃO BIBLIOGRÁFICA	14
6 DESENVOLVIMENTO	17
6.1 Proposta de intervenção	17
7 CONSIDERAÇÕES FINAIS	22
REFERÊNCIAS	24

1 INTRODUÇÃO

Santa Vitória é um município brasileiro da Região Sudeste do Brasil, do estado de Minas Gerais, compõe a microrregião de Ituiutaba (MG), situada na região do Triângulo Mineiro. Segundo dados do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE) a população da cidade em 2010 era de 18.138 mil habitantes na área de 3.001,357 Km² (IBGE, 2010). A cidade é hoje uma referência nacional no setor sucroalcooleiro.

A cidade possui Índice de Desenvolvimento Humano (IDH) de 0,75 com renda média familiar de R\$692,00. Possui 95% de sua área um abastecimento de água tratada e 84,5% de esgoto por rede pública (IBGE,2010).

O Programa Saúde da Família (PSF) surge no Brasil como uma estratégia de reorientação do modelo assistencial a partir da atenção básica, em conformidade com os princípios do Sistema Único de Saúde. Assim, o PSF se apresenta como uma nova maneira de trabalhar a saúde, tendo a família como centro de atenção e não somente o indivíduo doente, introduzindo nova visão no processo de intervenção em saúde na medida em que não espera a população chegar para ser atendida, pois age preventivamente sobre ela a partir de um novo modelo de atenção (ROSA, LABATE, 2005, p. 1027).

O município de Santa Vitória conta com cinco unidades de saúde da família: PSF Isidoro Cândido Ferreira, PSF Vicente Bonito, PSF José Paulo Fernandes, PSF Amador José dos Santos e PSF José Carlos Rodrigues.

Está em construção uma nova unidade de saúde da família e um hospital municipal de média complexidade, com pronto atendimento e leitos para internação. Há também um hospital particular, onde grande parte da população prefere ser atendida, por já ter um vínculo prévio. No momento, existe falta de médicos, sendo que há duas unidades sem o referido profissional, com uma grande dificuldade da Secretaria de Saúde em sanar o problema. A cidade possui 18 unidades de saúde, entre elas públicas e privadas (IBGE, 2010).

Há cerca de dez anos o município adotou a Estratégia de Saúde da Família (ESF), mas a política somente vem se concretizando na atualidade, ainda com desconfiança da população, que geralmente procura um atendimento curativo e imediato. Existem cinco equipes completas, com uma cobertura de 90% da população.

A atual Unidade de Saúde da Família Isidoro Cândido Ferreira, espaço escolhido para a abordagem do presente estudo/projeto, foi inaugurada há 3 anos e possui uma excelente estrutura, com espaço amplo, conforto e acomodações novas.

Existem 1.362 famílias cadastradas, correspondente a 4.194 pessoas, divididas em 8 micro áreas. Dessa forma, a unidade encontra-se superlotada, sempre com um elevado número de consultas agendadas, com um grande tempo de espera pré-consulta, pois o atendimento é por ordem de chegada, o que se constitui em motivo de reclamação por parte da população (clamam por horários individuais estabelecidos e pré-agendados). Parte dessa população será transferida para a UBS que está em construção, mas ainda sem previsão para inauguração.

As reuniões com a comunidade são realizadas em um salão espaçoso na própria unidade, com recursos de multimídia ou no espaço que fica em frente (geralmente usado para estacionamento), quando o tempo está fresco ou em atividades físicas com idosos, por exemplo. Portanto, a unidade está bem equipada e sempre conta com o apoio da Secretaria de Saúde em relação às solicitações realizadas.

Há um ano, o tempo da equipe estava quase todo sendo dedicado ao atendimento da demanda espontânea, mas com a chegada do Programa de Valorização do Profissional da Atenção Básica (PROVAB) na unidade, a equipe vem se esforçando para agendar mais consultas, a fim de programar melhor o acompanhamento dos pacientes. Atualmente, todos trabalham para conscientizar os pacientes sobre a necessidade de acompanhar rotineiramente o estado de saúde - e não ir à unidade somente quando estão doentes.

A equipe desenvolve alguns grupos com sucesso, como o Sistema de Cadastramento e Acompanhamento de Hipertensos e Diabéticos (HIPERDIA) e o grupo de abandono do tabagismo; e, no momento, está se esforçando para implantar o grupo de caminhada.

A falta de tempo da equipe (grande parte do tempo é dedicado aos atendimentos diários) prejudica sua integração e a prática da saúde preventiva.

Esse plano de intervenção surge da observação da quantidade de tabagistas que procuram o ESF Isidoro Cândido Ferreira com intenção de cessar o fumo; hoje a equipe do ESF conta oito agentes comunitárias de saúde, uma enfermeira, um médico, uma assistente social, um dentista e uma

técnica em enfermagem e, além de contar com a equipe Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF; Psicóloga, nutricionista e educador físico) para atender 4.194 pessoas.

Não há um levantamento dos fumantes da área adscrita a ESF, tampouco o número de interessados em parar de fumar, mas observa-se diariamente que esse número é muito significativo.

Devido à crescente demanda de tabagistas com o interesse de cessamento do fumo na ESF Isidoro Cândido Ferreira e o incentivo do Ministério da Saúde para a diminuição do tabagismo, o plano de intervenção proposto visa atingir essa população.

2 JUSTIFICATIVA

A equipe multiprofissional que atua na saúde pública é responsável pelo cuidado do paciente, tendo como tarefa promover ações para que este seja capaz de gerir sua própria saúde, promovendo e estimulando o autocuidado. Neste contexto, uma ação multiprofissional e interdisciplinar é um grande aliado da equipe da ESF.

Entende-se o fumante como um sujeito cujo autocuidado encontra-se prejudicado, visto permanecer fumando mesmo consciente dos males causados pelas inúmeras substâncias tóxicas contidas no cigarro. Mesmo assim, durante a prática diária no ESF Isidoro constata-se uma alta prevalência de fumantes na área, e verifica-se que muitos manifestavam interesse em parar de fumar ou já haviam tentado sem obter sucesso, demonstrando o fator psicológico contido no tabagismo.

Desta forma, tendo em vista a gravidade do tabagismo como um problema de saúde pública e conhecendo o Programa Nacional de Controle do Tabagismo e Outros Fatores de Risco de Câncer, surgiu a ideia de se criar uma ação que tivesse como núcleo o médico, a psicóloga da unidade, a nutricionista e o educador físico do NASF, mas também toda a equipe da unidade, para diminuir a sua prevalência na região, melhorar a qualidade de vida dos fumantes passivos (os que convivem com os fumantes sem o serem) e também dos ex- tabagistas, os quais também seriam abarcados nos grupos.

3 OBJETIVOS

3.1 *Geral*

- Elaborar proposta de intervenção para diminuir o número de pessoas com hábito de fumar na área de abrangência da ESF Isidoro Cândido Ferreira.

3.2 *Específicos*

- Avaliar a relevância e os benefícios de uma estratégia multiprofissional para fumantes;
- Estimular prática de atividade física;
- Estimular hábitos alimentares mais saudáveis.

4 METODOLOGIA

Inicialmente, realizou-se estimativa rápida para diagnóstico situacional da área de abrangência da ESF, a equipe constatou os seguintes problemas: tabagismo, diabetes, drogas e abuso de benzodiazepínicos. Depois da priorização do problema, ficou estabelecido que o tabagismo era o problema com maior urgência de intervenção, considerando o contexto do território e os recursos disponíveis.

A iniciação ao tabagismo é complexa e sofre influência de diversos setores da sociedade, como por exemplo, o sociocultural e o econômico. A iniciação precoce vinculada a desinformação são peças-chaves na dependência química. Todos esses fatores contribuem para que o tabagismo se torne um hábito insalubre na vida das pessoas e, no caso dos jovens, um estilo de vida, que passa a trazer consequências a estes usuários. Assim, a equipe selecionou os seguintes nós-críticos: hábitos e estilo de vida, nível de Informação e processo de trabalho da equipe de saúde.

Este projeto de intervenção foi dividido em duas etapas. Primeiramente, foi utilizado como referencial a pesquisa bibliográfica como uso dos descritores: Abandono do Uso de Tabaco, Tabagismo e Saúde Pública. Foram utilizados dois critérios para refinar os resultados: a abrangência temporal dos estudos definida entre os anos de 2000 a 2015, e o idioma, somente textos completos e de livre acesso em português e inglês. Essa busca foi feita no site da Biblioteca Virtual em Saúde (BVS) que abrange as bases de dados da Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde, *Scientific Electronic Library Online*, Índice Bibliográfico Espanhol de Ciências da Saúde e *Medical Literature Analysis and Retrieval System Online* e no site *National Center for Biotechnology Information*.

A busca foi realizada por meio dos descritores encontrados nos títulos e nos resumos dos artigos. A seleção dos artigos foi feita em conformidade com o assunto proposto, sendo descartados os estudos que, apesar de constarem no resultado da busca, não apresentaram resultados relacionados com o tema proposto.

Na segunda etapa do plano de intervenção, foi utilizado o método de pesquisa Planejamento Estratégico Situacional de Saúde (PES) proposto por Campos, Faria e Santos (2010). Para Artmann (1993), trata-se de um “método

de planejamento por problemas e trata, principalmente, dos problemas mal estruturados e complexos, para os quais não existe solução normativa” (ARTMANN, 1993, p. 20).

5 REVISÃO BIBLIOGRÁFICA

O tabagismo é considerado uma das principais causas de doenças e de mortalidade (EZZATI; LOPEZ, 2003; LOPEZ et al., 2006). Estima-se que, em 2030, oito milhões de pessoas morrerão por doenças ligadas ao tabaco; destas, mais de 80% ocorrerão em países de baixa e média rendas (MATHERS; LONCAR, 2006). O Ministério da Saúde enfatiza que os prejuízos à saúde pelo uso dos derivados do tabaco não se limitam ao câncer de pulmão e a outros cânceres, mas também incluem o enfisema; a bronquite crônica; as doenças cardiovasculares, como o infarto do miocárdio; e os acidentes vasculares encefálicos, grandes causas de morbimortalidade no Brasil, além do envelhecimento prematuro da pele, entre outras doenças (BRASIL, 1997).

O uso do tabaco é uma desordem comportamental complexa, em decorrência da dependência à nicotina (principal causadora da dependência do cigarro) e inclui várias fases: vulnerabilidade ao início do uso, risco de uso contínuo, propensão de se tornar dependente, dependência propriamente dita e a tentativa de retirada do tabaco (CENTERS FOR DISEASE CONTROL AND PREVENTION, 2011; AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION, 2013; BELSKY et al., 2013).

O tabagismo é uma doença complexa e sua abordagem requer a integração de diversos componentes que interagem e se potencializam para dar conta desta complexidade, assim, fica evidente que medidas psicossociais, não-medicamentosas, são grandes aliados no tratamento do fumante, podendo desta forma, potencializar o tratamento farmacológico (SUTHERLAND et al., 2003). Então, não há dúvidas que o trabalho multiprofissional e interdisciplinar é essencial para um melhor atendimento e tratamento ao tabagista.

O uso do fumo leva à dependência através da ação psicoativa da nicotina, da influência de fatores ambientais, de hábitos pessoais e de condicionamentos psicossociais. A dependência à nicotina é hoje uma das doenças crônicas mais comuns na população (BALBANI; MONTOVANI, 2002).

Os fumantes sabem dos riscos que o hábito de fumar acarreta e a maioria demonstram o desejo de parar de fumar (KHURANA et al., 2003). Mas é necessário vencer certas barreiras para alcançar o objetivo: 1) a falta de diagnóstico médico da dependência de nicotina; 2) o desconforto da abstinência e 3) o número insuficiente de serviços de apoio para abandono do

fumo e distribuição gratuita de medicamentos na rede pública de saúde (BALBANI, MONTOVANI, 2005).

É difícil comparar os resultados dos vários estudos científicos quanto à eficácia para abandono do fumo. É preciso levar em conta inúmeros fatores: as características culturais e socioeconômicas dos pacientes, os motivos que os levaram a participar do programa de abandono do fumo (procura espontânea ou motivo de doença), o grau de dependência da nicotina, o tempo de acompanhamento e os critérios utilizados para avaliar o sucesso do tratamento (objetivos ou subjetivos) (BALBANI, MONTOVANI, 2005, p. 826).

Além dos fatores psicológicos, a interrupção do tabagismo tanto em homens quanto em mulheres pode envolver o ganho de peso. (MUNAFO; MURPHY; JOHNSTONE, 2005; TWARDILLA *et al.* 2006). Nesse sentido, 1 a cada 10 fumantes que param de fumar podem ganhar de 11kg a 13,5 kg ficando a média em torno de 2kg a 4kg. Os primeiros seis meses são os períodos em que se observa o aumento do peso estabilizando-se após 1 ano (BRASIL, 2001).

A preocupação com o ganho de peso parece influenciar negativamente mais as mulheres, o que em muitos casos, pode interferir fortemente na decisão de parar de fumar. O ganho de peso durante a interrupção do tabagismo pode ser justificado pela substituição do cigarro pelo alimento. É comum observar entre as pessoas que param de fumar uma maior necessidade de consumir doces ou, então, de ter algo na boca, já que comer leva a uma gratificação oral assim como o cigarro. Além disso, com a interrupção do tabagismo, há gradativamente uma melhora do paladar o que pode aumentar o apetite (JOHN *et al.*, apud COSTA *et al.*, 2006, p. 399).

O ganho de peso é resultado do aumento do paladar e a troca do cigarro por comida, porém a maioria dos tabagistas é sedentário o que facilita o ganho de peso durante o processo de cessamento do tabagismo. O sedentarismo e o tabagismo apresentam altas prevalências mundialmente (WHO,1998) e os benefícios prática de exercícios físicos já é bem conhecidos e estudos mostram que fumantes podem ter 12% menos de capacidade aeróbica, em consequência da maior concentração de monóxido de carbono no organismo (ARAÚJO, 2000). Assim, ganho de peso somado ao sedentarismo desencorajam os tabagistas ao cessamento do fumo.

Evidências sugerem que o exercício pode ser importante como coadjuvante em programas de interrupção ao tabagismo. Possíveis explicações para este efeito incluem: redução no ganho de peso, redução dos sintomas de abstinência e do desejo de fumar. O efeito benéfico, do controle do peso pelo exercício, pode ser particularmente importante, como um motivador para aquelas pessoas que ganham peso e por isso continuam ou voltam a fumar (MENEZES apud COSTA et al., 2006, p. 401).

Trabalhos evidenciam que a prática de atividade física diminui o desejo a nicotina, a inquietação, os distúrbios do sono, a tensão e o estresse, além de aumentar a autoestima, ajudando no controle da recaída. Assim, o nível de exercício físico é inversamente proporcional ao tabagismo (COSTA et al., 2006).

A atenção primária, enquanto cenário maior de promoção da saúde tem produzido iniciativas relevantes no combate ao tabagismo, porém ainda com produção científica escassa relatada. Considerando o fator da interdisciplinaridade, ainda poucos resultados são encontrados.

Desse modo, uma ação que englobe uma atuação multiprofissional e interdisciplinar seria a mais eficiente no enfrentamento do tabagismo.

6 DESENVOLVIMENTO

6.1 *Proposta de intervenção*

O Plano de intervenção teve como partida a busca de pessoas da área adstrita a ESF Isidoro que tem interesse em parar de fumar. Para tanto, as agentes comunitárias de saúde da ESF tiveram papel fundamental, pois o levantamento foi realizado por elas. Realizado o levantamento das informações, o segundo passo dado foi fazer uma triagem dessas pessoas, foi marcado um horário de atendimento com a enfermeira e o médico, foi realizado anamnese, levantamento do histórico da saúde, familiar e de tabagismo, após os atendimentos, todos os pacientes foram convidados para participar do dia do combate ao tabagismo realizado no dia 26 de agosto.

No dia Nacional sem tabaco foi realizado palestras de conscientização sobre os malefícios provocados pelo tabagismo e orientação sobre os programas nacionais para cessamento do tabagismo. No período matutino tivemos 38 participantes e 42 no período vespertino. Após as palestras, todos responderam o questionário de dependência à nicotina de Fagerström (Figura 1).

Figura 1. Teste de Dependência à Nicotina de Fagerström

1. Quanto tempo após acordar você fuma seu primeiro cigarro?	
(1) Dentro de 5 minutos	3
(2) Entre 6-30 minutos	2
(3) Entre 31-60 minutos	1
(4) Após 60 minutos	0
(5) Não fuma	
2. Você acha difícil não fumar em lugares proibidos, como igrejas, ônibus, etc.?	
(1) Sim	1
(0) Não	0
3. Qual cigarro do dia traz mais satisfação?	
(1) O primeiro da manhã	1
(2) Outros	0
(3) Nenhum	
4. Quantos cigarros você fuma por dia?	
(1) Menos de 10	0
(2) De 11 a 20	1
(3) De 21 a 30	2
(4) Mais de 31	3
(5) Não fuma	
5. Você fuma mais frequentemente pela manhã?	
(1) Sim	1
(0) Não	0
6. Você fuma mesmo doente?	
(1) Sim	1
(0) Não	0

Conclusão sobre o grau de dependência:
0 - 2 pontos = muito baixo
3 - 4 pontos = baixo
5 pontos = médio
6 - 7 pontos = elevado
8 - 10 pontos = muito elevado

Fonte: PIETROBON et al., 2007.

Baseado no grau de dependência à nicotina, risco e comorbidades associados, foi selecionado 15 pacientes (8 mulheres e 6 homens) para participarem do Plano de intervenção, que teve a duração de três meses.

Foi coletado os dados antropométricos, a prática de exercícios físicos e alimentação para definir o plano de intervenção ao grupo. Após a seleção dos participantes e a coleta de dados, os profissionais envolvidos na proposta definiram o plano de intervenção em conjunto.

Apenas duas pessoas afirmaram realizar atividade física regularmente, assim evidenciou-se que os participantes do plano de intervenção são sedentários, portanto os exercícios propostos (quadro 1) consideraram tal

questão. O objetivo do treino proposto não é o de ganho de massa magra, mas sim, a melhora da capacidade cardiopulmonar, bem como a liberação de endorfina, uma substância natural produzida pelo cérebro durante e depois de uma atividade física que regula a emoção e a percepção da dor, ajudando a relaxar e gerando bem-estar e prazer. A endorfina é considerada um analgésico natural, reduzindo o estresse e a ansiedade e aliviando as tensões.

Quadro 1. Plano de atividades físicas

PLANO DE ATIVIDADES FÍSICAS	
30 dias iniciais	60 dias finais
0-30	31-90
Treino I – 30 minutos	Treino II- 40 minutos
5 minutos caminhada de intensidade leve	5 minutos caminhada de intensidade leve + 3 minutos de caminhada de intensidade moderada
20 agachamentos livres	20 agachamentos livres
1 min caminhada de intensidade moderada	2 min caminhada de intensidade moderada
20 polichinelos	20 polichinelos
1 min caminhada de intensidade moderada	2 min caminhada de intensidade moderada
20 abdominais	20 abdominais
1 min caminhada de intensidade moderada	2 min caminhada de intensidade moderada
10 flexões	10 flexões
1 min caminhada de intensidade moderada	2 min caminhada de intensidade moderada
1 minuto de descanso	1 minuto de descanso
5 minutos caminhada de intensidade leve	5 minutos caminhada de intensidade leve

Fonte: EQUIPE, 2015.

Todos os participantes declararam que tentam manter uma alimentação balanceada. Propor um cardápio, definindo alimentos, foge da realidade da maioria da população adscrita a ESF, portanto a nutricionista estabeleceu recomendações e dicas (quadro 2) para os participantes.

Quadro 2. Recomendações nutricionais

RECOMENDAÇÕES NUTRICIONAIS	
Café da manhã	Suco natural, pão integral, cereais (aveia, granola e quinoa), frutas, leite, queijo magro, peito de peru, presuntos magros, ovos mexidos, manteiga e geleias. Claro que você não terá que comer tudo isso num único dia, mas tente ingerir nessa refeição uma porção de frutas + carboidrato (pão ou algum cereal) + proteína (leite, queijo, peito de peru, manteiga, ovos).
Almoço	<p>O prato ideal é aquele que agrupa os seguintes grupos: energéticos (carboidratos) + construtores (proteínas) + reguladores (verduras e legumes).</p> <p>O prato típico brasileiro arroz, feijão, carne e salada, é o mais completo e saudável. Dê preferência ao arroz integral e a carnes magras. Coma muita verdura crua e legumes cozidos no vapor. Prefira os alimentos assados, grelhados e ensopados e fuja das frituras.</p> <p>Se você quer variar o cardápio troque o feijão pelo grão de bico, lentilha ou ervilha. Se não quer arroz, faça um delicioso purê de batatas, mandioquinha ou cenoura.</p> <p>O importante é sempre variar e deixar o prato bem colorido, com bastante variedade de alimentos.</p> <p>Evite a ingestão de refrigerantes durante a refeição. Opte por suco natural ou água e coma uma fruta de sobremesa.</p> <p>Aliás, beba sempre muita água entre as refeições.</p>
Lanches	Entre uma refeição e outra você deve se alimentar para não passar muitas horas de estômago vazio. A nossa sugestão é: barra de cereais, frutas, amêndoas, castanhas, nozes ou suco naturais.
Jantar	O jantar deve ser leve e de fácil digestão. Saladas, frutas, sopas, caldos, lanches naturais, omeletes, são os alimentos mais indicados para se consumir à noite. Se você quer se alimentar como no almoço, tente comer pouco e pelo menos 2 horas antes de dormir.
DICAS	
	<ul style="list-style-type: none"> • Ocupe a boca com balas de gengibre, hortelã e menta sem açúcar e masque cravo-da-índia. Esses sabores fortes diminuem a vontade de fumar. • Tenha sempre à mão 'palitinhos' de cenoura para as horas de maior tentação. • Reduza o consumo de doces (ricos em gorduras) e refrigerantes (calóricos), que não saciam e nem têm nutrientes. • Evite bebidas alcoólicas e café, por estarem associados ao cigarro. • Aumente a ingestão de líquidos. • Consuma alimentos ricos em fibras, como pão integral, frutas e verduras cruas, que aumentam a sensação de saciedade. • Fracione as refeições em seis vezes, com quantidades menores de alimentos e de baixas calorias. • Varie o cardápio e abuse dos temperos para quebrar a rotina

Fonte: EQUIPE, 2015.

A psicóloga criou e coordenou o grupo operativo durante os três meses de intervenção, como encontros quinzenais. O médico definiu o melhor tratamento para cada participante através do resultado do teste de dependência à nicotina, assim foi avaliada a indicação da terapia medicamentosa mais adequada (pastilhas, adesivos de nicotina, os quais consistem na reposição de nicotina para diminuir as crises de abstinência) ou cloridrato de bupropiona, um antidepressivo que atua amenizando os sintomas da abstinência do tabaco.

Os pacientes passaram por atendimento uma vez mês com nutricionista, educador físico e com o médico e quinzenalmente com a psicóloga. E a equipe multiprofissional se reuniu uma vez por mês para discutir o tratamento dos participantes.

7 CONSIDERAÇÕES FINAIS

A execução do plano de intervenção com adoção de uma estratégia multiprofissional e interdisciplinar para o cessamento do tabagismo mostra-se eficiente, assim uma ação que englobe uma atuação multiprofissional e interdisciplinar é a mais eficiente no enfrentamento do tabagismo.

O cigarro gera, além da dependência física, uma dependência psicológica, tornando-se um grande aliado do fumante como um suporte diante de sentimentos e situações desagradáveis e ansiógenas, dando-lhe a sensação ilusória de bem-estar e alívio. Assim, uma estratégia multiprofissional e interdisciplinar onde o sujeito tem a possibilidade de falar sobre tais sentimentos e compartilhá-los com profissionais de saúde é um ótimo aliado para se trabalhar conjuntamente as fantasias contidas nestes temores. Muitos fumantes quando pensam em parar de fumar sentem-se muito tristes, pois acreditam estarem se despedindo de um amigo, visto o cigarro ser muito utilizado no enfrentamento da solidão com todos os sentimentos e dificuldades inerentes a este estado afetivo. Os fumantes ainda acreditam que só são capazes de realizar certas atividades com auxílio do cigarro. Desta forma, uma estratégia multiprofissional e interdisciplinar é essencial para fortalecer o indivíduo até o ponto em que se sinta capaz de realizar algumas atividades sem o cigarro e consiga parar.

Pode-se observar que a abordagem multiprofissional no tratamento do tabagismo, além de prevenir doenças tabaco-relacionadas, promove mudanças de hábitos (alimentares e de atividade física); a reestruturação cognitiva, promovendo mudanças comportamentais e a redução do sedentarismo.

A motivação para o abandono do tabagismo precisa ser trabalhada e aprimorada por cada profissional de saúde junto ao paciente. Durante a intervenção, a mudança de hábitos, incluindo a reestruturação cognitiva, auxilia também no controle da ansiedade, funcionando como pilar da manutenção da abstinência da nicotina.

No decorrer do tratamento medicamentoso, alguns pacientes relataram que a Bupropiona provocou aumento da vontade de fumar e da pressão arterial. Nesses casos, foi avaliado se o uso do medicamento trazia risco à saúde do paciente e caso contrário, conversava-se com o paciente para lhe explicar que tal sensação decorria da ansiedade gerada pela dependência à

nicotina e insistíamos no tratamento; caso trouxesse riscos ao paciente o tratamento era interrompido e iniciado outro mais indicado. Já os pacientes que utilizaram o adesivo relataram vermelhidão e prurido no local de aplicação do mesmo e nesses casos eram orientados a mudar o local de aplicação do adesivo; caso persistisse o sintoma, o uso era interrompido e iniciávamos outro mais indicado.

Em relação à prática de atividade física, a maioria reclamou de falta de tempo, mas relataram que tentavam realizar o protocolo de exercícios propostos pelo menos 3 vezes por semana.

Apesar de 5 pessoas não terem conseguido parar de fumar, é importante salientar que estas pessoas apresentaram uma significativa diminuição no número de cigarros consumidos por dia, o que resulta em repercussão benéfica sobre a saúde delas e dos que com elas convivem.

Parar de usar tabaco resulta em melhoras na saúde e na qualidade de vida do indivíduo e das pessoas que convivem com ele. Quando a pessoa consegue deixar de fumar, logo começa a sentir os benefícios da sua atitude, como o aumento da capacidade pulmonar, melhora da disposição física e redução do risco de doenças cardiovasculares, enfisema pulmonar e diversos tipos de câncer.

Sabe-se que deixar de fumar não é uma tarefa fácil, mas com a ajuda de uma equipe multiprofissional que forneça suportes, esse caminho pode ser menos árduo e as chances de sucesso são maiores.

REFERÊNCIAS

AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION. **Diagnostic and statistical manual of mental disorders: DSM-5.** 5th edition. Washington, DC: Author, American Psychiatric Publishing, 2013.

ARAÚJO, C.G.S. **Teste de esforço e prescrição de exercício.** 5ed. Rio de Janeiro: Revinter: 2000.

ARTMANN, E. **O Planejamento Estratégico Situacional: A Trilogia Matusiana e uma Proposta para o Nível Local de Saúde (Uma Abordagem Comunicativa).** 1993. Dissertação de Mestrado, Rio de Janeiro: Escola Nacional de Saúde Pública, Fundação Oswaldo Cruz.

BALBANI, A. P. S.; MONTOVANI, J. C. Monóxido de carbono endógeno e as vias aéreas. **Rev Bras Alergia Imunopatol**, 2002, vol. 25, 116-121.

BALBANI, A.P.S.; MONTOVANI, J.C. Métodos para abandono do tabagismo e tratamento da dependência da nicotina. **Rev. Bras. Otorrinolaringol.** 2005, vol.71, n.6, pp. 820-827. <http://www.scielo.br/pdf/rboto/v71n6/a21v71n6.pdf>

BELSKY, D., et al. Polygenic risk and the developmental progression to heavy, persistent smoking and nicotine dependence. **JAMA Psychiatry.** 2013, vol.70, n.5, 534–542.

BRASIL. INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA –IBGE. **Censo 2010.** Disponível em: < <http://cod.ibge.gov.br/232N1> >. Acesso em: 10 set. 2015.

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

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

CENTERS FOR DISEASE CONTROL AND PREVENTION (CDC). Quitting smoking among adults:United States, 2001–2010. **Morb Mortal Wkly Rep.** 2011, vol. 60, n.44,1513-1519.

COSTA, A.A. et al. Programa Multiprofissional de Controle do Tabagismo: aspectos relacionados à abstinência de longo prazo. **Revista da SOCERJ.** 2006, vol.19, n. 5, 397- 403.

EZZATI, M.; LOPEZ, A. D. Estimates of global mortality attributable to smoking. **Lancet.** 2003, n.362, 847–852.

KHURANA, S., et al. Twenty-first century tobacco use: it is not just a risk factor anymore. **Respir Med.** 2003, vol. 97, 295-301

LOPEZ, A.D. et al. Global and regional burden of disease and risk factors, 2001: systematic analysis of population health data. **Lancet**. 2006, n.367,1747–1757.

MATHERS, C.D.; LONCAR, D. Projections of global mortality and burden of disease from 2022 a 2030. **PloS Med**. 2006, vol. 3, n. 11,442-450.

MUNAFO, M. R.; MURPHY, M. F.; JOHNSTONE, E. C. Smoking cessation, weight gain, and DRD4 -521 genotype. **Int J Obes**. 2005, vol. 29, n.10, 1289-294.

PIETROBON, R.C.; BARBISAN, J.N.; MANFROI, W.C. Utilização do teste de dependência à nicotina de Fagerström como um instrumento de medida do grau de dependência. **Rev HCPA**. 2007, vol. 27, n. 3, 31-36.

ROSA, W.A.G.; LABATE, R.C. Programa Saúde da Família: a construção de um novo modelo de assistência. **Rev. Latino-am Enfermagem**. 2005, vol.13, n. 6,1027-1034.

SUTHERLAND, G. Smoking: can we really make a difference? **Heart**. 2003, vol. 89 (Suppl II):1125-7.<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC1876294/>

WORLD HEALTH ORGANIZATION - WHO. **Guidelines for controlling and monitoring the tobacco epidemic**. Geneva; 1998.