

<p>Aline Minelvino Oliveira</p>	<p>UNIVERSIDADE FEDERAL DE MINAS GERAIS CURSO DE ESPECIALIZAÇÃO EM ATENÇÃO BÁSICA EM SAÚDE DA FAMÍLIA</p> <p>ALINE MINELVINO OLIVEIRA</p>
<p>COMBATE AO TABAGISMO: PLANO DE INTERVENÇÃO EM SAÚDE NO MUNICÍPIO DE SÃO ROQUE DE MINAS</p>	<p>COMBATE AO TABAGISMO: PLANO DE INTERVENÇÃO EM SAÚDE NO MUNICÍPIO DE SÃO ROQUE DE MINAS</p>
<p>2013</p>	<p>Formiga - MG 2013</p>

ALINE MINELVINO OLIVEIRA

**COMBATE AO TABAGISMO: PLANO DE INTERVENÇÃO EM SAÚDE NO
MUNICÍPIO DE SÃO ROQUE DE MINAS**

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

Orientador: Profa. Dra. Agma Leozina Viana Souza

Formiga – MG

2013

ALINE MINELVINO OLIVEIRA

**COMBATE AO TABAGISMO: PLANO DE INTERVENÇÃO EM SAÚDE
NO MUNICÍPIO DE SÃO ROQUE DE MINAS**

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado ao Curso de Especialização em Atenção Básica em Saúde da Família, Universidade Federal de Minas Gerais, como requisito parcial para obtenção de título de Especialista.
Orientador: Profa. Dra. Agma Leozina Viana Souza

Banca Examinadora

Prof.----- orientador
Prof. -----

Aprovado em Belo Horizonte: ____/____/____

RESUMO

O tabagismo é atualmente entendido como um problema de saúde pública responsável por mais de cinquenta doenças comprovadamente associadas ao seu uso. A iniciação geralmente ocorre na adolescência e juventude, principalmente em países subdesenvolvidos. A mobilização mundial para o combate ao tabagismo encontra reflexos no Brasil, com o desenvolvimento do Programa Nacional de Combate ao Tabagismo (PNCT), com auxílio do Instituto Nacional do Câncer (INCA), que normatiza a abordagem ao fumante, capacita profissionais e, com recursos do Ministério da Saúde, disponibiliza insumos para abordagem terapêutica da doença. O presente trabalho visa contextualizar a situação social e de saúde no município de São Roque de Minas, revisar literatura a respeito dos principais temas relacionados ao tabagismo e propor plano de intervenção para melhoria de condições de saúde neste município, utilizando o consenso nacional para tratamento e abordagem do fumante, a partir da adesão do município ao PNCT.

Descritores: tabaco, nicotina, hábito de fumar.

ABSTRACT

The tabagismo is understood now as a problem of responsible public health for more than fifty diseases comprovadamente associated to your use. The initiation usually happens in the adolescence and youth, mainly in underdeveloped countries. The world mobilization for the combat to the tabagismo finds reflexes in Brazil, with the development of the National Program of Combat to Tabagismo (PNCT), with aid of the National Institute of Cancer (INCA), that normatiza the approach to the smoker, qualifies professionals and, with resources of ministry of Health, disponibiliza inputs for therapeutic approach of the disease. The present work seeks contextualizar the social situation and of health in the municipal district of São Roque of Mines, to revise literature regarding the principal themes related to the tabagismo and to propose intervention plan for improvement of conditions of health in this municipal district, using the national consent for treatment and the smoker's approach, starting from the adhesion of the municipal district to PNCT.

Key words: tobacco, nicotine, habit of smoking.

LISTA DE SIGLAS

- CAPS: Centro de Atendimento Psicossocial
- CEABSF: Curso de Especialização em Atenção Básica e Saúde da Família
- CID: Classificação Internacional de Doenças
- CNES: Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde
- DPOC: Doença Pulmonar Obstrutiva Crônica
- DSM: Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais
- IDH: Índice de Desenvolvimento Humano
- NESCON: Núcleo de Estudos em Saúde Coletiva
- PNCT: Programa Nacional de Controle do Tabagismo
- PNUD: Programa das Nações Unidas para o Desenvolvimento
- PSF: Programa de Saúde da Família
- PTA: Poluição Tabagística Ambiental
- SIAB: Sistema de Informação em Atenção Básica
- UFMG: Universidade Federal de Minas Gerais
- OMS: Organização Mundial de Saúde
- WHO: World Health Organization

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	07
2 JUSTIFICATIVA	09
3 OBJETIVOS	10
3.1 OBJETIVO GERAL.....	10
3.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS.....	10
4 METODOLOGIA	11
4.1 REVISÃO BIBLIOGRÁFICA.....	12
4.1.1 HISTÓRICO.....	12
4.1.2 A PROPAGANDA COMO DETERMINANTE.....	12
4.1.3 O INÍCIO DO USO.....	13
4.1.4 A DEPENDÊNCIA	14
4.1.5 O IMPACTO SOBRE A SAÚDE E SOCIEDADE	17
4.2 ANÁLISE SITUACIONAL DO PSF JAGUARÊ LIMA.....	19
5 PLANO DE INTERVENÇÃO	23
6 DISCUSSÃO	27
7 CONSIDERAÇÕES FINAIS	28
REFERÊNCIAS	29

1 INTRODUÇÃO

A evolução da percepção social do hábito de fumar ao longo dos anos pelas diversas sociedades, inclusive no Brasil, é um feliz exemplo da possibilidade de mudança cultural pela mobilização em saúde. Diversas medidas de educação em saúde, a demonstração visível e cientificamente comprovada dos malefícios do uso do tabaco, o apoio de medidas governamentais, entre outros fatores fizeram com que se alterasse em muito a visão da sociedade em relação ao cigarro.

Inicialmente tida como erva medicinal e usada no tratamento de diversas doenças, inclusive a asma, o fumo passou pela influência dos interesses da indústria de cigarros com intensiva divulgação e propaganda que o tornou socialmente aceito e desejável. O tabagismo se estabeleceu na cultura como hábito associado à saúde, juventude, liberdade ou elegância (PAHO, 1992). Ao longo das últimas décadas, tal premissa vem sendo combatida e os malefícios do cigarro cada vez mais amplamente divulgados. Este fato tem contribuído para uma diminuição progressiva do índice de tabagismo, à desvalorização do hábito socialmente e conscientização sobre riscos e danos à saúde trazidos pelo cigarro (RAMADAN, 2008).

Segundo o Código Internacional de Doenças (CID 10), o tabagismo é considerado uma desordem mental e de comportamento, decorrente da síndrome de abstinência à nicotina, onde é identificado como F17.2. É determinado por processos biológicos, comportamentais, psicológicos e sócio-culturais (BELO HORIZONTE, 2012).

A sensibilização popular por medidas de educação em saúde e a mudança de preceitos culturais e hábitos arraigados da sociedade são desafios perenes e difíceis da Atenção Primária em Saúde. Temos na evolução do tabagismo um exemplo de êxito crescente neste sentido.

Há de se continuar a educação em saúde, prevenção e redução de danos com relação ao tabagismo, o que se insere diretamente no âmbito de atuação da Atenção Básica em Saúde e o sucesso de tais medidas deve servir de propulsor para abordagem de outras medidas educativas em saúde, contribuindo para prevenção e redução de riscos e danos.

Este trabalho busca propor medidas de intervenção para melhoria de condições de saúde da população abrangida pelo PSF Jaguarê Lima, em São Roque de Minas, a partir da implementação de ações de tratamento do tabagismo. Nesta citada área, a prevalência do tabagismo é de cerca de 15,1%, segundo cálculo proposto pelo Programa Nacional de Combate ao Tabagismo (PNCT) do Ministério da Saúde. Além disso, é notável a prevalência de outras formas de consumo do tabaco, principalmente o uso de cigarros de palha, hábito que reflete o contexto cultural de um município de tradição agrícola e com elevada população rural e migratória. O hábito costuma ser passado de geração a geração.

Neste contexto, a proposta de intervenção contida neste trabalho, compreende que haverá impacto positivo em saúde com a redução da taxa de tabagismo verificada na população abrangida pelo PSF Jaguarê Lima devido à prevenção de diversas doenças comprovadamente associadas ao hábito. Nesta proposta, as ações serão executadas pela equipe do Programa de Saúde da Família (PSF) Jaguarê Lima, de acordo com as diretrizes estabelecidas e validadas pelo Ministério da Saúde. Pretende-se ainda, implementar outras estratégias previstas para o tratamento do tabagismo, a saber: grupos operativos, divulgação de informações em saúde e pactuação da manutenção de ações em saúde para a população.

2 JUSTIFICATIVA

O tabagismo é considerado pela Organização Mundial de Saúde como a maior causa evitável de doença e morte no mundo, sendo fator de risco para 6 das 8 principais causas de morte. A magnitude deste problema é determinada não apenas pelo impacto econômico que gera, mas principalmente pelo aumento do risco de adoecimento e pelo agravamento de condições prévias de saúde. Estudos mostram que dentre as medidas de prevenção das mortes por doenças coronarianas, como o controle da hipertensão, do colesterol e outras, a cessação do tabagismo é a mais eficaz isoladamente. Para os indivíduos que já tiveram infarto do miocárdio, a cessação do tabagismo também é a medida de maior impacto para prevenir novos eventos, que poderão ser fatais. Por outro lado, cerca de 80% dos fumantes querem parar de fumar, mas somente 3% o conseguem a cada ano, sem ajuda profissional. Importante considerar que os fumantes esperam orientações dos profissionais de saúde para pararem de fumar (BELO HORIZONTE, 2012).

Na área de abrangência do PSF Jaguarê Lima, é significativo o número de pessoas fumantes e a incidência de doenças cardiovasculares, metabólicas, bucais e as neoplasias de esôfago e pulmão também é elevada. Não é estabelecido, por dados epidemiológicos, o impacto do fumo na incidência de tais doenças no município, contudo, certamente a redução da taxa de tabagismo influenciaria positivamente na diminuição do risco de adoecimento e do agravamento das condições crônicas na população.

A proposta de implementar o Programa de Tratamento do Tabagismo em São Roque de Minas surge da motivação dos integrantes da equipe em melhorar a qualidade de vida dos moradores e contribuir para a redução dos danos causados por esta droga. Vale ressaltar que o município possui profissionais treinados e interessados em implementar o programa no modelo oferecido pelo Instituto Nacional do Câncer (INCA) – Ministério de Saúde.

3 OBJETIVOS

3.1 OBJETIVO GERAL

Implementar o Programa Nacional de Combate ao Tabagismo na cidade de São Roque de Minas.

3.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- a) Estruturar o programa de tratamento do tabagismo na cidade de São Roque de Minas
- b) Conhecer a real situação do tabagismo entre os moradores da cidade de São Roque de Minas
- c) Propor a implementação de outras estratégias de saúde pública relacionadas ao tabagismo em São Roque de Minas
- d) Motivar à cessação do tabagismo em atendimentos em saúde de forma sistematizada.

4 METODOLOGIA

Inicialmente realizou-se o diagnóstico situacional do PSF Jaguarê Lima, para a análise da situação de saúde da população cadastrada, com apoio e direcionamento do Curso de Especialização em Atenção Básica e Saúde da Família (CEABSF), da Universidade Federal de Minas Gerais (UFMG) através dos módulos de Planejamento e Avaliação das Ações em Saúde e Iniciação à Metodologia Científica. Para esta análise foram utilizados dados do Sistema de Informação em Atenção Básica (SIAB) e dos registros das reuniões de equipe direcionadas para este fim, onde houve a participação da enfermeira, agentes comunitárias de saúde, técnica e auxiliares de enfermagem, auxiliar administrativa e médica. A análise dos dados se deu no período de abril e julho de 2013, considerando os problemas de saúde relevantes no último ano (2012 a 2013). A consulta ao SIAB considerou os dados de abril de 2013.

O resultado desta análise, elencou o tabagismo como problema de saúde prioritário e sob governabilidade da equipe. A prevalência de agravos à saúde relacionados ao tabagismo e o impacto positivo da intervenção para a melhoria de saúde da comunidade, impulsionaram a escolha do tema. O projeto de adesão ao Programa Nacional de Combate ao Tabagismo foi implementado concomitante a este trabalho. Outro facilitador para este projeto é a presença de dois profissionais capacitados para a abordagem do tabagismo (psicólogo e farmacêutica), os demais profissionais da equipe serão sensibilizados para a abordagem breve e busca dos fumantes na comunidade.

A revisão bibliográfica utilizou as bases de dados Scielo, Bireme, sites do Ministério da Saúde e do INCA, além dos módulos de Planejamento e Avaliação das Ações em Saúde e Iniciação à Metodologia Científica disponíveis na biblioteca virtual do NESCON. A busca ocorreu no período compreendido entre agosto a novembro de 2013, com as palavras chaves: tabaco, nicotina, hábito de fumar.

A proposta de intervenção será apresentada ao gestor e aos demais profissionais de saúde da cidade antes de ser efetivada.

4.1 REVISÃO BIBLIOGRÁFICA

4.1.1 HISTÓRICO

O tabaco é proveniente da América central, utilizado inicialmente por nativos em cerimônias religiosas. Conhecido pelos europeus quando do período das descobertas, (1492) e levado à Europa desde então (SILVA, 2012).

Jean Nicot, embaixador francês em Portugal, usava a erva no tratamento da rainha Catarina de Médici para enxaqueca, sendo estabelecido o termo nicotina quando da nomenclatura da erva por Jean Liebault. O termo cigarro advém do maia “sika” que quer dizer fumaça (SANTOS, 2001).

O grande impulso para a disseminação mundial do hábito de fumar veio com o estabelecimento da indústria fumageira a partir do século XIX. Esta desenvolveu intensa abordagem em marketing e propaganda, sempre vinculando seu produto a ideais como liberdade, beleza e elegância. Isto muito contribuiu para a disseminação do hábito e sua aceitação social. À época, não eram tão amplamente conhecidos os riscos e malefícios do tabagismo (SILVA, 2012).

Atualmente, existem mais de 1,1 bilhão de fumantes em todo mundo e cerca 4 milhões de mortes anuais relacionadas ao tabagismo. Estratégias criadas para minimizar o impacto da divulgação das evidências científicas sobre os malefícios do tabaco e a existência de um longo espaço de tempo (cerca de 3 a 4 décadas) entre o início do consumo do tabaco e as manifestações de seus efeitos mais graves têm contribuído para esse quadro. Se o atual padrão de consumo não for revertido, esse número poderá chegar a 10 milhões de mortes anuais em 2020 (BRASIL, 2001).

4.1.2 A PROPAGANDA COMO DETERMINANTE

Conforme exposto, o marketing e a propaganda da indústria fumageira expôs a população mundial a seus efeitos, direcionando o aumento disseminado do tabagismo. Assim, segundo World Health Organization (WHO), 2001, citado por CAVALCANTE, (2005):

“O papel fundamental de estratégias de marketing sofisticadas e globalizadas no fomento da expansão do consumo em escala planetária fez a OMS considerar o tabagismo uma doença transmissível pela publicidade” (CAVALCANTE, pág. 284, 2005).

Com as crescentes evidências de danos à saúde e sensibilização governamental, o tabagismo hoje é considerado problema de saúde pública e não mais um hábito aprazível e

admirável. A preocupação é devido ao início precoce do uso de cigarros e as altas taxas de morbi-mortalidade relacionadas a este consumo (SOCIEDADE BRASILEIRA DE PNEUMOLOGIA E TISIOLOGIA, 2010). Com isto, vem se estabelecendo uma lenta transição da opinião popular sobre o uso do tabaco e o convencimento da população sobre os malefícios do hábito de fumar, como descrito por Ramadan (2008):

A vinculação de diversas patologias ao uso do cigarro fez com que o hábito perdesse sua característica de elegante, passando a ser inimigo público e reconhecido como problema de saúde pública em todo o mundo.

Segundo Canadian Câncer Society, citado por SILVA, 2012, pág. 77, a publicidade do tabaco é considerada nociva por diversos motivos:

- expõe fumantes e não fumantes ao anúncio;
- cria um imaginário de identidade pessoal com a marca principalmente entre as crianças e os jovens;
- venda de cigarros próximo às escolas;
- exposição do produto próximo de doces e balas;
- compra do produto por impulso devido á atratividade da propaganda;
- aromas artificiais colocados nos cigarros para diminuir a sensação ruim da fumaça e gosto áspero do produto, facilitando a iniciação do uso.

Felizmente, nas últimas décadas tem havido diminuição progressiva dos índices de tabagismo impulsionada pela educação em saúde, medidas governamentais, mobilização social e outras estratégias (SOCIEDADE BRASILEIRA DE PNEUMOLOGIA E TISIOLOGIA, 2010).

4.1.3 O INÍCIO DO USO

Segundo a Organização Mundial de Saúde (OMS), a idade média de início do tabagismo é aos 15 anos, sendo entendido como doença pediátrica (WHO, 2001). Nesta faixa etária vulnerável, o cigarro é um objeto simbólico, representativo de aventura, força, maturidade, o que descreve um apelo psicológico ao uso da substância; ultrapassada esta fase, a dependência física perpetua o hábito (CAMPAING FOR TOBACO FREE KIDS, 2001).

Segundo SILVA (2012, pág.68):

“O início do ato de fumar é ‘coisa de adolescente’, desse ser em mudanças, que, sob o ponto de vista existencial, ainda não sabe quem é, nem o que vai ser futuramente na vida e na sociedade. Com esse perfil, presta-se a esta experiência. O jovem começa a fumar para mostrar que pode fazê-lo (já que os outros fizeram!), para provar que é homem ou mulher, para vencer desafios que se opõem ao fumar, para ser igual aos do grupo, para desafiar as restrições, para afrontar os mais velhos e as regras, etc. São inúmeros fatores sociais e ambientais que podem motivar o jovem a iniciar o tabagismo: pais que fumam, colegas que fumam, indução pela mídia, curiosidade, comportamento de risco, entre outros. Mas o que mais influencia o jovem para o início do tabagismo é, sem dúvida, a influência do ‘melhor amigo’ e do grupo de convívio”.

O mesmo autor afirma que um adulto não fumante maior de 20 anos, provavelmente não iniciará o hábito por ter personalidade formada e quanto mais precoce o início do ato de fumar, mais grave a dependência e maiores as consequências físicas e psicológicas facilitando o uso de outras drogas.

4.1.4 A DEPENDÊNCIA

A nicotina é a substância presente no fumo que causa a dependência (antigamente chamada de vício). Após a tragada, ela 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. A nicotina classifica-se em primeiro lugar quando comparada com a cocaína, heroína, maconha, álcool e outras drogas, devido à sua maior toxicidade e letalidade, capacidade de desenvolver dependência mais intensa e por ser a mais difundida e de fácil acesso. É uma droga pesada, o que foi reconhecido em 1984 pela Academia Americana de Psiquiatria (BELO HORIZONTE, 2012).

O desenvolvimento da dependência à nicotina é multifatorial, envolve mais do que os mecanismos de adição comuns às diversas drogas (busca por evitar os sintomas de abstinência, ilusão do controle da dependência, vinculação do hábito ao controle das emoções), mas também a experiência pessoal, o exemplo de pessoas próximas, a pressão do grupo social pelo uso da droga e o desenvolvimento da tolerância à droga. (ARAÚJO *et al*, 2004).

A figura abaixo, extraída de ARAÚJO, *et al* (2004), exemplifica estes efeitos quando a nicotina é absorvida nos pulmões:

Imagem 1: Esquema de Neurotransmissores liberados por Ação da Nicotina



Fonte: ARAÚJO, *et al*, 2004

Silva (2012) afirma que os efeitos da nicotina indutores de dependência são potencializados pelo rápido aumento da concentração da substância no cérebro após cada tragada de cigarros. A tolerância se desenvolve em seguida, fazendo-se necessárias doses cada vez maiores para alcançar os sintomas gratificantes iniciais.

Torna-se indispensável o diagnóstico e a graduação da dependência individual para planejamento e orientação do tratamento da doença. Assim, temos duas classificações que avaliam a existência da dependência. As diretrizes preconizadas pelo Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais, 4ª edição (DSM IV) e a Classificação Internacional de Doenças, 10ª edição (CID 10). São critérios observados pelo DSM IV: uso diário da nicotina, sintomas de abstinência que geram desconforto e prejuízo às atividades do indivíduo, ausência de outras condições clínicas que expliquem o quadro. Já a CID 10 considera: forte desejo de usar a substância, dificuldade de controlar o impulso de usar a droga, uso da substância para amenizar sintomas de abstinência, presença de tolerância, necessitando o indivíduo de doses cada vez mais altas, abandono de outras atividades prazerosas em prol do uso da droga, uso da droga, mesmo com evidências de efeitos deletérios (ARAÚJO *et al*, 2004).

Quanto ao grau de dependência, o método mais difundido e aceito atualmente é o teste de Fagerstrom. Esta importante ferramenta na graduação da dependência à nicotina, padroniza a avaliação e constitui forma de fácil entendimento entre profissionais a respeito da dependência. É preconizado que um escore total de Fagerstrom entre 0 e 2 representa dependência à nicotina muito baixa, entre 3 e 4 ela é baixa, o escore 5 representa

dependência média, entre 6 e 7 a dependência é caracterizada como elevada e de 8 a 10, muito elevada (REICHERT *et al*, 2008).

Tabela 1: Teste de Fagerstrom para avaliar a dependência de nicotina:

1. Quanto tempo após acordar você fuma seu primeiro cigarro?
 - (3) nos primeiros 5 minutos
 - (2) de 6 a 30 minutos
 - (1) de 31 a 60 minutos
 - (0) mais de 60 minutos

2. Você acha difícil não fumar em lugares proibidos?
 - (1) sim
 - (2) não

3. Qual o cigarro do dia que traz mais satisfação?
 - (1) o primeiro da manhã
 - (2) os outros

4. Quantos cigarros você fuma por dia?
 - (0) menos de 10
 - (1) 11 a 20
 - (2) 21 a 30
 - (3) mais de 31

5. Você fuma mais freqüentemente pela manhã?
 - (1) sim
 - (0) Não

6. Você fuma mesmo doente, quando precisa ficar acamado a maior parte do tempo?
 - (1) sim
 - (0) não

Fonte: REICHERT *et al.*, 2008

Métodos mais precisos de diagnóstico e graduação da dependência também podem ser usados. A aferição da cotinina plasmática, metabólito da nicotina, é método pouco usado, pouco acessível devido ao alto custo, mas é capaz de estimar o uso de nicotina,

correlacionando-se com o teste de Fagerstrom. Também é possível a medida da concentração sanguínea de monóxido de carbono pelo monoxímetro (ARAÚJO, 2004).

4.1.5 O IMPACTO SOBRE A SAÚDE E A SOCIEDADE

Na fumaça do cigarro há mais de 4720 substâncias conhecidas, destas 60 apresentam atividade mutagênica e carcinogênica e as demais são consideradas tóxicas. Entre elas, podemos citar, além da nicotina, o monóxido de carbono e os hidrocarbonetos aromáticos, as amidas, imidas, ácidos carboxílicos, lactonas, ésteres, aldeídos, cetonas, álcoois, fenóis, aminas, nitritos, carboidratos, anidridos, metais pesados e substâncias radioativas dos fertilizantes fosfatados, como polônio 210, carbono 14 e rádio 226 (SOCIEDADE BRASILEIRA DE PNEUMOLOGIA E TISIOLOGIA, 2010).

A fumaça do cigarro leva a vários efeitos nocivos nas vias aéreas. Algumas dessas substâncias determinam o aumento da produção de muco e a paralisação dos cílios das células da mucosa das vias aéreas que são responsáveis pela “limpeza” da árvore brônquica com auxílio do muco. Esta estase do muco na via aérea contribui para a proliferação bacteriana e infecção respiratória. Doenças como a bronquite, o enfisema pulmonar e a Doença Pulmonar Obstrutiva Crônica (DPOC) têm a gênese associada ao tabagismo (ARAÚJO, et al, 2004). Segundo informações do Ministério da Saúde, hoje são confirmadas mais de 50 doenças associadas ao tabagismo (SOCIEDADE BRASILEIRA DE PNEUMOLOGIA E TISIOLOGIA, 2010).

Para Silva (2012) os fumantes são considerados doentes crônicos devido à dependência física e psicológica e as doenças associadas ao uso do tabaco. O autor adverte ainda, que estas pessoas vivem 10 anos menos que não fumantes e estão expostos a riscos diversos de adoecimento.

O fumo é determinante de 90 a 95% dos casos de câncer de pulmão, de aparecimento tardio, 25 a 30 anos de consumo, é considerado o tipo de tumor maligno com maior taxa de óbitos no Brasil e no mundo. O fumante apresenta um risco 20 vezes maior do que o não fumante para este tipo de câncer. O câncer de esôfago, de característica agressiva e alta mortalidade, juntamente com o alcoolismo são doenças relacionados ao tabagismo. O câncer de bexiga tem seu risco aumentado em duas a três vezes entre os fumantes, quando comparados a não fumantes (ARAÚJO, et al, 2004).

O tabagismo é fator de risco importante para o desenvolvimento de aterosclerose devido à ação lesiva dos produtos do tabaco aos vasos sanguíneos. Há a redução da oxigenação dos tecidos, devido ao efeito da inalação de monóxido de carbono que se liga à hemoglobina com muito mais afinidade do que o oxigênio, além de formar composto instável

(carboxihemoglobina) com lesão dos vasos e produção de oxidantes. Além disso, a nicotina promove vasoconstrição periférica intensa, com agravamento da hipóxia tecidual. (ARAÚJO *et al*, 2004). Acrescido a isto, temos a ativação de substâncias aterogênicas e a maior adesão dos monócitos às paredes vasculares em fumantes. O efeito dislipidêmico do tabagismo se dá pela diminuição do HDL colesterol e aumento de triglicérides e LDL colesterol e maior oxidação do LDL colesterol, determinando perfil lipídico fatalmente aterogênico. Contribui ainda para a aterogênese os efeitos protrombóticos, aumento da reatividade plaquetária e redução da fibrinólise endógena precipitados pelo tabagismo (SILVA, 2012).

Percebe-se com todos estes mecanismos que a reação inflamatória associada ao tabagismo não se restringe apenas aos pulmões. O tabagista apresenta inflamação sistêmica com efeitos oxidativos e metabólicos disseminados.

A aterogênese facilitada pelo fumo é fator de risco importante e determinante para diversas doenças cardiovasculares, como cardiopatia isquêmica, acidente vascular encefálico, doença obstrutiva vascular periférica. Assim, quando comparados a não fumantes, os fumantes apresentam risco: duas a três vezes maior de acidente vascular cerebral, duas a quatro vezes maior de doença coronariana, aumento percebido, mas ainda não documentado para tromboangeíte obliterante, doença oclusiva das artérias carótidas extracranianas, lesão vascular arteriolar retiniana, trombose venosa profunda e tromboembolismo pulmonar (ARAÚJO, 2004).

O fumo está ainda implicado na impotência sexual masculina devido a seus efeitos deletérios para a vascularização, na menopausa precoce devido alterações na regulação hormonal, na infertilidade feminina, na morbi-mortalidade para gestante e feto, na mortalidade perinatal, na osteoporose devido a efeito antiestrogênico da nicotina e prejuízo da formação de vitamina D, nas doenças periodontais e no envelhecimento precoce da pele (ARAÚJO *et al*, 2004).

Os maiores índices de tabagismo se encontram hoje nos países em desenvolvimento - 80% do consumo anual de tabaco. No Brasil há 27,9 milhões de fumantes, 200 mil óbitos por ano associados ao tabagismo. O menor decréscimo do tabagismo entre países em desenvolvimento se deve em parte à menor divulgação sobre os malefícios e maior dificuldade de acesso à informação em saúde desta população (SOCIEDADE BRASILEIRA DE PNEUMOLOGIA E TISIOLOGIA, 2010).

Também o prejuízo ambiental deve ser considerado na questão da produção e manufatura dos cigarros. A monocultura do tabaco empobrece o solo. A construção de estufas e uso de lenha para a cura, o acondicionamento do produto seco para descanso e fermentação de substâncias e a confecção dos cigarros com papel consomem madeira nativa ou de reflorestamento. Há o risco de incêndios por maus hábitos dos fumantes ao dispensar as

cinzas em matas, além da liberação na atmosfera de gases tóxicos provenientes da fumaça do cigarro (SOCIEDADE BRASILEIRA DE PNEUMOLOGIA E TISIOLOGIA, 2010).

4.2 ANÁLISE SITUACIONAL DO PSF JAGUARÊ LIMA

O Município de São Roque de Minas está localizado na região centro-oeste do Estado de Minas Gerais, microrregião de Piumhi. O município abrange o Parque Nacional da Serra da Canastra, instituído em 1977, com 173 Km de perímetro. É local por onde passa o Rio São Francisco, que segue por 5 estados brasileiros, cerca de 3000 Km, desaguando no mar em Alagoas .

Imagem 2: Parque Nacional da Serra da Canastra: vista da cachoeira Casca D'anta.



Fonte: acervo pessoal

O município tem área total de 2.100 km² e uma população estimada no Censo de 2010 de 6.686 habitantes, resultando numa densidade demográfica de 3,18 hab./km². O Índice de Desenvolvimento Humano (IDH) é considerado médio (0,766), segundo PNUD (2000).

A população rural é de 36,85% segundo o Relatório Anual de Gestão, 2011, sendo a principal atividade econômica a agropecuária (plantio de café, milho, batata inglesa, cana de

açúcar, soja, feijão e laranja, a criação de gado leiteiro e a produção de queijos canastra, de qualidade reconhecida e apreciada nacionalmente).

Em relação à saúde, o município está aderente ao Programa de Saúde da Família implantado, com cobertura de 93, 66% em 2011. Possui duas Unidades de Saúde da Família localizadas na zona urbana e uma unidade rural móvel, que presta atendimento às comunidades e povoados da região. Também conta com um hospital de pequeno porte. As principais causas de mortalidade estão relacionadas às doenças cardiovasculares, neoplasias, causas externas. Já a morbidade está relacionada às doenças cardiovasculares, pulmonares, do aparelho geniturinário, digestivo e aquelas relacionadas à gestação, doenças infecciosas e parasitárias e neoplasias.

O PSF Jaguarê Lima é responsável pela área de abrangência da região central da cidade, com uma população de 873 famílias correspondendo a 2479 pessoas segundo o Relatório Anual de Gestão (2011).

Foram levantados os seguintes problemas críticos na atenção em saúde pela equipe:

Tabela 2: Análise situacional PSF Jaguarê Lima

Problema	Importância	Causas	Estratégias
Hiato no atendimento e cuidado em saúde da população adulta	-Idade mais propícia a prevenção de doenças crônicas; -Diagnóstico precoce de enfermidades tratáveis; -Redução de gastos em saúde no futuro.	-Atendimentos da equipe de saúde no mesmo horário comercial; -Ausência ou subestimação de sintomas; -Inobservância aos protocolos clínicos.	-Captação em circunstâncias oportunas com ampliação do vínculo equipe-usuário; -Campanhas educativas e de sensibilização; -Busca ativa de faltosos às consultas; -Divulgação e sensibilização dos profissionais para a importância do uso dos protocolos.
População com fatores de risco para	-aumento de complicações e de óbitos evitáveis; - aumento dos gastos	-Baixa aderência ao tratamento e acompanhamento entre hipertensos e diabéticos	-Campanhas -Captação em circunstâncias adequadas

doença cardiovascular aumentado	em saúde pública.	-Mal controle de doenças crônicas, tabagismo, obesidade	-Busca ativa -Grupos de apoio -Controle das doenças crônicas
Aumento do uso de álcool e drogas entre jovens	-Dependência -Risco para a saúde e -Violência e marginalidade -Desestruturação familiar -Redução da produtividade	-Início precoce -Facilidade de acesso -Desinformação	-Educação -Sensibilização da população, principalmente os jovens, para os riscos no uso de drogas, inclusive o álcool. -Ampliar a oferta de atividades de ocupacionais para os jovens.
Alto índice de uso de antidepressivo e ansiolítico	-Dependência -Medicalização desnecessária -Risco de queda e de intoxicação por superdosagem -Comportamento de fuga	-Modelo de atenção centrado na doença -Dependência -Desinformação -Cultura	-Informação -Oferta de outros serviços que sejam coadjuvantes aos tratamentos nos transtornos mentais

Alto índice de tabagismo	-aumento do risco cardiovascular e das doenças relacionadas ao consumo do cigarro; -agravamento de doenças pulmonares preexistentes;	- informação sobre os riscos e malefícios do cigarro;	- informação - abordagem em todas as consultas - busca ativa - grupos de abordagem - implementação do Programa de Tratamento do Tabagismo; -inclusão do tema nas atividades escolares e nos grupos de jovens da comunidade.
--------------------------	---	---	--

O levantamento dos problemas em saúde se deu de acordo com o inquérito da equipe durante reunião para análise situacional e como fonte secundária os dados de prevalência do Sistema de Informação da Atenção Básica (SIAB). O tabagismo, grave problema de saúde no país, é também prevalente na área de abrangência do PSF Jaguarê Lima. É com base nesta afirmativa que este tema será abordado neste trabalho de conclusão de curso.

Segundo as diretrizes do Programa Nacional de Controle do Tabagismo (PNCT) decretadas pela portaria ministerial nº 571 de 5 de abril de 2013, um método válido de estimativa de quantificação de tabagistas por área é considerar a quantidade de pessoas acima de quinze anos de idade cadastradas e o percentual de tabagismo para o estado, gerando um coeficiente relativamente fidedigno utilizável inclusive para o cadastramento de municípios ao PNCT (BRASIL, 2004).

Observando esta diretriz, temos uma população maior de 15 anos cadastrada no PSF Jaguarê-Lima, de 1980 pessoas. Considerando-se a porcentagem estadual de tabagismo para o estado de Minas Gerais 15,1% (PNAD, 2008), temos uma população tabagista média na área de abrangência de 298 pessoas.

Ainda seguindo a diretriz do PNCT, um método válido e eficaz para quantificação de tabagistas que desejam cessar o uso de tabaco é considerar na população tabagista do território, a porcentagem macrorregional de desejo de parar de fumar nos próximos 12 meses (PNAD, 2008). Desta forma, temos que dentre nossa população tabagista, cerca de 11,7% desejam parar de fumar nos próximos 12 meses, totalizando 35 pessoas.

5 PLANO DE INTERVENÇÃO

Etapa organizacional

A cidade de São Roque de Minas está cadastrada no Programa Nacional de Combate ao Tabagismo (PNCT) e no Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES), seguindo as exigências da Portaria 442/2004 do Ministério da Saúde para a implantação do Plano de Abordagem e Tratamento do Tabagismo na Rede Sistema Único de Saúde (SUS). O PSF Jaguarê Lima é considerado ambiente livre de tabaco e possui dois profissionais capacitados (psicólogo e farmacêutica) para a abordagem do fumante. A unidade de saúde dispõe de equipamentos e de local adequados para os atendimentos dos tabagistas, seja na abordagem individual ou coletiva. Os participantes que apresentarem co-morbidades psiquiátricas poderão ser encaminhados para o Centro de Atendimento Psicossocial (CAPS). A referência ao CAPS em São Roque de Minas é feita para o município de Piumhi, com oferta de transporte gratuito. Afora isso, o serviço de psicologia também pode ser acionado nestes casos. A abordagem ao tabagismo pode mesmo ser um meio de captação de pacientes com co-morbidades psiquiátricas. Exames laboratoriais complementares e consultas em nível secundário poderão ser referenciados, se necessário.

Deverão ser fixados prazos trimestrais para repasse de informações a respeito da evolução do plano para regional de saúde e Secretaria Estadual de Saúde para garantia de recebimento de insumos em quantidade e periodicidade condizentes com a demanda do município. Isto se dará por meio de planilhas informativas: “Planilha de Consolidação de Informações do Tratamento do Tabagismo – Unidade de Saúde”, “Planilha de Consolidação das Informações da Distribuição do Manual do Participante – Unidade de Saúde”, “Planilha de Consolidação das Informações de Distribuição de Medicamentos – Unidade Dispensadora de Medicamentos”. Este fluxo deverá ser da seguinte forma: unidade de saúde e unidade dispensadora de medicamentos enviam suas respectivas planilhas para a coordenação municipal. Neste caso, o envio se dará para a coordenação regional. A coordenação municipal / regional envia as planilhas para a coordenação estadual, também em prazos específicos. A coordenação estadual, por sua vez, envia as informações das planilhas para o INCA. Deste, as informações estaduais seguem para o Ministério da Saúde, responsável pela liberação de insumos após 30 dias do recebimento das planilhas. Assim, serão formados grupos trimestralmente.

Abordagem do fumante

A primeira abordagem será a médica e a psicológica, quando se fará a verificação do grau de motivação dos participantes para a cessação. Nesta triagem será avaliado o grau de dependência de acordo com o teste de Fagerstrom e serão priorizados pacientes que estiverem no momento de ação, ou seja, tem uma data marcada para parar de fumar.

A partir das avaliações será indicado tratamento medicamentoso (Bupropiona 150mg, adesivos de nicotina de 07, 14 e 21 mcg), considerando principalmente o grau de dependência do tabaco ou outro critério médico.

As sessões de abordagem cognitivo-comportamental serão realizadas em ambiente adequado, disponibilizado pela Secretaria Municipal de Saúde. Terão duração média de uma hora e serão realizadas fora do horário comercial para garantir a participação dos trabalhadores. Serão 04 sessões estruturadas semanais, seguidas por 02 sessões quinzenais e 09 sessões de manutenção mensais, completando os 12 meses de acompanhamento. As quatro primeiras sessões serão estruturadas de acordo com as cartilhas do PNCT (BRASIL, 2004).

Na primeira sessão deve haver a apresentação dos participantes e dos profissionais, um contrato de convivência que ordene os encontros deverá ser construído. O tema a ser discutido será “Entender por que se fuma e como isso afeta a saúde”, neste, serão expostos os principais problemas de saúde associados ao tabagismo e a possibilidade de redução e eliminação de riscos com o cessar. Poderá haver pessoas que já tenham a data de cessação do tabagismo, o “DIA D”. Os participantes podem ser solicitados a explicitar seus conhecimentos prévios sobre o tema. Nesta sessão poderão ser entregues os medicamentos, no caso dos adesivos, somente para aqueles que estiverem sem fumar.

A segunda sessão estruturada tem como tema “Os primeiros dias sem fumar”. Serão abordados os sintomas de abstinência sua duração e causas, sugeridas técnicas para superação dos sintomas, como beber água, ingerir alimentos de baixa caloria, técnicas de relaxamento e atividade física. Além disso, será incentivada a assertividade e a manutenção do propósito firme da abstinência e o reforço do motivo que o levou ao desejo de parar de fumar. Nesta sessão podemos ter a presença do fisioterapeuta, orientando sobre a importância da atividade física e relaxamento muscular no processo de cessação do tabagismo, no controle da ansiedade e seus benefícios para a saúde. Os participantes serão estimulados a trocar experiências sobre técnicas positivas para controle dos sintomas de fissura, expor suas dificuldades e compartilhar sucessos ou recaídas.

Na terceira sessão será abordado o tema “Como vencer os obstáculos para permanecer sem fumar”. Aqui, é importante o reforço positivo aos que pararam de fumar, o apoio e reorientação aos que recaíram e a reafirmação do papel da assertividade e foco no objetivo.

Neste ponto a cartilha trata do ganho de peso e a nutricionista será convidada para dicas de alimentação.

“Benefícios obtidos após parar de fumar” é o tema da quarta sessão. Aqui os participantes trocam experiências sobre a modificação da percepção do hábito de fumar, são apoiados a continuar sem fumar, observam o risco de recaídas, as situações que podem levar a ela, estratégias para antever estas situações e técnicas para evitá-las.

As sessões de manutenção quinzenais e mensais serão mais flexíveis com menos intervenções dos profissionais, propiciando a troca de experiências entre os participantes. É importante mesclar estas sessões com pessoas em períodos diferentes de tratamento para enriquecer as discussões.

Em todas as sessões estará previsto tempo para perguntas, esclarecimento de dúvidas, além de aferição da pressão arterial periódica.

Atribuições dos profissionais de saúde

Agente Comunitário de Saúde:

- 1- Cadastrar os usuários;
- 2- Identificar na comunidade os fumantes;
- 3- Divulgar o atendimento na comunidade;
- 4- Fazer busca ativa dos faltosos nos atendimentos;
- 5- Estimular a participação dos jovens e de pessoas que estejam em maior condição de risco e vulnerabilidade.

Auxiliar Administrativo:

- 1- Participar da captação das pessoas fumantes;
- 2- Manter contato telefônico dos participantes antes dos encontros;
- 3- Solicitar material de consumo: livro ata, caneta, folha em branco, equipamento multimídia.

Enfermeira:

- 1- Coordenar e supervisionar as ações do Programa;
- 2- Garantir o espaço físico adequado para os atendimentos;
- 3- Manter disponíveis os materiais necessários para os atendimentos;
- 4- Captar e acolher os fumantes para participação dos grupos;
- 5- Apoiar os demais profissionais nas sessões;
- 6- Realizar a consulta de enfermagem.

Médica:

- 1- Realizar a consulta médica atentando para a abordagem integral da pessoa e fazer a prescrição do tratamento medicamentoso nos casos necessários;

- 2- Orientar e realizar a avaliação médica voltada para a prática de atividade física;
- 3- Participar da captação e encaminhamento das pessoas fumantes para o tratamento;
- 4- Registrar os atendimentos no prontuário;
- 5- Disponibilizar agenda livre para atender os casos de recaídas ou de síndrome de abstinência, se necessário.

Psicóloga:

- 1- Coordenar as sessões do grupo;
- 2- Realizar a captação das pessoas fumantes;
- 3- Realizar a consulta individual;
- 4- Atentar para a possibilidade de pessoas com algum sofrimento mental e garantir uma abordagem individualizada ou encaminhamento ao CAPS, quando necessário;
- 5- Realizar o registro das sessões.

Farmacêutica:

- 1- Participar das sessões do grupo;
- 2- Garantir o abastecimento de insumos e medicamentos para os grupos;
- 3- Preencher e enviar as planilhas dos atendimentos;
- 4- Dispensar os medicamentos, de acordo com a prescrição médica;
- 5- Orientar quanto ao uso dos medicamentos, alertar para os efeitos adversos e riscos de superdosagem em caso de uso de adesivos de nicotina e a possibilidade de recaídas durante este período.

Nutricionista:

- 1- Orientar sobre hábitos saudáveis de alimentação;
- 2- Auxiliar na escolha dos alimentos e na redução de peso, se necessário;
- 3- Medir e acompanhar o IMC dos participantes.

Fisioterapeuta:

- 1- Realizar avaliação física e indicar exercício físico regular;
- 2- Direcionar atividades de relaxamento ou exercícios físicos em grupo;
- 3- Encaminhar para avaliação médica quando necessário.

6 DISCUSSÃO

Diversos estudos científicos publicados ao longo das últimas décadas, mostram evidências dos males do fumo e seus derivados para a saúde das pessoas fumantes ou não fumantes, através do contato com a fumaça do cigarro. Representantes do poder público reuniram esforços para criar e aprovar leis e portarias que disciplinassem a produção e o consumo do tabaco. O Brasil, um dos grandes produtores de fumo, precisou rever as formas de cultivo e oferecer incentivos aos produtores dependentes da lavoura. A propaganda antes sedutora e admirável, agora proibida, deixou de representar a forma desumana e brutal de convencimento que antes atingia crianças e jovens na fase de identificação e formação de personalidade. Hoje, o SUS, através do Programa Nacional de Combate ao Tabagismo representa um alento para muitas pessoas que buscam diariamente as unidades de saúde requerendo o direito de tratar adequadamente a doença. Parte deste processo depende dos profissionais de saúde, principalmente na Atenção Primária, onde atuam verdadeiros expertises capazes de colaborar para o sucesso do tratamento da principal causa de morte evitável no mundo. Assim, a pretensão deste estudo é de responder à busca dos usuários do SUS e fortalecer a adesão à abstinência do tabaco e de outras drogas.

7 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Espera-se que este plano de intervenção em saúde no município de São Roque de Minas contribua para a redução da taxa de tabagismo e das doenças tabaco relacionadas; promova a educação em saúde; diminua o número de pessoas em contato com a Poluição Tabagística Ambiental e colabore para a implementação de outras políticas públicas de saúde no município.

Também é previsto que a abordagem ao tabagismo seja uma oportunidade importante para captação de pacientes que pouco frequentam a unidade e que deixam em segundo plano o cuidado em saúde, para identificação de riscos e co-morbidades na ocasião da abordagem clínica e psicológica para iniciação nos grupos.

O benefício do plano se estende ainda à oportunidade de coesão da equipe, discussão de processo de trabalho e organização interpessoal.

REFERÊNCIAS

ARAUJO, AJ de *et al.* Diretrizes para Cessação do Tabagismo. **J. bras. Pneumol.**, São Paulo , v. 30, supl. 2, Aug. 2004. Disponível em <<http://www.scielo.br/>>. Acessado em 20 Jan. 2014.

BELO HORIZONTE. Prefeitura Municipal de Belo Horizonte. Tabagismo. 2012, 16p.

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 28P.

BRASIL. Ministério da Saúde: Secretaria Nacional de Atenção à Saúde. Instituto Nacional do Câncer. Coordenação de Prevenção e Vigilância - COMPREV. Deixando de fumar sem mistérios: Rio de Janeiro: MS/INCA, 2004, 54P.

CAMPAIGN FOR TOBACCO FREE KIDS. - Golden Leaf. Barren Harvest. The Costs of Tobacco Farming. Washington DC, 2001.

CANADIAN CANCER SOCIETY, Rationale supporting a total ban on tobacco displays and signage at point of sale: a brief submitted to Manitoba health. Ontario; 2002. Disponível em <http://www.ocat.org/pdf/bans_manitoba.pdf>, acessado em 20 de janeiro 2014.

CAVALCANTE, TM. O controle do tabagismo no Brasil: avanços e desafios. **Rev. psiquiatr. clín.**, São Paulo, v. 32, n. 5, Oct. 2005. Disponível em <<http://www.scielo.br/>>. Acessado em 20 Jan. 2014.

FREY, M.R & WITTMANN, M. L. Práticas de fomento florestal e incentivo à preservação das matas nativas na fumicultura. *Redes*, Santa Cruz do Sul, v. 12, n. 3, p. 99 – 117. 2007.

PAN AMERICAN HEALTH ORGANIZATION (PAHO). Smoking and Health in the Americas. A 1992 report of the Surgeon General in collaboration with the Pan American Health organization. Atlanta, Georgia, 1992.

Programa das Nações Unidas para o Desenvolvimento (PNUD). Atlas de Desenvolvimento Humano. Disponível em: www.pnud.org.br. Acesso em 19 Jan. 2014.

Programa das Nações Unidas para o Desenvolvimento (PNUD). 2008. Acesso em 19 Jan. 2014.

RAMADAM, ZBA. Tabagismo: dos fundamentos ao tratamento. **Rev. psiquiatr. clín.**, São Paulo, v. 35, n. 1, 2008. Disponível em <<http://www.scielo.br/>>. Acessado em 20 Jan. 2014.

RELATÓRIO ANUAL DE GESTÃO São Roque de Minas, 2011.

REICHERT, J *et al.* Smoking cessation guidelines - 2008. **J. bras. pneumol.**, São Paulo , v. 34, n. 10, Oct. 2008 . Disponível em <<http://www.scielo.br/>>. Acessado em 20 Jan. 2014.

SANTOS, R. Metade dos alunos fumantes é iniciada na universidade, **J. Unicamp**, Campinas, n.163, ano XV, 2001. Disponível em < <http://www.unicamp.br/>>. Acessado em 20 Jan.2014.

SILVA, LCC. Tabagismo: doença que tem tratamento. Porto Alegre, RS: Artmed, 2012. 309 p.

SOCIEDADE BRASILEIRA DE PNEUMOLOGIA E TISIOLOGIA *et al.* Tabagismo: parte I. **Rev. Assoc. Med. Bras.** São Paulo , v. 56, n. 2, 2010. Disponível em: <http://www.scielo.br>. Acessado em 20 jan.

WORLD BANK. - Curbing the Epidemic. Governments and the Economics of Tobacco Control, 1999.