

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

JÚLIA THALITA QUEIRÓZ ROCHA

PROPOSTA DE ENFRENTAMENTO DO TABAGISMO PELA
ESTRATÉGIA DE SAÚDE DA FAMÍLIA NO BAIRRO VILA ANÁLIA,
MONTES CLAROS – MG

MONTES CLAROS – MINAS GERAIS

2014

JÚLIA THALITA QUEIRÓZ ROCHA

**PROPOSTA DE ENFRENTAMENTO DO TABAGISMO PELA
ESTRATÉGIA DE SAÚDE DA FAMÍLIA NO BAIRRO VILA ANÁLIA,
MONTES CLAROS – MG**

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

Orientador: Prof.^a Agma Leozina Viana Souza.

MONTES CLAROS - MINAS GERAIS

2014

JÚLIA THALITA QUEIRÓZ ROCHA

**PROPOSTA DE ENFRENTAMENTO DO TABAGISMO PELA
ESTRATÉGIA DE SAÚDE DA FAMÍLIA NO BAIRRO VILA ANÁLIA,
MONTES CLAROS – MG**

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

Orientadora: Prof.^a Agma Leozina Viana Souza

Banca Examinadora

Prof.^a Agma Leozina Viana Souza - Orientadora

Prof.^a Carla Jorge - Examinadora

Aprovado em Belo Horizonte: 24/04/2014

ABSTRACT

Montes Claros is the main city in the north of Minas Gerais with 361.915 inhabitants in a total area of 3.568,94 km², located to 418 km of Belo Horizonte. The team of Strategy of Health of neighborhood Vila Anália's Family-ESF VA exists since 1999 in this municipal district, being responsible for 1088 registered families, totaling 4210 inhabitants. The appealing population demand with relationship to the support for the abstention of the habit of smoking, before countless frustrated attempts, he/she became a curious and attractive factor for study and intervention, sees the unanimity of the discomfort and the user's dissatisfaction for the presence of the habit in spite of the countless effective social problems. Second IBGE (2008), 17,5% of the Brazilian population with fifteen years or more makes tobacco use. With base in these data, he/she is considered that in the territory of inclusion of ESF Vila Anália 507 tabagistas exist with age same or superior to 15 years. In that way, the approach of the habit of smoking is justified for configuring as potential risk to the health, being made priority in a population whose principal death cause is the cardiovascular diseases, still associated, the full dissatisfaction of the chronic users' of the tobacco enormous majority. The objective of the work is to propose an intervention plan to be applied in the area of performance of ESF Vila Anália, seeking reduction of the tabagismo with improvement of the sobrevivida and quality of life of the local population.

Keywords: tobacco, health of the family, habit of smoking.

RESUMO

Montes Claros é a principal cidade no norte de Minas Gerais com 361.915 habitantes numa área total de 3.568,94 km², localizada a 418 km de Belo Horizonte. A equipe de Estratégia de Saúde da Família do bairro Vila Anália – ESF VA existe desde 1999 neste município, sendo responsável por 1088 famílias cadastradas, totalizando 4210 habitantes. A demanda populacional recorrente quanto ao suporte para a abstenção do hábito de fumar, diante inúmeras tentativas frustradas, tornou-se um fator curioso e atrativo para estudo e intervenção, visto a unanimidade do desconforto e insatisfação do usuário pela presença do hábito, apesar dos inúmeros problemas sociais vigentes. Segundo IBGE (2008), 17,5% da população brasileira com quinze anos ou mais faz uso de tabaco. Com base nestes dados, estima-se que no território de abrangência da ESF Vila Anália existam 507 tabagistas com idade igual ou superior a 15 anos. Dessa forma, a abordagem do hábito de fumar justifica-se por configurar-se como risco potencial à saúde, fazendo-se prioridade em uma população cuja principal causa de óbito são as doenças cardiovasculares, associadas ainda, a insatisfação plena da enorme maioria dos usuários crônicos do tabaco. O objetivo do trabalho é propor um plano de intervenção a ser aplicado na área de atuação da ESF Vila Anália, visando redução do tabagismo com melhora da sobrevida e qualidade de vida da população local.

Palavras-chave: tabaco, saúde da família, hábito de fumar.

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO.....	7
2 JUSTIFICATIVA.....	10
3 OBJETIVOS.....	11
3.1 OBJETIVO GERAL.....	11
3.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS.....	11
4 REVISÃO DE LITERATURA.....	12
4.1 Tabagismo: definição, critérios diagnósticos e a prevalência nacional	12
4.2 O Tabagismo Passivo.....	14
4.3 A Iniciação do Tabagismo.....	14
4.4 Políticas e Programas para o Controle e Combate do Tabagismo	15
4.5 Motivação para Mudança.....	16
4.6 Abordagem e Tratamento do Tabagismo.....	17
5 METODOLOGIA	19
6 PLANO DE INTERVENÇÃO.....	20
7 DISCUSSÃO.....	23
8 CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	24
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	25

1 INTRODUÇÃO

Montes Claros, nascida de expedições bandeirantes e emancipada há 156 anos, é a principal cidade no norte de Minas Gerais com área de 3.470 km². Localizada a 418 km da capital, é o segundo maior entroncamento rodoviário do país com saídas para Brasília-DF através da BR 381/040, Salvador pela BR 251 e Belo Horizonte pela BR 135, a partir daí vias de acesso a São Paulo, Rio Janeiro, Espírito Santo e demais estados do país (PREFEITURA MUNICIPAL DE MONTES CLAROS, 2013). Segundo o Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE, 2010), a população de Montes Claros é de 361.971, sendo que 344.479 pessoas residem na zona urbana e 17.492 na zona rural. Quanto ao saneamento, 92 % da população é abastecida por água da Companhia de Saneamento de Minas Gerais (COPASA), 88% possui rede de esgoto e 90% possui coleta de lixo. A economia é diversificada, com evidência para a indústria, o comércio e a pecuária (PREFEITURA MUNICIPAL DE MONTES CLAROS, 2013). A renda *per capita* local é de R\$ 931,59 na zona urbana e R\$ 450 reais na zona rural e o seu Produto Interno Bruto (PIB) *per capita* é de R\$12.436,53 (IBGE 2010). De acordo com o portal Objetivos de Desenvolvimento do Milênio (ODM), o Índice de Desenvolvimento Humano (IDH) é de 0,770, entretanto, 12,4% da população vive abaixo da linha da pobreza. Em relação á educação, em 2011 o Índice de Desenvolvimento da Educação Básica (IDEB) para o ensino fundamental passou de 5,1 para 4,7, ultrapassando a meta do Ministério da Educação e a média brasileira de 4,1. O ensino médio ficou com nota 4,4, também ultrapassando a média brasileira de 3,7 (Portal ODM). Há na cidade 13 instituições privadas de ensino superior e um Campus da Universidade Estadual de Montes Claros e um Campus da Universidade Federal de Minas Gerais.

Montes Claros polariza 11 municípios da microrregião: Bocaiúva, Claro dos Poções, Engenheiro Dolabela, Engenheiro Navarro, Francisco Dumont, Glaucilândia, Guaraciama, Itacambira, Joaquim Felício, Juramento e Olhos d'Água, sendo referencia para os atendimentos a nível secundário e terciário de alta complexidade.

O complexo de saúde da cidade dispõe de 3 policlínicas, 7 unidades hospitalares, 2 Centros de Apoio Psicossocial (CAPS), 1 Centro de Controle de Zoonoses (CCZ), 1 Centro de Referência em Doenças Infecciosas, 1 Centro de Oftalmologia Social (COS), 1 Centro de Referência em Saúde dos Trabalhadores (CEREST), 24 consultórios odontológicos em

escolas, 15 consultórios odontológicos em Centros de Saúde, 45 consultórios odontológicos nas unidades da ESF, 2 farmácias populares (ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA, 2010).

A Estratégia de Saúde da Família (ESF) teve início em 1998 com duas unidades. Atualmente existem 59 equipes, sendo 52 na zona urbana e 7 na zona rural. (ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA, 2010). Apesar de dispor de todos os níveis de assistência à saúde e de ser o gestor pleno desta, o município encontra-se em processo de estabelecimento de um modelo integrado de assistência com enfoque na Atenção Primária. Optar-se por uma rede integrada e horizontal é uma alternativa concreta de melhoria geral em todos os setores de prestação de serviços em saúde. Percebe-se no município um aumento, apesar de ainda insuficiente, do incentivo financeiro e gerencial no atendimento primário, o que facilita o sucesso em todas as áreas de assistência. Estratégias como o Saúde da Família são modelos que contribuem fortemente para atingir este objetivo.

A equipe de Estratégia de Saúde da Família do bairro Vila Anália existe desde 1999, sendo responsável por 1088 famílias, totalizando 4210 habitantes. Segundo o cadastro da equipe, existem 92 chefes de família analfabetos, onde 17,2% possuem renda *per capita* inferior a R\$ 60,00 (SIAB, 2012 *apud* ALVES, *et al.* 2012). O perfil demográfico da população tem a seguinte distribuição: 15,4% crianças, 19,63% adolescentes, 59,11% adultos e 5,87% idosos, conforme o gráfico abaixo:

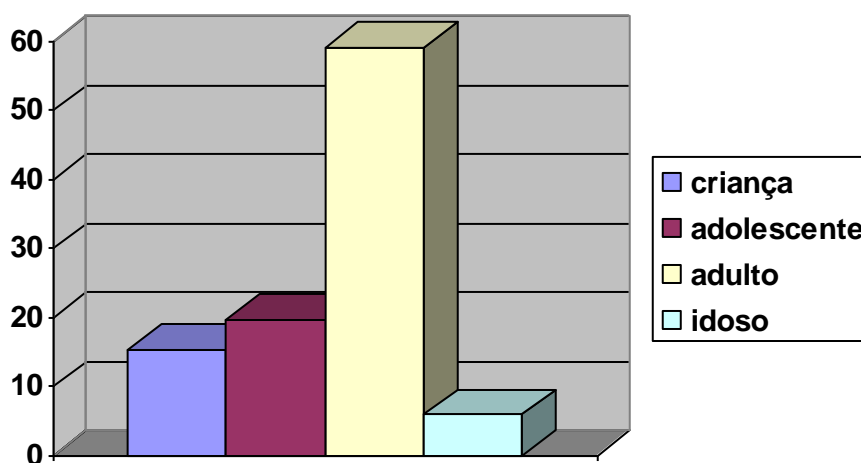


Gráfico 1: Distribuição por grupo etário da população da área de abrangência da ESF Vila Anália.

A equipe Vila Anália é composta por sete Agentes Comunitários de Saúde (ACS), uma enfermeira, uma médica, uma auxiliar de enfermagem, uma auxiliar de consultório dentário e um dentista. Fazendo parte dessa equipe como médica, tive a oportunidade de iniciar o Curso de Especialização em Atenção Básica e Saúde da Família (CEABSF) da Universidade Federal de Minas Gerais. Como requisito parcial para a obtenção do título de especialista e após levantamento de necessidades da população através do diagnóstico situacional, apresento a proposta de enfrentamento do tabagismo na área de abrangência da equipe. A escolha por este tema se baseou na demanda recorrente da população por um suporte para a abstenção do hábito de fumar. Este problema tornou-se fato curioso e inquietante para o estudo e intervenção, visto a unanimidade do desconforto e insatisfação de vários usuários pelo hábito.

2 JUSTIFICATIVA

A escolha do tabagismo como tema para a proposta de intervenção, justifica-se acima de tudo no potencial de risco que esta droga oferece aos consumidores, tanto aos ativos quanto os passivos, fazendo-se prioridade em uma população cuja principal causa de óbito é doença cardiovascular. Outro fato que impulsionou esta escolha foi a percepção, durante os atendimentos, da insatisfação plena de maioria dos usuários crônicos do tabaco e o desejo de cessar o uso com ajuda profissional.

A relevância do tema, a busca da população por auxílio á cessação e a viabilidade dos métodos de intervenção consolidam a proposta como produto de transformação sócio-cultural e assistencial para a comunidade do bairro Vila Anália de Montes Claros.

3 OBJETIVOS

3.1 OBJETIVO GERAL

Propor um plano de intervenção na área de abrangência da ESF Vila Anália, visando redução do tabagismo.

3.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Reduzir o percentual de pessoas tabagistas na área de abrangência.
- Contribuir para a redução de danos á saúde da população.
- Ampliar a divulgação sobre os males do cigarro.
- Desestimular o início do consumo do cigarro.
- Propor hábitos saudáveis.

4 REVISÃO DE LITERATURA

4.1 Tabagismo: definição, critérios diagnósticos e a prevalência nacional

A Organização Mundial de Saúde (OMS) define o tabagismo como um risco concreto á vida, estando associado a mais de 50 doenças que podem acometer praticamente todos os órgãos do corpo humano. É classificado na Décima Revisão da Classificação Internacional de Doenças (CID-10), no grupo dos transtornos mentais e de comportamento decorrentes do uso de substância psicoativa.

O tabagismo é o resultado da dependência química da nicotina, substância presente em todos os derivados do tabaco (cigarros de todos os tipos, inclusive os de palha, cachimbos, charutos, fumos de rolo, rapé, narguilé e outros). Além da nicotina, são conhecidas mais de 4.720 substâncias que são eliminadas durante a queima do cigarro. Após a tragada, a nicotina chega ao cérebro em 7 a 19 segundos, provocando a liberação de substâncias como dopamina, noradrenalina, acetilcolina, serotonina e beta-endorfina. Todas essas proporcionam a sensação de prazer e relaxamento, aumento da concentração e da memória e diminuição da ansiedade e da tensão.

É considerado como a maior causa evitável de doença e morte no mundo, sendo fator de risco para 6 das 8 principais causas de morte. Provoca mais mortes prematuras do que a soma das mortes por AIDS, cocaína, heroína, álcool, acidentes de trânsito, incêndios e suicídios. Anualmente, morrem cerca de 6 milhões de fumantes no mundo, sendo cerca de 200 mil no Brasil (SANTOS & OLIVEIRA, 2012).

Segundo o IBGE (2008), 17,5% da população brasileira com quinze anos ou mais faz uso de tabaco, sendo por isso, considerado uma doença pediátrica. A Região Sudeste possui o maior contingente de fumantes com 10,4 milhões de pessoas. Ainda em dados do IBGE (2008), a prevalência é maior em homens, moradores da zona rural (20,4%), nas pessoas sem instrução ou com menos de um ano de estudos (25,7%), naqueles que se declararam cor preta ou parda (19 % contra 15,3%) e ainda naqueles sem rendimentos ou que recebem menos de ¼ de salário mínimo (22,9% da população exposta).

Com base nos dados nacionais, estima-se que no território de abrangência da ESF Vila Anália haja 507 fumantes com idade igual ou superior a 15 anos (SIAB, 2012 *apud* ALVES, *et al.* 2012).

Faz parte da abordagem do fumante, a determinação do grau de dependência da droga, assim o instrumento mais utilizado para este objetivo é o Teste de Fagerstrom. Constituído de 6 perguntas (QUADRO 1), este teste possibilita a classificação da dependência de acordo com os seguintes escores: de 0 a 2 equivale a dependência muito baixa; de 3 a 4 equivale a baixa dependência; 5 equivale a média dependência; 6 a 7: elevada dependência e 8 a 10 dependência muito elevada. Uma soma acima de seis pontos indica que, provavelmente, o paciente terá desconforto significativo (síndrome de abstinência) ao deixar de fumar.

Quadro 1: Teste de Fagerstrom

<p>1- Quanto tempo após acordar você fuma seu primeiro cigarro?</p> <p>(3) nos primeiros 5 minutos</p> <p>(2) de 6 a 30 minutos</p> <p>(1) de 31 a 60 minutos</p> <p>(0) mais de 60 minutos</p> <p>2. Você acha difícil não fumar em lugares proibidos?</p> <p>(1) sim</p> <p>(0) não</p> <p>3. Qual o cigarro do dia que traz mais satisfação?</p> <p>(1) o 1° da manhã</p> <p>(0) os outros</p> <p>4. Quantos cigarros você fuma por dia?</p> <p>(0) menos de 10</p> <p>(1) 11-20</p> <p>(2) 21-30</p> <p>(3) mais de 31</p> <p>5. Você fuma mais frequentemente pela manhã?</p> <p>(1) sim</p> <p>(0) não</p> <p>6. Você fuma mesmo doente, quando precisa ficar acamado a maior parte do tempo?</p> <p>(1) sim</p> <p>(0) não</p>

Outro critério diagnóstico da dependência á nicotina é o Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (DSM-IV) demonstrado no Quadro 2. Vale ressaltar que estes critérios

capturam dimensões diferentes da adição á nicotina e que os critérios do DMS-IV, exceto o primeiro item, são aplicáveis a outras substancias psicoativas.

Quadro 2: Critérios Diagnósticos do DSM-IV

<ol style="list-style-type: none"> 1- Consumo diário de nicotina. 2- Sintomas com a súbita interrupção ou acentuada redução do consumo de nicotina por 24 h ou mais: depressão, ansiedade, insônia, dificuldade para se concentrar, inquietude, queda da frequência cardíaca, aumento do apetite. 3- Sintomas descritos acima que produzem mal estar com deterioração das atividades laborais ou sociais. 4- Os sintomas não se originam de uma doença clínica, nem se explicam pela presença de outro transtorno mental.

DSM: Manual Estatístico e Diagnóstico das Desordens Mentais

4.2 O Tabagismo Passivo

O tabagismo passivo, exposição de não-fumantes à fumaça do cigarro, é considerado a terceira causa de morte evitável no mundo, após o tabagismo ativo e o alcoolismo. Esta exposição aumenta o risco de desenvolver o câncer de pulmão (15 a 30%), de infarto do miocárdio (20 a 24%), de acidente vascular cerebral (25%) e outras doenças. As crianças que convivem com fumantes têm maior risco de apresentar infecções respiratórias e asma brônquica e de morrer em consequência das mesmas. A gestante que fuma tem um risco aumentado de complicações da gravidez, como abortos, sangramentos, partos prematuros. Pode haver danos para o bebê, como aumento do risco de baixo peso de nascimento (duas vezes), de morte súbita infantil (cinco vezes) (SANTOS & OLIVEIRA, 2012). O tabagismo passivo mata 600 mil pessoas por ano no mundo, sendo que mais de ¼ são crianças. No Brasil mata sete pessoas por dia (DIEHL, CORDEIRO, LARANJEIRA, 2011).

4.3 A Iniciação do Tabagismo

Noventa por cento dos fumantes ficam dependentes da nicotina antes dos 19 anos de idade. A iniciação do hábito é influenciada por vários fatores, dentre estes, alguns são citados a seguir: depressão, baixa estima, estresse, impulsividade, fraco desempenho escolar, ansiedade, hiperatividade, fatores genéticos, étnicos e de gênero; exemplo dos pais ou outros membros da família, professores, artistas, ídolos; falta de suporte afetivo dos pais; publicidade da indústria do

tabaco com alusão ao “status”, “glamour”, poder, sensualidade e melhor desempenho esportivo (SANTOS, OLIVEIRA, 2012).

Ações de controle do tabagismo precisam ir além da abordagem e do tratamento das pessoas fumantes e adentrar em escolas e locais frequentados por crianças e jovens ampliando a divulgação dos riscos associados ao consumo desta droga. Políticas por ambientes 100% livres do tabaco são incentivadas, e hoje está definida a proibição de fumar em ambientes fechados, como domicílios, escolas, empresas e locais públicos.

4.4 Políticas e Programas para o Controle e Combate do Tabagismo

A Convenção-Quadro para o Controle do Tabaco (CQCT) é o primeiro tratado internacional que visa conter a epidemia do tabagismo em todo mundo. Negociado sob coordenação da Organização Mundial de Saúde (OMS), o Brasil ratificou sua adesão em 2005, passando a integrar a Política Nacional de Controle do Tabaco (PNCT), o que torna obrigatório o cumprimento das medidas e diretrizes. Os principais programas e ações que integram a atual PNCT são:

- Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA): regulação e fiscalização dos derivados do tabaco.
- Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE): realização de inquéritos periódicos sobre o tabagismo entre jovens e grandes inquéritos nacionais.
- Programa Nacional de Diversificação da Produção em Áreas Cultivadas com Tabaco vinculado ao Ministério do Desenvolvimento Agrário, foi condicionante para a ratificação da CQCT no Congresso Nacional.
- Secretaria Nacional de Política sobre Drogas (SENAD): inclui o tema tabagismo em ações de educação, divulgação, comunicação e desenvolvimento de pesquisas para monitorar o consumo de drogas lícitas e ilícitas.
- Ministérios de Justiça e Fazenda: política de preços e impostos para o setor fumo e combate ao mercado ilegal de produtos de tabaco.

- Ministério da Saúde / Instituto Nacional de Câncer: articulação do PNCT e elaboração do Consenso sobre Abordagem e Tratamento do Fumante que contem as linhas gerais sobre os métodos de cessação do tabagismo.

4.5 Motivação para Mudança

A mudança de hábito varia de acordo com a fase de motivação que o indivíduo se encontra. Prochaska e Di-Clemente (1982) descrevem a mudança como um processo dinâmico que se modifica no tempo e nas circunstâncias. Frente às abordagens que envolvem mudança de hábitos, é importante considerar o estágio no qual a pessoa se encontra. São descritos cinco estágios que são dinâmicos e devem ser identificados pelo profissional de saúde (CAVALCANTE & OLIVEIRA, 2012).

1) Pré-contemplanção: neste estágio a pessoa não pensa em mudar. Seu comportamento não é entendido como um problema ou um risco. O papel do profissional nesta fase é mostrar as preocupações com o comportamento de risco. A entrevista motivacional pode ser uma estratégia empregada nesta fase.

2) Contemplanção: a pessoa pode estar ambivalente em relação á mudança, ou seja, ao mesmo tempo em que ela deseja mudar, não age em relação á mudança. Nesta fase há abertura para aceitar as abordagens. O profissional deve oferecer apoio, acentuar o lado positivo da mudança. A entrevista motivacional deve ser empregada para aumentar a transição para a fase seguinte.

3) Determinação: neste estágio a ambivalência diminui e a pessoa parece estar pronta para comprometer-se com a ação. O profissional deve ajudar a elaborar um plano de ação e metas mantendo atenção para a possibilidade de recaídas, antecipando-se frente aos problemas.

4) Ação: é o estágio de realização da mudança. O profissional deve ajudar a pessoa a dar rumos á mudança, oferecer opções ou modelos que busquem a auto-eficácia.

5) Manutenção: seis meses após a mudança pode-se considerar a pessoa nesta fase e o desafio é justamente persistir no novo comportamento. O profissional deve auxiliar a pessoa a consolidar o processo, identificar e manejar deslizes e recaídas.

4.6 Abordagem e Tratamento do Tabagismo

No Sistema Único de Saúde (SUS), a abordagem e o tratamento do tabagismo estão regulamentados pelas Portarias 1.035/2004 e 442/2004, editadas pelo Ministério da Saúde com o propósito de permitir o acesso da abordagem nas diversas situações de atendimentos possíveis os níveis de atenção primária, secundária e terciária da saúde.

As oportunidades de abordagem do fumante não devem ser desperdiçadas. Existem duas formas de fazê-la: a breve ou mínima e a básica. A forma breve, identificada pela mnemônica PAAP consiste em Perguntar e Avaliar, Aconselhar e Preparar o fumante para deixar de fumar sem, no entanto acompanhá-lo. Pode ser feita por qualquer profissional e tem duração de 3 minutos. A abordagem básica PAAPA também pode ser feita por qualquer profissional é mais recomendada e dura de 3 a 5 minutos. Consiste em Perguntar, Avaliar, Aconselhar, Preparar e Acompanhar o fumante.

O modelo de tratamento adotado pelo SUS é baseado na abordagem cognitivo-comportamental. Esta técnica combina intervenções cognitivas com treinamento de habilidades comportamentais, ou seja, estimula o autocontrole para que o indivíduo reaprenda a viver sem o hábito de fumar. Os componentes da abordagem variam desde técnicas de relaxamento e exercícios respiratórios passando pelo controle dos estímulos desencadeadores do hábito de fumar e da fissura. Estudos mostram que o tempo de duração das abordagens não deve ultrapassar 90 minutos, entretanto, o acompanhamento com quatro a seis sessões aumenta essa taxa (BRASIL, 2001).

Além da abordagem cognitivo-comportamental, o apoio medicamentoso é disponibilizado, de acordo com o Consenso de Abordagem e Tratamento do Fumante (2001) nas seguintes situações:

1. pessoas que fumam 20 ou mais cigarros por dia;
2. pessoas que fumam o 1º cigarro até 30 minutos após acordar e fumam no mínimo 10 cigarros por dia;
3. pessoas com escore do teste de Fagerstrom igual ou maior do que 5, ou a critério do profissional;

4. pessoas que já tentaram parar de fumar anteriormente apenas com a abordagem cognitivo-comportamental, mas não obtiveram êxito devido a sintomas da síndrome de abstinência;
5. não haver contra-indicações clínicas.

Atualmente são disponibilizados pelo Programa Nacional de Controle e Combate ao Tabagismo do Ministério da Saúde o Cloridrato de Bupropiona e os repositores de nicotina (adesivo e goma).

5 METODOLOGIA

Durante o Curso de Especialização em Atenção Básica em Saúde da Família, através das disciplinas Planejamento e Avaliação das Ações de Saúde e Iniciação à Metodologia Científica, foi realizado o diagnóstico situacional da ESF Vila Anália. O levantamento de dados ocorreu em abril e maio de 2013 e considerou a técnica de estimativa rápida baseada em observação clínica e reunião com a equipe de saúde. Foram identificados problemas estruturais e assistenciais. A escolha pelo tabagismo foi impulsionada por sua ampla relação causal com as doenças cardiovasculares e os cânceres. Foram utilizadas publicações do Ministério da Saúde e da Biblioteca Virtual do NESCON, o Consenso e livros sobre o tema. O critério de seleção das referências considerou a clareza, praticidade e adequação da edição, para a construção do plano de intervenções.

6 PLANO DE INTERVENÇÃO

A proposta de enfrentamento do tabagismo na ESF Vila Anália prevê as seguintes etapas:

1) Treinar a médica e a enfermeira. Etapa já concluída.

2) Treinar os ACS para a abordagem breve PAAP e levantamento do desejo de parar de fumar. Para tanto é necessário produzir o impresso com as perguntas direcionadas:

Você fuma? Há quanto tempo?

Quantos cigarros por dia?

Quanto tempo após acordar acende o 1 cigarro?

O que você acha de marcar uma data para deixar de fumar? Quando?

Já tentou antes? O que aconteceu?

Gostaria de participar do grupo de tratamento?

Prazo: Início imediato e término em 30 dias.

3) Garantir o espaço físico confortável, os insumos em quantidade suficientes.

Prazo: 30 dias.

4) Divulgar o projeto na comunidade e programar agendamento de consultas médicas e de enfermagem para os usuários.

Prazo: Início imediato. 30 dias ou até completar 15 pessoas.

5) Realizar avaliação clínica e Teste de Fagerstrom.

Prazo: 7 dias após a captação do fumante.

6) Realizar as sessões em grupo.

Prazo: 30 dias.

7) Elaborar atividades educativas para crianças e adolescentes das escolas sobre os riscos e malefícios do cigarro.

Em suma, o plano de intervenção tem o seguinte desenho:

Ação	Responsável	Objetivo	Prazo	Resultado
1)Treinamento da médica e enfermeira da equipe	Secretaria Municipal de Saúde	Melhorar a atuação e coordenação do trabalho	concluído	Atuação e coordenação satisfatórias no projeto
2)Treinar os ACS e demais integrantes da ESF	Médica e enfermeira da ESF	Divulgar a proposta e solicitar apoio	30 dias	Colaboração da equipe e identificação de fumantes interessados
3)Reunir insumos suficientes e garantir local adequado para as sessões e consultas	Médica e enfermeira da ESF	Garantir o acesso dos participantes aos insumos do Programa	30 dias concomitantemente com o item 2	Insumos e ambiente suficientes
4)Divulgar o projeto na comunidade	Membros da ESF	Iniciar a captação de pessoas interessadas no tratamento	30 dias ou até completar 15 pessoas	Maximo 15 pessoas interessadas no tratamento
5) Realizar avaliação clinica	Medica e enfermeira	Conhecer os participantes do grupo e o grau de dependência á nicotina	7 dias	Definição do perfil dos participantes
6)Realizar as sessões em grupo	Medica e enfermeira	Abordagem comportamental	30 dias	Efetivação do tratamento
7)Acompanhamento dos usuários	Médica e enfermeira	Prevenir recaídas	6 meses	Efetivação do tratamento
8)Educação em	Membros da	Promover	2 meses	Educação em

saúde	ESF	educação em saúde		saúde, redução de danos
-------	-----	----------------------	--	-------------------------------

O acompanhamento dos participantes do grupo terá a duração de seis meses e poderá ser complementado por outros profissionais: nutricionista, educador físico, psiquiatra, psicólogo, terapeuta ocupacional, cardiologista, pneumologista. Vale ressaltar que o município já possui fluxo definido para referenciamento para especialidades.

7 DISCUSSÃO

O diagnóstico situacional da ESF Vila Anália apresenta uma distribuição etária importante, onde mais de 50% da população pertence ao ciclo de vida adulta, seguido pela adolescência que representa 19,6% do total. Este dado tem importância para a ESF, pois o planejamento das ações se baseia na população e nos dados de morbi-mortalidade da época. Implementar o programa de tratamento do fumante significa prevenir agravos ou reduzir danos à saúde. A proposta, já em andamento, será executada em curto prazo e pretende-se avaliar continuamente o processo e adequar os passos que a equipe julgar necessário. A extensão do projeto às escolas, promovendo a educação em saúde, representa um salto de qualidade no trabalho e que será posteriormente integrada às propostas de intervir na iniciação do tabagismo na área de abrangência da ESF Vila Anália.

8 CONSIDERAÇÕES FINAIS

As ações públicas de divulgação e educação social propostas permitem uma abrangência populacional ampla dos tabagistas e não-tabagistas. Contudo, a alta prevalência do tabagismo em contrapartida a implantação de grupos com número reduzido de usuários, no máximo 15 participantes, exige que as ações sejam mantidas por período prolongado, para alcance significativo da abordagem individual dos usuários de tabaco no território. As manifestações locais constantes a favor das medidas propostas permitem grande expectativa quanto aos resultados das medidas aventadas.

REFERENCIAL BIBLIOGRÁFICO

ALVES C.R. *et al.* Estratégia Saúde da Família Vila Anália: em busca da excelência da qualidade em saúde. Montes Claros: Sistema de Informação de Atenção Básica, 2012.

BRASIL. Ministério da Saúde. Instituto Nacional de Câncer – INCA. Coordenação de Prevenção e Vigilância (CONPREV). Abordagem e Tratamento do Fumante. Consenso 2001. Rio de Janeiro:INCA, 2001, 38P.

CAVALCANTE, A.M; OLIVEIRA, ACL. Auto cuidado apoiado: manual do profissional de saúde. Curitiba: Secretaria Municipal de Saúde, 2012. 92p.

DIEHL, A; CORDEIRO D.C; LARANJEIRA, R. Dependência Química: Prevenção, Tratamento e Políticas Públicas. Porto Alegre: Artmed, 2011, p.145.

ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA. Situação da Estratégia Saúde da Família em Montes Claros 2010. Disponível em: <<http://bvsmis.saude.gov.br>> Acesso em: 01 jul. 2013.

IBGE. Censo demográfico 2010. Disponível em: <<http://www.ibge.gov.br>> Acesso em: 01 jul. 2013.

ÍNDICE DE DESENVOLVIMENTO DA EDUCAÇÃO BÁSICA. Resultados e metas 2011. Disponível em: <<http://ideb.inep.gov.br>> Acesso em: 07 jul. 2013.

INSTITUTO NACIONAL DE CÂNCER. Doenças associadas ao tabagismo. Disponível em <http://www.inca.gov.br>; Acesso em: 05 out. 2013.

PORTAL ODM. Relatórios Dinâmicos. Acompanhamento Municipal dos Objetivos do Desenvolvimento do Milênio. Disponível em: <<http://www.portalodm.com.br>> Acesso em: 01 jul. 2013.

PREFEITURA DE MONTES CLAROS. Aspectos Gerais. Disponível em: <<http://www.montesclaros.mg.gov.br>> Acesso em: 01 jul. 2013.

PROGRAMA DAS NAÇÕES UNIDAS PARA O DESENVOLVIMENTO. Ranking do IDH dos Municípios do Brasil 2003. Disponível em: <<http://www.pnud.org.br>> Acesso em 07 jul. 2013.

SANTOS, J.D.P; OLIVEIRA, M.G.R.O. Tabagismo. Prefeitura Municipal de Belo Horizonte, 2012.