

UNIVERSIDADE FEDERAL DE MINAS GERAIS
CURSO DE ESPECIALIZAÇÃO SAÚDE DA FAMÍLIA

JOSÉ CUSTÓDIO MOREIRA

**TABAGISMO- PROPOSTA DE INTERVENÇÃO PARA REDUÇÃO DE
AGRAVOS NO MUNICÍPIO DE TEIXEIRAS - MG**

BELO HORIZONTE - MINAS GERAIS
2016

JOSE CUSTÓDIO MOREIRA

**TABAGISMO- PROPOSTA DE INTERVENÇÃO PARA REDUÇÃO DE
AGRAVOS NO MUNICÍPIO DE TEIXEIRAS - MG**

Trabalho de conclusão de curso apresentado ao Curso de Especialização Estratégia Saúde da Família, Universidade Federal de Minas Gerais, para obtenção do certificado de especialista.

Orientadora: Andréa Fonseca e Silva.

BELO HORIZONTE- MINAS GERAIS

2016

TABAGISMO- PROPOSTA DE INTERVENÇÃO PARA REDUÇÃO DE AGRAVOS NO MUNICÍPIO DE TEIXEIRAS - MG

Banca examinadora:

Prof.^a: Andrea Fonseca e Silva

Prof.^a: Maria Dolôres Soares Madureira

Aprovado em Belo Horizonte em 25 de fevereiro de 2016.

AGRADECIMENTOS

Agradeço a Deus pela oportunidade que tive para fazer medicina, esta profissão que é maravilhosa porque nos aproxima das pessoas e ainda mais, porque as pessoas vêm até nós, dando grandes oportunidades em ajudá-las, a orientá-las, para a promoção e preservação da saúde que é o seu bem maior.

Agradeço também ao meu tutor Matheus e a orientadora Andrea Fonseca e Silva pela paciência e boa orientação. E finalmente, a todos que direta ou indiretamente contribuíram para a realização deste trabalho.

RESUMO

O tabagismo teve uma piora através do estímulo de propagandas das grandes

empresas produtoras de cigarros que mostravam artistas famosos fazendo seu uso, desde o início do século XX. O consumo do tabaco passou a ser elegante e houve crescimento do seu consumo na década de 50 quando associaram o tabagismo a virilidade. Com isto também houve um aumento da incidência de doenças como: neoplasias, Doença Pulmonar Obstrutiva Crônica (DPOC), enfisemas, infartos, doenças arteriais crônicas e isquemias cerebrais. Vários complicadores surgiram levando grandes prejuízos às famílias e ao governo como aposentadorias precoces e auxílio-doença, onerando significativamente a Previdência Social, refletindo na redução da força do trabalho em nosso país. Sendo assim, transformou em um caso grave de Saúde Pública, o que nos motivou a realizar este trabalho com o objetivo de propor um plano de intervenção a ser aplicado na área de atuação da Estratégia Saúde da Família com vistas à redução do tabagismo por meio da implantação de ações de promoção da saúde e de prevenção dos agravos relacionados ao tabaco, reduzindo a morbimortalidade associada ao uso do mesmo no município de Teixeira- MG. Os procedimentos metodológicos envolveram revisão de literatura e elaboração do plano de intervenção. Observa-se neste município uma grande prevalência do tabagismo e relação deste com muitas doenças na comunidade. Por meio deste projeto espera-se poder educar, orientar e conscientizar a população geral para reduzir o tabagismo, podendo contribuir por meio de ações coordenadas, poder contribuir para reduzir o tabagismo e conseqüentemente diminuir as doenças relacionadas.

Palavras-chave: Tabagismo. Atenção Primária à Saúde. Agravos. Intervenção. Hábito de fumar. Abandono do ato de fumar

ABSTRACT

Smoking had a worse through the advertisements of encouraging large companies

producing cigarettes that were fabulous advertisements showing famous artists and their use. Tobacco use has become fashionable and there was growth in consumption. With this there was also an increased incidence of diseases such as cancer, COPD, emphysema, heart attacks, chronic arterial disease, cerebral ischemia. Several complicating emerged leading to heavy losses to families and to the government in early and sick pensions, significantly burdening the Social Security reflecting the reduction of the work force in our country. Thus, it turned into a serious case of Public Health led us to undertake this work in order to propose an intervention plan to be implemented in the ESF's operation area with a view to reducing tobacco use through the implementation of actions to promote health and prevention of tobacco-related diseases, reducing the morbidity and mortality associated with the use of the same in the municipality of Teixeiras- MG. The methodological procedures involved literature review and drafting of the intervention plan. It is observed in this municipality a large prevalence of smoking and relation with many diseases in the community. Through this intervention project is expected to be able to educate, guide and educate the general population to reduce smoking. It is hoped through coordinated action, to contribute to reduce smoking and therefore reduce related diseases.

Keywords: Smoking. Primary Health Care. Diseases. Intervention. Smoking. Abandonment of smoking

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO.....	8
1.1 Perfil Demográfico e Sócio Econômico da população coberta pela Equipe I.....	9
2 JUSTIFICATIVA.....	12
3 OBJETIVO.....	13
4 PROCEDIMENTOS METODOLÓGICOS.....	13
5 REVISÃO DE LITERATURA.....	14
5. 1 Tabagismo, Comorbidades e Danos à Saúde.....	14
5. 2 Abordagem do Tabagismo	17
6 PLANO DE AÇÃO.....	18
6.1 Seleção de “Nós Críticos”	18
6.2 Plano de Operação	19
6.3 Recursos.....	21
6.4 Monitoramento.....	21
6.5 Gestão de Acompanhamento.....	22
7 CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	23
REFERÊNCIAS.....	24
ANEXO.....	27

1 INTRODUÇÃO

O município de Teixeira localiza-se na Zona da Mata de Minas Gerais e integra geograficamente, a microrregião de Viçosa. Sua área territorial é 166.7 km². Segundo dados do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística em 2010, a população era de 11.355 habitantes (IBGE,2010).

Segundo o Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (2010):

A partir do ano de 1840 quando Antônio Serafim Teixeira, natural de Sapé de Ubá, na intenção de procurar terras menos exploradas, veio no município residir e casou-se com Maria Rosa de Jesus tendo vários filhos. Já estabelecido no local, construiu uma pequena casa para residir elaborada pelo carpinteiro seu amigo de nome Arrebite. Nessa época, outras pessoas com o mesmo espírito aventureiro de seu fundador, aqui vieram se estabelecer. Animado pelo espírito religioso muito próprio dos antigos, Teixeira mandou Arrebite construir uma pequena capela, cercada de paus rústicos, coberta de palha, que assim se conservou até meados de 1864. Antônio Serafim, antes da inauguração da capelinha, se transferiu para Guandú, no Espírito Santo, para fugir dos rigores da justiça. Na fuga, deixou aqui o seu filho, Alexandre Magno da Silveira, que, com a retirada do pai, tornou-se proprietário das terras que circundavam o arraial. O povoado que havia se desenvolvido possuía, além da pequena capela, cerca de 20 casas. Tratando-se de um povoado sem nome, os vizinhos deram-lhe o nome de Santo Antônio dos Teixeiras, nome esse que prevaleceu até 1938. Alexandre, além de agricultor, era tropeiro e assim empreendeu várias viagens à cidade de Cantagalo (divisa de Minas com o Rio de Janeiro) onde comerciavam seus produtos agrícolas. (IBGE, 2010)

Ainda segundo os dados retirados do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (2010),

O crescimento do povoado em torno da capela desenvolveu-se lentamente até o final do século XIX, quando foi alcançado pelos trilhos da Estrada de Ferro Leopoldina. A presença da ferrovia, permitindo o escoamento mais fácil de sua produção agrícola, deu grande impulso ao município, acelerando o seu crescimento. Em 18 de outubro de 1883, a Lei nº. 3.171 elevou Santo Antônio dos Teixeiras à categoria de Distrito, integrando-se ao município de Viçosa. Teixeira então, Distrito de Viçosa, permaneceu nessa condição até 17 de dezembro de 1938, quando o Decreto Lei nº: 148 criou o município com o nome atual e deu à vila foros de cidade. Na data de sua criação, o município

compreendia, além da sede, o distrito de Pedra do Anta, que posteriormente, em 1962, adquiriu autonomia municipal. Atualmente, é formado apenas pelo distrito da sede e, do ponto de vista judiciário, é Comarca de 1ª Instância.

1.1 Perfil Demográfico e Sócio Econômico da população coberta pela Equipe I

A Estratégia Saúde da Família (ESF) da Rua Nova, equipe 01, é responsável por 2.864 pessoas, indo ao encontro da Política Nacional da Atenção Básica (2012) que preconiza um máximo de 4.000 pessoas sob-responsabilidade de uma ESF, sendo a média recomendada 3.000 pessoas. De acordo com a Portaria nº 2.355 de 10 de outubro de 2013 (BRASIL, 2013), esta, altera a fórmula do cálculo do teto mínimo das Equipes de Saúde da Família, passando a ser o mínimo para a formação de uma nova equipe 2000 indivíduos, mantêm, portanto, a adequação da unidade aqui discutida. É de extrema importância para a rotina das atividades da ESF, tal adequação, pois permite que a mesma, ofereça ações de promoção, prevenção e atenção à saúde, com individualidade nos atendimentos, prezando sempre pela qualidade do serviço ofertado. Portanto, o número da população cadastrada na ESF estudada, oferece subsídios para um atendimento de qualidade e contínuo aos indivíduos e comunidade, permite ainda à execução de forma responsável de ações destinadas à atenção primária.

As faixas etárias predominantes podem ser observadas na Tabela 1, sendo parecida a proporção entre homens e mulheres de 0 a 19 anos.

TABELA 1- População Coberta pela Equipe I do Município Teixeira, no ano de 2014.

Faixa etária	Masculino	Feminino	Total
<1	10	13	23
1 a 4	59	69	128
5 a 6	36	27	63
7 a 9	53	60	113
10 a 14	100	102	202

15 a 19	138	99	237
20 a 39	432	448	880
40 a 49	187	199	386
50 a 59	182	172	354
>60	236	242	478
Total:	1.433	1.431	2.864

Fonte: SIAB, 2014.

Oscilando quase imperceptivelmente na faixa etária de 20 a 49 anos, sendo predominante o sexo feminino, tal faixa etária representa 56% da população cadastrada na ESF. A população maior de 60 anos corresponde a 16,68% do total cadastrada na unidade. Pode-se ainda inferir, no número total de pessoas distribuídas entre todas as faixas etárias, que o número de homens é maior que o de mulheres, mesmo que em proporções quase não notáveis. Tal análise se faz necessária para a programação das ações que serão ofertadas à comunidade, tendo em vista que tais atividades devem ser adequadas ao perfil da população cadastrada para a obtenção da adesão e sucesso nas atividades propostas. Diante do exposto, é importante que se tenha ações de saúde voltadas para todas as faixas etárias, mas, deve-se dar ênfase na faixa etária economicamente ativa que representa mais da metade da população cadastrada na unidade, devendo traçar estratégias alternativas para à captação de tal público-alvo.

Destes, apenas 2,83% dos usuários, ou seja, 81 pessoas são cobertas com planos de saúde. A população total que faz uso exclusivamente do Sistema Único de Saúde (SUS) são 2.783 pessoas (97,17%). Tal dado é importante para a previsão da população que procura a ESF como meio único para a resolução dos seus problemas de saúde, o que não exclui a responsabilidade da ESF com população coberta por outros planos de saúde, para todas as ações instituídas na

unidade de saúde. A ESF tem uma responsabilidade social de formação muito grande, devendo sempre estimular a participação social da população no Conselho Municipal de Saúde, conforme preconizado na Lei 8.142 de 28 de dezembro de 1990, que versa sobre o controle social da gestão do SUS. (BRASIL,2010)

Em relação ao perfil socioeconômico, o número total de pessoas com 15 anos não alfabetizada, é representado por 711 pessoas (7,79%), estando, portanto, dentro do perfil do Estado de Minas Gerais, onde no ano de 2000 a porcentagem da população analfabeta variou entre 5,1/% a 55,5% nos municípios mineiros, estando à população da ESF da Rua Nova entre estes indicadores. Com relação ao número de famílias em situação de vulnerabilidade financeira, o perfil da população estudada aponta que 11,27% da população cadastrada na ESF (103 indivíduos) recebem o incentivo financeiro do programa Bolsa Família, que é destinado a famílias com renda per capita menor que R\$: 75,00 *per capita*. Tal população vai ao encontro dos dados referentes ao Brasil, onde 25% das famílias brasileiras tem renda mensal *per capita* de até R\$: 75,00 (ESCOLA DE SAÚDE PÚBLICA DE MINAS GERAIS, 2008).

Os dados acima relatados apontam exclusão social vivenciada no país. De acordo com o modelo descrito por Buss e Filho, (2007), as condições que constituem o terceiro nível de hierarquia do modelo acima citado, que é o caso das condições socioeconômicas aqui discutidas, deve incluir a atuação de políticas de saúde sobre as condições materiais e psicossociais nas quais as pessoas vivem e trabalham, buscando assegurar melhor acesso as condições sanitárias e de habitação, alimentação adequada, emprego seguro com ambiente de trabalho saudável, serviço de saúde e direito a educação, entre outros. As políticas de saúde devem ser desenvolvidas para atender as demandas provenientes da sociedade, mas, no entanto, ainda existe parte da sociedade civil que não é contemplada com tais ações, ou em alguns casos, por motivos correlacionados a desigualdades e preconceitos, não é possível o seu acesso a estes serviços.

Para a atuação da ESF com estes grupos, é necessária uma abordagem com linguagem clara e de incentivo ao cuidado da saúde. Faz-se necessária articulação interdisciplinar com outros setores que não o da saúde, como o da educação, serviço social, entre outros, como forma de assegurar o acesso a estes serviços e promover a qualidade de vida desta população.

2 JUSTIFICATIVA

Embora as estatísticas mundiais tenham mostrado queda no número de tabagistas, a prevalência da doença ainda é muito grande e o município de Teixeira apresenta um cenário com um número exacerbado de usuários de tabaco. Nos últimos tempos temos constatado uma maior busca pelos usuários de tabaco, nos serviços médicos na tentativa de redução do agravo. Esta situação fez com que a Secretaria Municipal de Saúde de Teixeira fizesse adesão ao programa de combate ao tabaco e aceitasse o convite feito pela Secretaria Estadual de Saúde que fomentou iniciativas junto ao município de Teixeira, objetivando oportunidades de ajudar os usuários a viver sem o tabaco.

Observou-se um aspecto preocupante é que os adolescentes e os jovens são os grupos mais suscetíveis à influência do consumo do tabaco, uma vez que para a maioria dos mesmos, o ato de fumar ou simplesmente experimentar o cigarro constitui um desafio às normas vigentes. (BRASIL, 2010).

Ações de controle do tabagismo na atenção primária à saúde são de suma importância, entretanto desenvolvê-las constitui um grande desafio para os profissionais de saúde, uma vez que envolve articulações com os demais setores da sociedade (PORTES *et al.*, 2014 *apud*, MIRANDA, 2014, p.9).

Segundo o Instituto Nacional do Câncer (2012):

Ações desenvolvidas no Brasil para o controle do tabagismo “já salvaram 420 mil vidas”. O Instituto destaca que “o aumento do preço do produto é responsável por cerca da metade da redução do número de fumantes no país, seja por diminuir a iniciação ou por estimular a cessação”. Ainda segundo estas informações, caso o Brasil não houvesse implantado estas ações de controle do tabagismo, o percentual de fumantes atual seria de 31%, prevalência bem maior do que a identificada em 2010 que foi de 16,8% fumantes no Brasil.

Ainda sobre o assunto, o Instituto Nacional do Câncer (2012):

Com a continuidade das ações implementadas de controle do tabaco a projeção para 2050 está prevista em “10% de brasileiros, acima de 18 anos, fumantes”, sendo que este percentual pode ser reduzido ainda mais com a intensificação das ações para aproximadamente 6%. Entre estas ações

estão: “o aumento dos impostos sobre os cigarros, maior vigilância na restrição de acesso aos produtos do tabaco por crianças e adolescentes e expansão da oferta do tratamento do fumante na rede SUS.

Estudos realizados revelam que o aconselhamento realizado pelo profissional de saúde é uma estratégia importante em relação à diminuição do tabagismo. Um dos estudos mostrou uma taxa estimada de abstinência de 10,9% quando o fumante tenta parar de fumar sozinho contra 13,4% se ele for submetido a um aconselhamento mínimo - < 3 minutos, 16,0% a um aconselhamento entre 3 a 10 minutos, e 22,1% se ele sofrer um aconselhamento intensivo - >10 minutos (GORIN; HECK, 2012)

Tendo em vista os dados mencionados acima, as políticas antitabagistas se enquadram neste projeto, que tem o intuito de regionalizar ações com vistas a um resultado otimizado, atendendo a grande demanda de fumantes de Teixeira.

3 OBJETIVOS

Capacitar os funcionários da área da saúde e conscientizar a comunidade acerca dos malefícios oriundos do uso do tabaco, objetivando minimizar o número de fumantes no município de Teixeira. Fazer a intervenção com prevenção dos agravos relacionados ao tabaco, a fim de reduzir a morbimortalidade associada ao uso do mesmo.

4 PROCEDIMENTOS METODOLÓGICOS

Os procedimentos metodológicos envolveram revisão de literatura e elaboração do plano de intervenção.

Para elaboração deste trabalho realizaremos pesquisa bibliográfica em *sites*, na base de dados LILACS e posteriormente construído um projeto de intervenção sobre o tema. Foram utilizadas as seguintes palavras-chave: Tabagismo, Atenção Primária à Saúde, Agravos, Intervenção, Hábito de fumar, Abandono do ato de fumar.

Na elaboração do plano de intervenção, realizaremos uma pesquisa de campo e pesquisas junto ao SIAB (Sistema de Informações de Atenção Básica).

Foram realizadas consultas em Manuais e Documentos do Ministério da Saúde onde foram identificados artigos nas línguas inglesa e portuguesa.

Para o desenvolvimento do plano de intervenção foi utilizado o Método do Planejamento Estratégico Situacional - PES conforme os textos da Unidade Didática 1 do Módulo 3 de Planejamento e Avaliação em ações de Saúde para determinar o problema, os nós críticos e as ações (CAMPOS; FARIA; SANTOS, 2010).

5 REVISÃO DE LITERATURA

5.1 Tabagismo, comorbidades e danos à saúde

Informação mais recente do Ministério da Saúde (BRASIL, 2010), relatam que a Organização Mundial de Saúde (OMS) estima que cerca de 1 bilhão e 200 milhões de pessoas no mundo são fumantes.

De acordo com Cardoso (2011):

O tabagismo é reconhecido como uma doença crônica gerada pela dependência da nicotina, estando por isso inserido na Classificação Internacional de Doenças (CID10) da Organização Mundial da Saúde (OMS). É também o mais importante fator de risco isolado para cerca de 50 doenças, muitas delas graves e fatais, como o câncer, doenças cardiovasculares (angina e infarto), enfisema pulmonar, derrame cerebral, entre outras.

Segundo Portes (2014):

O fumo é considerado como uma das principais causas de morte evitável mundialmente. Estima-se que na população mundial adulta, cerca de 1,3 bilhão de pessoas fuma, com predominância do sexo masculino (47%) em comparação ao feminino (12%). É importante o desenvolvimento de ações educativas no controle do tabagismo no âmbito da Atenção Primária à Saúde, tais como programas educativos em escolas, domicílios, ambientes de trabalho, e unidades de saúde, entre outros equipamentos sociais. Para

tal é estratégico envolver profissionais da equipe de saúde, educadores, profissionais da comunicação, lideranças comunitárias e gestores.

Estima-se que, no Brasil, todo o ano, 200 mil pessoas morra devido ao tabagismo, sendo o câncer de pulmão o que mais mata homens no Brasil, e a segunda causa de morte por câncer entre as mulheres. (CAVALCANTE, 2005 *apud* Nunes).

Os fumantes têm maior probabilidade de morrer por doença coronariana, especialmente os homens entre 45 e 54 anos de idade, que têm quase três vezes mais probabilidade de morrer de infarto do que os não fumantes da mesma faixa etária.

O câncer, segunda causa de morte por doença no país, é responsável por grandes gastos com tratamento e internações hospitalares, e tem, entre seus fatores de risco, o fato de que 90% dos cânceres de pulmão e 30% de todos os tipos de câncer são devidos ao tabagismo. (BRASIL, 1998).

O tabagismo integra o grupo dos transtornos mentais e comportamentais devidos ao uso de substância psicoativa na Revisão da Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados à Saúde é a maior causa isolada evitável de adoecimento e mortes precoces em todo o mundo.

Um levantamento nacional realizado em 1989 revelou a prevalência do tabagismo de 40% para adultos do sexo masculino e de 25% do sexo feminino. (RAW; LARANJEIRAS, 2001). Fato também percebido em estudo realizado na cidade de Londrina (PR), em estudo com amostra de 42.517 pessoas, sobre a prevalência do tabagismo em uma população acima de 12 anos, o que revelou um índice próximo de 41,3 % e 22,79 %, respectivamente, para homens e mulheres. Este estudo, também demonstrou que a dependência do tabaco tem um caráter familiar, visto que familiares em primeiro grau de dependentes de tabaco têm uma frequência significativamente maior de dependentes do que em parentes de pró-bandos não dependentes de tabaco. (NUNES et al., 1999).

De acordo com Castro (2009):

Assim como em outros estudos que avaliaram o perfil do fumante em programas de cessação do tabagismo, observou-se que a idade média para o início do tratamento foi de 45 anos. A busca para o tratamento de cessação do tabagismo foi maior entre as mulheres, 61,1%, se comparada aos homens, 38,9%. Fumantes foram relacionados com incapacidades laborais e domésticas, hospitalização, depressão, uso de sedativos e transtorno mental, na família. Fumantes ainda tiveram piores escores do que não fumantes em todos os domínios da qualidade de vida previstos no Instrumentos de Avaliação de Qualidade de vida - segundo Organização Mundial de Saúde.

Embora o maior benefício da cessação de fumar seja obtido na juventude, parar de fumar na meia-idade evita muitos fatores de risco concomitantes, de modo que 15 anos depois de deixar de fumar, o risco de morte dos ex-fumantes não é maior do que o risco daqueles que nunca fumaram. (FARGERSTRÖM, 2002). Afirma ainda, que dos tabagistas que começam a fumar na adolescência, 50% morrem prematuramente na meia-idade, perdendo cerca de 20 a 25 anos de expectativa de vida em comparação aos não fumantes. O risco é maior naqueles que começam a fumar regularmente na adolescência.

O consumo de tabaco geralmente começa cedo. A média de idade de início do consumo é de 15 e 16 anos. (NUNES et al., 2006; CASTRO et al., 2008). Quanto mais precoce, maior será a gravidade da dependência e os problemas a ela associados. Além disso, a tabagismo: prevenção, abordagem e tratamento 20 maioria dos fumantes que alcançam a abstinência sozinha, recai em poucos dias. (AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION, 1996; MARQUES et al., 2001).

5.2 Abordagem do Tabagista

É importante na abordagem ao paciente tabagista “priorizar o aconselhamento profissional, procedimento este que aumenta a chance de cessação do tabagismo” (BRASIL, 2011, p.5).

Para Diclemente, Prochaska; Gibertine (1985), nesta abordagem, primeiro é necessário que o paciente queira de fato parar de fumar, portanto deve-se identificar o seu interesse. Os autores classificam este processo “em fases motivacionais comportamentais: fase pré-contemplativo (não quer parar de fumar), contemplativo (pensa em parar de fumar), ativa (preparado para iniciar tratamento), manutenção e recaída (voltou a fumar)”.

Existem vários métodos utilizados para cessação do tabagismo, desde material de autoajuda, tipo folhetos, manuais, aconselhamento telefônico reativo, passando por aconselhamento telefônico pró-ativo, aconselhamento face a face mínimo, intensivo, individual ou em grupo de apoio. Porém, estudos de meta-análise mostram que a utilização de material de autoajuda apresenta baixa efetividade em termos de cessação do tabagismo, comparada a outras formas de cessação. O aconselhamento telefônico pró-ativo, realizado por um conselheiro com ligações posteriores aumenta as taxas de cessação comparada ao aconselhamento mínimo.

Para Michael e Fiori (2008):

O aconselhamento mínimo deve ser oferecido por todos os profissionais de saúde em suas consultas de rotina, pois, apesar de seu efeito ser relativamente pequeno, essa intervenção pode ter um importante impacto em termos de saúde pública, devido ao grande número de fumantes que são rotineiramente atendidos por profissionais de saúde. O que fica claro nestes estudos é que quanto mais intensiva a abordagem, maior será a taxa de sucesso. A abordagem intensiva (> 10 min) pode ser realizada tanto de forma individual quanto em grupo. Apesar de alguns estudos apontarem para um discreto aumento na taxa de cessação da abordagem individual sobre a de grupo (16,8% contra 13,9%), podemos afirmar que tanto uma quanto a outra são efetivas, e devem ser utilizadas dependendo de cada caso. A abordagem em grupo permite que um número maior de pessoas seja tratado pelo mesmo profissional, o que a pode tornar, em termos de saúde pública, mais custo efetivo em relação à abordagem individual. Elas podem trocar suas experiências e relatar os benefícios do apoio mútuo

entre os integrantes do grupo. Porém, não existe evidência suficiente para avaliar se a abordagem em grupo é mais efetiva ou custo efetivo, do que a abordagem individual intensiva.

Ainda segundo Michael e Fiori (2008):

Em relação ao tempo de abordagem, chegou à conclusão que uma abordagem intensiva de 90 minutos é o ideal. Não há evidência que mais tempo aumente substancialmente as taxas de cessação do tabagismo. Quanto ao número de sessões, as evidências sugerem forte dose-reposta entre o número de sessões e a efetividade do tratamento, sendo o mínimo de quatro sessões para que se obtenha um resultado satisfatório.

O sucesso na cessação do tabagismo é tão maior quanto mais intensiva a abordagem. Tanto a abordagem individual quanto a em grupo são eficazes, sendo ideal um tempo de abordagem de 90 minutos, e um mínimo de quatro sessões para resultados satisfatórios.

6 PLANO DE AÇÃO

6.1 Seleção dos “nós” críticos

No município de Teixeira o tabagismo vem mantendo uma constância elevada com o passar dos anos e a comunidade carece de campanhas de conscientização quanto aos seus efeitos prejudiciais e maléficos à saúde. A população desconhece as substâncias contidas no cigarro e as doenças que as mesmas acarretam e com isso os cofres públicos gastam tratando doenças que poderiam ser prevenidas pelo combate ao tabagismo. Por este motivo a Secretaria Municipal de Saúde fez um treinamento com a Equipe de Saúde da Família de Teixeira para mobilização da comunidade e dos profissionais da Unidade Básica da Saúde. Neste treinamento foram identificados os seguintes nós-críticos.

“Nós Críticos” :

- Falta de informação da comunidade sobre os malefícios do tabagismo;
- Ausência de formadores de opinião sobre os malefícios do tabagismo;
- Falta de preparo dos Agentes Comunitários de Saúde (ACS) e ausência de suporte municipal;

- Carências em comunicação comunitária

Minimizando o uso do tabaco no município de Teixeira conseqüentemente será obtido inúmeros fatores positivos, tais como : o lado de uma melhor qualidade de vida da população, diminuição da morbimortalidade relacionada ao tabaco e economia dos custos com a saúde.

Existem inúmeras doenças relacionadas ao tabagismo, e se houver a conscientização da população e se a mesma aderir às campanhas para erradicação do tabaco, os pacientes do município terão menos problemas com: Hipertensão arterial, aneurismas arteriais, úlcera do aparelho digestivo, infecções respiratórias, trombose vascular, osteoporose, catarata, impotência sexual no homem, Infertilidade na mulher ,menopausa precoce, complicações na gravidez. DPOC, Asma Brônquica, doenças cardiovasculares, neoplasias de pulmão, boca , laringe , dispneia ao esforço ,etc.

A cessação do tabagismo traz maior qualidade de vida ao dependente da nicotina. A conscientização da população geral, quanto aos malefícios do uso do tabaco é uma forma de prevenção.

O programa terá por objetivo dar cobertura a toda à área adscrita da minha Equipe, dando ênfase aos já dependentes do tabaco, bem como trabalhar com a população de risco de se tornar tabagista e também com agravos: portadores de Asma, Doença Pulmonar Obstrutiva Crônica, predisposição genética ao câncer, portadores de HIV, enfim, portadores de doenças crônicas, adolescentes e gestantes.

6.2 Plano de Operação

Operação	Resultados	Produtos Esperados	Ações estratégicas	Responsável	Prazo
“Mais vida sem Tabaco.					

	Reunir a equipe e todas as pessoas envolvidas na área da saúde falando da importância do trabalho que ora nos propormos a fazer.	Data-Show, Cartazes e folders para serem distribuídos	Informativos e palestras	Equipe da Saúde da Família ,enfermeiros, Farmacêuticos e médicos	3 meses para o início das atividades
	Preenchimento dos questionários de identificação dos fumantes pelos Agentes Comunitários de Saúde.	Folha A4 com questionários, canetas.	Preenchimento de questionários.	Equipe da Saúde da Família	1 mês
	Criação do projeto e Divulgação do Projeto	Cartazes e folders.	Distribuição de cartazes e folders.	Equipe da Saúde da Família	15 dias
	Capacitar os agentes comunitários de saúde para identificar, preencher questionários de identificação dos fumantes , preencher questionários do teste de Fagestrom .	Cartilha explicativa sobre os malefícios e ações a serem desenvolvidas no combate ao tabagismo.	Entrega das cartilhas e seminários de combate ao tabagismo ministrados por farmacêuticos e médicos	Farmacêuticos e médicos	15 dias

6.3 Recursos utilizados no Projeto:

- HUMANOS: Equipe de Estratégia de Saúde da Família; Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF), Farmacêuticos.
- MATERIAIS: Tais como de consumo : papéis, canetas, pastas , Folhas papel A4 para questionário de identificação tabagistas. Materiais Permanentes: mesa, cadeiras, computador, telefone etc; sala para reuniões (já possui na UBS); 01 Televisão (já possui na UBS); placas antitabagismo para fixação na UBS para o ambiente antitabagismo.
- FINANCEIROS – recursos próprios da Unidade Básica de Saúde-

Teremos apoio dos seguintes órgãos:

- Secretária Municipal de Saúde
- Prefeitura Municipal de Teixeira
- Equipe da Saúde e da Família – PSF I
- Centro de Apoio Psicossocial (CAPS 1)
- NASF.

6.4 MONITORAMENTO

De acordo com um estudo realizado por Halty *et al.* (2002), a utilização do Questionário de Tolerância de Fagerstron (QTF) mostrou ser simples de aplicar, rápido e barato. Sendo o QTF um instrumento confiável de avaliação do grau de dependência nicotínica, sua utilização deve ser rotineira na anamnese de todo doente tabagista. O resultado de 54,9% dos fumantes pertencentes ao grupo de elevada dependência à nicotina leva à possibilidade de ocorrência e/ou gravidade da síndrome de abstinência. Este resultado aponta também para a necessidade do tratamento de substituição e maior dificuldade de manter a abstinência em longo prazo, no caso de estes entrarem num programa de cessação do fumo.

O QTF é um instrumento com seis perguntas que incluem entre duas a quatro alternativas de resposta de acordo cada item (Anexo 1).

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, 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. (FARGERSTRÖM, Karl, 2002)

O Questionário (QTF) será utilizado para identificação, acompanhamento e evolução da redução do uso do tabaco, abstinência temporária ou cura do tabagismo. (ANEXO 1)

Além do QTF será elaborado um questionário que objetiva acompanhar a evolução dos tabagistas considerando índices que mostrem a melhoria do seu estado de saúde com a redução do tabagismo e sua satisfação com o programa, que serão traduzidos em percentagem.

6.5 Gestão, Acompanhamento e Avaliação

Fazendo uma análise dos recursos financeiros a serem utilizados, conclui-se que o projeto terá um custo insignificante aos cofres públicos. E o mesmo trará alta eficácia quando se diz a respeito a cessar o uso do tabaco. A execução do projeto é de fácil execução e envolve a Equipe da Saúde- PSF 1, farmacêuticos e a comunidade. A equipe discutirá meios para realização e sucesso do projeto

A adesão a cessação do tabagismo é tão maior quanto mais intensiva a abordagem e este projeto trará resultados positivos à população.

7 CONSIDERAÇÕES FINAIS

O motivo da elaboração deste projeto de trabalho é o grande sofrimento dos tabagistas devidos aos agravantes do vício como as doenças crônico-evolutivas, como DPOC, enfisema, angina, infartos, AVC e neoplasias malignas, levando a um grave problema de saúde pública, onerando as famílias e aos cofres públicos com

tratamento dos agravos. Objetivamos com este plano reduzir as morbimortalidades, preservar a saúde e levar melhores condições de vida aos usuários do Tabaco, assim como trabalhar na prevenção desta patologia.

REFERÊNCIAS

AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION. Practice guideline for the treatment of patients with nicotine dependence. American Journal of Psychiatry, Washington, v.151, p.5, 1996.

BRASIL. Presidência da República. **Secretária Nacional de Políticas sobre Drogas: cartilha sobre tabaco/Secretária Nacional de políticas sobre drogas.** – Brasília: Previdência da República, Secretária Nacional de Políticas sobre Drogas 2010.

BRASIL. Política Nacional da Atenção Básica - Portaria MS 2.355, de 10 de outubro de 2013.

BRASIL Lei n o 8.142, de 28 de dezembro de 1990 . Presidência da República. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/LEIS/L8142.htm. Acessado em 26/01/2016

BRASIL . **Portaria Nº 1.311, De 12 De Setembro De 1997 - CID-10 - Classificação Internacional De Doenças**

Disponível em: www.anfarmag.org.br/.../portaria-n-1311-de-12-de-setembro-de-1997-cid. Acessado em 09 jul.2015

BUSS PM, Pellegrini FILHO A. A saúde e seus determinantes sociais. Physis. 2007;17(1):77-93.

CAMPOS,F.C;FARIA,H.P; SANTOS, M.A. **Planejamento e avaliação das ações em saúde.** 2ªed. Belo Horizonte: NESCOM/UFMG, 2010.118p.il.

CARDOSO, A. R. Tabagismo entre adolescentes: tabagismo como problema de saúde pública no mundo e no Brasil. 2011. In Tabagismo: Relevância da temática na educação. Ano XXI Boletim 06 - Maio 2011. ISSN 1982 – 0283.24.p. Disponível em:<http://www.tvbrasil.org.br/fotos/salto/series/15013006-Tabagismo.pdf>.Acesso em: 10jul.2015.

CAVALCANTE, Tânia Maria. **O controle do tabagismo no Brasil:avanços e desafios.** *Rev. psiquiatr. clín.* [online]. 2005, vol.32, n.5, pp. 283-300. Acesso em:02 dez 2015.

DICLEMENTE, C. C.; PROCHASKA, J. O.; GIBERTINE, M. Self-Efficacy and the Stages of Self-Change of Smoking. Cognitive Therapy and Research, v. 9, n. 2, p. 181-200, 1985. Disponível em: <<http://link.springer.com/article/10.1007%2FBF01204849#close> >. Acesso em: 14 dez. 2015

ESCOLA DE SAUDE PUBLICA Implantação do Plano Diretor da Atenção primária á Saúde. ESPMG, 2008. Disponível em: <<http://www.esp.mg.gov.br>>. Acesso em 10 julh 2015

FARGERSTRÖM, Karl Epidemiologia e fumo: conseqüências na saúde e benefícios da Cessação. Drugs, Auckland, v.62, p.1-9, 2002.

GORIN, S. S.; HECK J. E.; Meta-analysis of the efficacy tobacco counseling by health care providers. **Cancer Epidemiol Biomakers**, v. 13, dez. 2012. Disponível em: <<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/15598756>>. Acesso em: 08 jul. 2015.

HALTY L. S.; HUTTNER M. D.; NETTO I. C. de O.; SANTOS V. A.; MARTINS G.; Análise da utilização do Questionário de Tolerância de Fagerström (QTF) como instrumento de medida da dependência nicotínica. *Pneumol*, v. 28, n. 4, jul.ago. 2002. Disponível em: . Acesso em: 14 dez. 2015.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATISTICA -IBGE. 2010. Disponível em: http://censo2010.ibge.gov.br/sinopse/webservice/frm_urb_rur.php?codigo=316850. Acesso em: 15 jun. 2015.

INSTITUTO NACIONAL DO CANCER:INCA. **Políticas antitabagismo no Brasil já salvaram mais de 400 mil vidas.** 2012. Disponível em: http://www2.inca.gov.br/wps/wcm/connect/agencianoticias/site/home/noticias/2012/politicas_antitabagistas_ja_salvaram_mais_de_400_mil_vidas_brasil. Acessado em 10 dez. 2015.

INSTITUTO NACIONAL DO CANCER: INCA. **Programa Nacional de controle do tabagismo.** Disponível em: http://www2.inca.gov.br/wps/wcm/connect/acoes_programas/site/home/nobrasil/programa-nacional-controle-tabagismo/tabagismo. Acessado em 09/07/2015

MARQUES, Ana Cecília P. R. et al. **Consenso sobre o tratamento da dependência de nicotina.** *Revista Brasileira de Psiquiatria*, São Paulo, v.23, n.4, p.200-214, 2001.

MICHAEL, C.; FIORE, M. D.; M. H. P.. A Clinical Practice Guideline for Treating Tobacco Use and Dependence: 2008 Update. **American Journal of Preventive Medicine**, v. 5, p. 158-176, ago. 2008. Disponível em Acesso em: 14 ag. 2015.

MIRANDA,V. **Ações voltadas para o tabagismo: análise de sua implementação na Atenção Primária à Saúde.** *Ciênc. saúde coletiva* [online], v.19, n.2, p.439-448, 2014. ISSN 1413-8123. Disponível em <https://www.nescon.medicina.ufmg.br/biblioteca/imagem/4699.pdf>. Acessado: 20/02/2016

NUNES, SOB., CASTRO, MRP., and CASTRO, MSA. **Tabagismo, comorbidades e danos à saúde.** Disponível em: <http://books.scielo.org/id/sj9xk/pdf/nunes->

9788572166751-01.pdf. Acessado em 09 jul.2015

NUNES, Sandra Odebrecht Vargas et al. **Avaliação das características clínicas dos fumantes que buscaram tratamento em um Centro de Referência do Sistema Único de Saúde (SUS)**. Biosaúde, [s.l.], v.8, n.1, p.3-24, 2006.

O município de Teixeiras. Disponível em: www.teixeiras.mg.gov.br. Acessado em:25/02/2016.

RAW, Marin; LARANJEIRA, Ronaldo. **Prevenção da dependência da nicotina: uma prioridade de saúde pública**. Revista Brasileira de Psiquiatria, São Paulo, v.23, n.1, p.7-8, 2001.

Anexo

ANEXO 1	
Nome: _____ N ^o Registro ou leito: _____	
Local: _____	
Data: ___/___/___ Idade: ___ Sexo: <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F	
m/a <input type="checkbox"/> Motivado a deixar o fumo nos próximos seis meses? Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/>	
1. Quanto tempo após acordar você fuma a seu primeiro cigarro?	
• dentro de 5 minutos	(3)
• entre 6 e 30 minutos	(2)
• entre 31 e 60 minutos	(1)
• após 60 minutos	(0)
2. Você acha difícil não fumar em locais onde o fumo é proibido (como igrejas, biblioteca, etc.)?	
• sim	(1)
• não	(0)
3. Qual o cigarro do dia que traz mais satisfação (ou que mais detestaria deixar de fumar)?	
• o primeiro da manhã	(1)
• outros	(0)
4. Quantos cigarros você fuma por dia?	
• 10 ou menos	(0)
• 11 a 20	(1)
• 21 a 30	(2)
• 31 ou mais	(3)
5. Você fuma mais freqüentemente pela manhã (ou nas primeiras horas do dia) que no resto do dia?	
• Sim	(1)
• Não	(0)
6. Você fuma mesmo quando está tão doente que precisa ficar de cama a maior parte do tempo?	
• Sim	(1)
• Não	(0)
Total: <input type="checkbox"/>	
Tabela de Fagerström	
Conclusão quanto ao grau de dependência	
• 0 a 2 pontos – muito baixo	
• 3 a 4 pontos – baixo	
• 5 pontos – médio	
• 6 a 7 pontos – elevado	
• 8 a 10 pontos – muito elevado	
Uma soma acima de seis pontos indica que provavelmente o paciente terá desconforto (síndrome de abstinência) ao deixar de fumar ⁽⁹⁾ .	

ANEXO

(Fonte: Halty *et al.* (2002))