

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

GRACIELE APARECIDA MOREIRA MARQUES

VIDA SEM CIGARRO

LAGOA SANTA - MG

2013

GRACIELE APARECIDA MOREIRA MARQUES

VIDA SEM CIGARRO

LAGOA SANTA - MG

2013

GRACIELE APARECIDA MOREIRA MARQUES

VIDA SEM CIGARRO

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

Orientadora: Eulita Maria Barcelos

Banca Examinadora

Prof. _____

Prof. _____

Aprovado em Belo Horizonte,

Dedicatória

Dedico este trabalho, bem como todas as minhas demais conquistas, aos meus amados pais (Pedro Moreira Marques - sempre presente e minha mãe Cleuza Maria Moreira Marques), meu querido tio Zé- pelo apoio sempre, meus irmãos (Elton e Ana Eliza), meus quatro preciosos sobrinhos (Fernando, Fabrício, Kaic e Lázaro - Meus melhores e maiores presentes...)

Agradecimentos

A Deus, que se mostrou criador, que foi criativo. Seu fôlego de vida em mim me sustentou e me deu coragem para questionar realidades e propor sempre um novo mundo de possibilidades.

À minha família, por sua capacidade de acreditar em mim e investir em mim. Mãe, seu cuidado e dedicação foi que me deram, em alguns momentos, a esperança para seguir. Pai, sua presença significou segurança e certeza de que não estou sozinho nessa caminhada.

Aos meus amigos, pelas alegrias, tristezas e dores compartilhadas. Com vocês, as pausas entre um parágrafo e outro de produção melhora tudo o que tenho produzido na vida. Em especial as amigas Vanderléia Ramos de Carvalho, Cleuza de Matos Barbosa e Ana Maria Gonçalves Marques.

À comunidade da Igreja Assembléia de Deus, em especial ao Pastor Sérgio e irmã Edilene, pois foi nesse meio que aprendi o valor da minha fé e, para além do Curso de Atenção Básica em Saúde da Família, foi aqui onde aprendi a refletir e duvidar e nunca encarar a realidade como pronta. Aqui aprendi a ver a vida de um jeito diferente.

À minha Equipe de Saúde da Família, principalmente meus Agentes Comunitários de Saúde, sem eles não seria possível a concretização desse sonho.

Ao Professor Warley, companheiro de caminhada ao longo desse curso. Eu posso dizer que a minha formação, inclusive pessoal, não teria sido a mesma sem a sua pessoa.

À professora Eulita Maria Barcelos, por seus ensinamentos, paciência e confiança ao longo da supervisão, com quem partilhei o que era o broto daquilo que veio a ser esse trabalho.

A todos aqueles que de alguma forma estiveram e estão próximos de mim, fazendo esta vida valer cada vez mais a pena.

“Tentar e falhar é, pelo menos, aprender. Não chegar a tentar é sofrer a inestimável perda do que poderia ter sido.” (Albino Teixeira).

RESUMO

O tabagismo é considerado como uma doença epidêmica, que resulta de uma dependência de nicotina e classificado pela Organização Mundial de Saúde (OMS) no grupo dos transtornos mentais e de comportamento decorrentes do uso de substâncias psicoativas na Décima Revisão da Classificação Internacional de Doenças. Plano de intervenção com a implantação do Projeto Vida sem Cigarro no município de Santana de Pirapama tem a finalidade de reduzir o número de fumantes e de melhorar a qualidade de vida destes usuários e de seus familiares. Utilizar-se-á de grupos de apoio amparados pelos manuais do Instituto Nacional do Câncer, em seções estruturadas semanalmente durante um mês e reuniões mensais de manutenção. Diante da formação destes grupos espera-se reduzir consideravelmente o número de fumantes, doenças e gastos com tratamentos clínicos. Torna-se essencial que os avanços na área de cessação do tabaco tornem-se disponíveis aos fumantes, e que a criação de um espaço no tratamento do tabagismo é fundamental para se criar novos vínculos, possibilidades de expressão e onde o sujeito pense e crie novos saberes.

Palavras-chave: Plano de intervenção. Projeto Vida sem Cigarro. Tratamento do tabagismo.

ABSTRACT

Smoking is considered as an epidemic disease , which results from a nicotine addiction and classified by the World Health Organization (WHO) in the group of mental and behavioral disorders due to psychoactive substance use in the Tenth Revision of the International Classification of Diseases . Intervention plan with the implementation of the Project Life without cigarette in Santana Pirapama aims to reduce the number of smokers and to improve the quality of life of users and their families . - Will be used to support groups supported by manuals of the National Cancer Institute , in structured weekly for one month and monthly meetings maintenance sections . Before the formation of these groups is expected to considerably reduce the number of smokers , disease and medical treatment expenses . It is essential that advances in the area of tobacco cessation become available to all smokers, and creating a space for smoking cessation is essential to create new links , possibilities of expression and where the subject thinks and create new knowledge .

Keywords : intervention plan . Project Life without cigarette . Smoking cessation treatment .

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	10
2 JUSTIFICATIVA.....	12
3 OBJETIVO	13
4 PROCEDIMENTOS METODOLÓGICOS	14
5 REVISÃO DE LITERATURA.....	15
6 PLANO DE INTERVENÇÃO.....	20
6.1 Objetivos do plano.....	21
6.2 Ações a serem desenvolvidas.....	22
6.3 Resultados esperados.....	25
6.4 Pessoas responsáveis pelas ações.....	26
6.5 Estratégias a serem utilizadas nas ações.....	27
6.6 Parceiros ou instituições envolvidas.....	28
6.7 Recursos necessários.....	29
6.7.1 Recursos humanos.....	29
6.7.2 Recursos materiais.....	29
6.7.3 Recursos financeiros.....	29
6.8 Cronograma.....	30
6.9 Acompanhamento e avaliação.....	31
7 CONSIDERAÇÕES GERAIS.....	32
REFERÊNCIAS	33

1 INTRODUÇÃO

Segundo Silva e Molinari, (2003) o tabaco tem origem americana, sendo as espécies do gênero *Nicotiana* nativas de regiões intertropicais e subtropicais do Novo Mundo. E que os espanhóis ao chegarem à América observaram o uso do fumo de rolo que recebia o nome de tabaco. Relatam que na humanidade ainda não houve um costume que disseminasse tão ampla e rapidamente como aconteceu com o uso do tabaco.

De acordo com Balbani e Mantovani, (2005, p.821), a “fumaça do cigarro consiste de substâncias químicas voláteis (92%) e material particulado (8%) resultantes da combustão do tabaco, sendo a nicotina o componente ativo mais importante do tabaco.

Conforme Goodman, Limbird e Hardman, (2005), a fumaça do cigarro é composta por uma fase gasosa e por partículas que dependem da composição do tabaco, densidade em que é embalado, filtro de papel e temperatura em que é queimado. Os componentes que mais contribuem para os riscos à saúde são o monóxido de carbono, a nicotina e o alcatrão. Segundo Rosemberg, (2004), a nicotina é a substância psicoativa que mais causa dependência, elevando o ritmo cardíaco e a pressão arterial, sendo absorvida pelo organismo, chegando rapidamente ao sistema nervoso central, agindo como estimulante.

Oliveira, Valente e Leite, (2008) afirmam que o consumo do tabaco predispõe as 06 das 08 principais causas de mortes no mundo, que são as doenças cardíacas isquêmicas, acidentes vasculares cerebrais, infecções das vias aéreas inferiores, Doença Pulmonar Obstrutiva Crônica (DPOC), tuberculose e cânceres de pulmão, traquéia e brônquio.

Marques *et al.*, (2001) relatam que o tabaco ao ser fumado, faz com que a nicotina em apenas sete segundos alcance os pulmões, entrando na corrente sanguínea e atingindo o cérebro. Provoca no usuário uma sensação de prazer, diminuindo a ansiedade, aumentando a capacidade mental e melhorando a atenção.

Em se tratando do meio ambiente, a fumaça do cigarro compromete significativamente a qualidade do ar (SEELIG; CAMPOS; CARVALHO, 2005).

A decisão por abordar um plano de intervenção surgiu devido à necessidade de incorporar profissionais da atenção básica em saúde em grupos de apoio voltados a demanda de maior enfoque da ESF. As equipes de saúde da família enfrentam atualmente uma gama de problemas que interferem nas condições de saúde das pessoas. Dentre eles encontra-se o tabagismo, cujo consumo constante por

alguns anos aumenta a probabilidade do usuário desenvolver doenças respiratórias graves e até mesmo o câncer de pulmão e outras patologias.

Daí a importância de uma atuação mais efetiva das equipes da atenção básica à saúde dos usuários, muito além do cuidado individual e até mesmo da abordagem das famílias. Neste sentido decidiu na elaboração de um projeto para atingir o objetivo que é diminuir o número de fumantes da área de abrangência que é um fator preocupante para a equipe.

Segundo Oliveira, (2009) o termo projeto encontra na literatura uma multiplicidade de definições, sendo constante, no entanto, o fato de tratar-se de um esforço orientado para o alcance de determinados objetivos para os quais se organizam racionalmente os meios e o seu caráter limitado no tempo. A atuação da equipe de saúde da família deveria dar-se no que denominaremos enfoque multinível, buscando mudanças em vários planos ou níveis da realidade.

Com a implantação do projeto espera-se, mudar a realidade e a qualidade de vida dos usuários sob a responsabilidade da equipe. A partir do diagnóstico situacional, verificamos que havia um extenso número de tabagistas no município. Os agentes comunitários de saúde cadastraram 425 fumantes, e destes 284 manifestaram o desejo de parar de fumar.

2 JUSTIFICATIVA

Devido à enorme demanda de dependentes do tabaco, a equipe se dispôs em realizar grupos de apoio ao fumante. Acreditamos que pelo fato de grande maioria já ser dependente desde muito cedo, ou seja, são dependentes por um longo tempo, aumentam-se consideravelmente as chances de se ter complicações em sua saúde. É considerado um problema de saúde pública e que tende há piorar cada dia mais se não fizermos a nossa parte. E assim diminuir consideravelmente os altos custos para o sistema público de saúde, devido aos agravamentos de saúde dentro das comunidades e a poluição tabagística ambiental.

O fato de o fumo ser a maior causa de mortalidade prevenível fortalece o papel da equipe de saúde e da sociedade na promoção da saúde e na realização de atividades que estimulem a cessação do uso do tabaco. As informações, inclusive as repassadas através de campanhas sobre os malefícios do fumo, são fatores importantes, mas não determinantes no processo de parar de fumar. As campanhas e as informações têm o poder de instrumentalizar os fumantes, e também os não fumantes sobre os malefícios do fumo. Assim recomenda-se que os profissionais de saúde aproveitem todas as oportunidades para informar e incentivar a participação dos fumantes em grupos de apoio, e que os órgãos públicos continuem a divulgar na mídia os malefícios do fumo, pois essas atitudes podem contribuir para o abandono do tabagismo.

Para nós profissionais de saúde este plano de intervenção é altamente relevante, visto que poderemos contribuir diretamente para a melhoria das condições de saúde do fumante e de sua família. Melhorar a auto-estima, a qualidade de vida e o bem-estar das pessoas não têm preço que pague esta satisfação.

Para a instituição, será verificado a capacidade que as equipes de saúde da família possuem de trabalhar em equipe, e com isso obter uma diminuição dos gastos com a atenção secundária e terciária dos pacientes. Também o prazer de ter o dever cumprido, vendo sua equipe desenvolver um projeto, monitorar e avaliar os resultados obtidos.

3 OBJETIVO

* Elaborar um plano de intervenção para auxiliar os fumantes na cessação e controle do tabaco no município de Santana de Pirapama.

4 PROCEDIMENTOS METODOLÓGICOS

Primeiramente foi realizado o diagnóstico situacional de saúde de toda população, onde foram identificados vários problemas dentre eles o número elevado de fumantes. Diante deste fato foi priorizado elaborar um plano de intervenção que contemplasse estes indivíduos com o objetivo de auxiliar os fumantes na cessação e controle do tabaco.

Para subsidiar na elaboração do referencial teórico buscou-se na literatura publicações que abordassem o tema proposto. A busca bibliográfica foi desenvolvida na Biblioteca Virtual de Saúde (BVS-BIREME) na base de dados eletrônica, Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde (LILACS) e do *Scientific Electronic Library Online* (SciELO), e site do Ministério da Saúde. Foram utilizados na busca dos artigos científicos os seguintes descritores: tabagismo, cessação e controle do tabaco, grupos de apoio.

Inicialmente, foi realizada a leitura das publicações para identificar a pertinência ao objeto de estudo. Depois desta pré-seleção realizou-se uma leitura criteriosa a fim de selecionar as citações que atendam o objetivo do trabalho e posteriormente foi feita a elaboração da revisão de literatura.

Após as etapas anteriores foi elaborado um plano de intervenção para atender os usuários fumantes na área de abrangência no município de Santana de Pirapama por meio da inserção de grupos de apoio ao fumante, amparados pela Secretaria Estadual de Saúde, com o Programa Nacional de Combate ao Tabagismo (PNCT).

De acordo com Campos, Faria e Santos (2010) a elaboração do plano de ação é um projeto de intervenção sobre determinado problema detectado e que necessita ser solucionado. Contudo, deve-se considerar a viabilidade de gerenciar o plano para obter os resultados desejados.

O plano de intervenção foi elaborado tomando como base o Módulo de Planejamento e Avaliação das Ações de Saúde de autoria de Campos; Faria e Santos (2010).

5 REVISÃO DE LITERATURA

O tratamento do tabagismo inserido na rede de Atenção Primária do SUS de acordo com as Portarias Ministeriais GM/MS nº 1.035, de maio de 2004, e SAS/MS nº442, de agosto de 2004, aprovando o Plano de Implantação da Abordagem e Tratamento do Tabagismo no SUS e Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas - Dependência à Nicotina. Essas Portarias ampliaram o acesso da abordagem e tratamento do tabagismo, dos serviços de média complexidade para os centros de saúde.

Segundo o Ministério da Saúde (BRASIL, 1989), o programa direciona o tratamento do fumante, sendo a primeira etapa a avaliação, utilizando questionário padronizado sobre história tabágica, presença de comorbidades, grau de dependência de nicotina (teste de Fagerstrom) e estágio motivacional para definição do plano terapêutico. A segunda é a indicação de participação do paciente em grupos de terapia cognitivo-comportamental. Dessas seções terapêuticas, as quatro primeiras são semanais (primeiro mês de tratamento) e trazem roteiro bastante sistematizado, a partir de um manual padronizado para cada uma delas. O tratamento individual é alternativo. Após esta etapa é a integração do indivíduo em grupos de terapia, com abordagem cognitivo-comportamental. Recomenda-se que as quatro primeiras seções sejam semanais e com roteiro sistematizado, a partir de um manual padronizado para cada uma delas. O tratamento individual é alternativo. Caso seja necessário, insere o tratamento farmacológico em pacientes com grau de dependência elevado. As gomas de mascar de 2 mg, adesivos de nicotina de 7, 14 e 21 mg e bupropiona 150 mg, são fornecidas gratuitamente, recebem também manuais para os participantes e coordenadores das seções e cartazes educativos.

É imprescindível desenvolver e avaliar estratégias de envolvimento das equipes de Saúde da Família e agentes comunitários de saúde, a fim de ampliar o engajamento familiar e comunitário no programa. A busca ativa, desenvolvida por esses atores, pode significar uma estratégia interessante no sentido de manter as taxas de abandono menores.

O tratamento do tabagismo é altamente custo-efetivo, mesmo quando produz abstinência sustentada para uma minoria dos fumantes tratados. De fato, o tratamento é visto como o “padrão-ouro” do custo-efetividade nos cuidados em saúde. Sendo assim, o Programa de Tratamento do Tabagismo, oferecido no SUS, merece melhor financiamento e condições para sua ampliação.

Nos dias atuais, o tabagismo é considerado como uma doença epidêmica, que resulta de uma dependência de nicotina e classificado pela Organização Mundial de Saúde (OMS) no grupo dos transtornos mentais e de comportamento decorrentes do uso de substâncias psicoativas na Décima Revisão da Classificação Internacional de Doenças (CID-10) (OMS, 1997).

Segundo WHO, (1993) U. S. Surgeon General, (1989); Rosemberg, (2002); IARC (1987); Dube and Gren, (1982); US National Health Institute, Monograph (1989). Por causa da dependência os fumantes são expostos à cerca de 4.720 substâncias nocivas a saúde, fazendo com que o tabagismo seja fator causal de aproximadamente 50 doenças diferentes, destacando-se as doenças cardiovasculares, o câncer e as doenças respiratórias obstrutivas crônicas.

Há relatos segundo a UNICEF , (1990) de que um número exorbitante de crianças que trabalhavam na colheita do tabaco eram acometidas pela “doença do tabaco verde”. Com isso muitas dessas crianças acabaram se tornando tabagistas com o uso de apenas um cigarro.

De acordo com a Organização Mundial de Saúde (OMS, 2002), no Brasil, são estimadas cerca de 200 mil mortes/ano em consequência do tabagismo.

Conforme o Ministério da Saúde, (BRASIL, 1989) essa situação seria controlada a partir do momento em que o Instituto Nacional de Câncer, assumisse seu papel de organizar o Programa Nacional de Controle do Tabagismo (PNCT), reduzindo com isso a prevalência de fumantes em nosso país, e assim a morbimortalidade por doenças tabaco relacionadas. Para que se obtivesse êxito, algumas estratégias precisavam ser implantadas, por meio de se prevenir a iniciação ao tabagismo, protegendo a população contra a exposição ambiental à fumaça do tabaco, promovendo e apoiando à cessação de fumar e regulando os produtos de tabaco através de ações educativas e de mobilização de políticas e iniciativas legislativas e econômicas.

Segundo Cinciprini, (1997) uma rede nacional para gerenciamento regional desse Programa foi implantada no intuito dessas ações atingirem todo o território brasileiro, por meio de parcerias entre Secretarias Estaduais e Municipais de Saúde, o que vem promovendo a redução da aceitação social do tabagismo.

Cinciprini, (1997, p.3), relata que:

...pesquisas mostram que cerca de 80 % dos fumantes desejam parar de fumar, porém apenas 3 % conseguem a cada ano, sendo que desses, a maior parte consegue sozinho, sem ajuda, o que coloca em evidência o grande potencial que a abordagem rotineira do fumante possui para reduzir a prevalência de fumantes.

Conforme Cinciprini, (1997) as ações para a promoção da cessação do tabagismo são fundamentais para a motivação dos fumantes a abandonarem o vício, aumentando assim o acesso deles a métodos mais eficazes para tratamento da dependência da nicotina. Objetivo esse que envolve a articulação de diferentes tipos de ações voltadas para a abordagem e tratamento do fumante na rede do SUS. Como a elaboração de um consenso nacional sobre métodos eficazes para cessação do tabagismo, onde se divulgue esses métodos por meio de campanhas, mídia, e eventos dirigidos a profissionais de saúde e implantação do Disque Pare de Fumar com inserção do número desse serviço nas embalagens dos produtos derivados do tabaco ao lado de advertências sanitárias contundentes.

O Ministério da Saúde, (BRASIL, 2002), publicou a Portaria GM/MS 1.575/02 que criou Centros de Referência em Abordagem e Tratamento do Fumante e incluiu no Sistema de Informações Ambulatoriais do Sistema Único de Saúde (SAI/SUS), como forma de incluir e financiara abordagem e tratamento do tabagismo no SUS.

Cinciprini, (1997, p.4), comenta que apesar de ter sido um grande avanço para o PNCT, essa portaria apresentou alguns problemas que inviabilizaram seu objetivo, sendo o principal, o

credenciamento de Centros de Referência em Abordagem e Tratamento do Fumante, ficando limitado a unidades de saúde de alta complexidade ou hospitais especializados. Com isso, o acesso dos pacientes aos serviços de saúde credenciados, tornou-se muito restrito. Houve uma pressão intensa por parte de fumantes que desejavam parar de fumar e que necessitavam de tratamento para o abandono do tabagismo.

O Ministério da Saúde, (BRASIL, 2003), através da Portaria 1.798 de 12/09/03, criou um Grupo de Trabalho no âmbito da SAS, a fim de proceder à revisão, atualização e aperfeiçoamento da Portaria 1.575.

O resultado do trabalho gerou a publicação da Portaria GM/MS 1035/04, que mais tarde foi regulamentada pela Portaria SAS/MS 442/04, que dá uma dimensão maior na maneira de abordar e terapêutica do tabagismo para atenção básica e média complexidade e designa os materiais didáticos e medicamentos para o tratamento do tabagismo fornecidos pelo MS e encaminhados aos municípios com unidades de saúde capacitadas e credenciadas para tal fim.

Conforme o Ministério da Saúde, (BRASIL, 2001), os medicamentos indicados são antidepressivo bupropiona, adesivo de nicotina e a goma de mascar, que devem ser prescritos pelo médico. Sendo a abordagem cognitivo-comportamental utilizada como meio de se identificar situações de risco, além de desenvolver estratégias de enfrentamento.

No tratamento de dependência de nicotina é necessário observar o grau de motivação de cada paciente. Segundo Prochaska; Di Clemente e Norcross , (1999), as pessoas têm diferentes níveis de motivação para alcançar a mudança de comportamento, definidos por estágios de mudanças.

Zancan et al (2011,p. 538) citando Bock, (2002), “o dia-a-dia é demarcado pela vida em grupo, pois o indivíduo sempre está envolvido em relacionamentos com outras pessoas, seja no trabalho, família, momentos de lazer.”

Segundo Brofman, (2008), citado por Zancan (2008, p.538) “no momento em que os pacientes valorizam o grupo e se sentem valorizados pelos outros membros, estabelecendo uma relação terapêutica adequada, estando assim em condição para uma terapia eficaz”.

Bieling; McCabe e Antony, (2008) citados por Zancan (2008,p.538) abordam “que o sentimento de pertencimento ao grupo” é essencial para o sucesso terapêutico.“Quando o sujeito confia no grupo”, se sente mais seguro para falar de si mesmo, de seus pensamentos e de suas crenças. A resposta dada pelo terapeuta e pelo grupo auxilia na correção de entendimentos distorcidos e reforça avaliações mais dentro da realidade vivenciada pelo paciente-

Frances; Franklin e Mack, (2006), afirmam que a recaída pode se manifestar em momentos de alto estresse, ansiedade, pouco apoio social ou baixa confiança.

Em se tratando de intoxicação a APA, (2002) não descreve um modelo de intoxicação para a nicotina. No momento em que o uso de cigarros é suspenso, instala-se rapidamente uma síndrome de

abstinência. Os sintomas de abstinência são decorrentes da resposta à redução ou interrupção abrupta do consumo de tabaco, incluindo irritabilidade, insônia, dificuldade de concentração, humor deprimido, aumento de peso e ansiedade.

Estudos realizados com pacientes tabagistas segundo Rondina, Gorayeb & Botelho 2003, têm identificado a presença de ansiedade e depressão como fatores significativos que influenciam na tentativa de abandonar o uso de tabaco.

Conforme Gaglioti *et al.* (2001) a proposta de tratamento é a diminuição de danos para o indivíduo. Existem muitas pessoas que tem o propósito de parar, mas não conseguem porque não acreditam em si mesmas acham que não conseguem ficar sem o cigarro no seu dia a dia. A proposta da saúde tem a finalidade de minimizar as conseqüências prejudiciais do uso de drogas.

A cessação do consumo de tabaco envolve diversas variáveis, contudo, quanto maiores as informações adquiridas sobre as especificidades dos dependentes dessa substância, maiores são as chances de mantê-los sobre abstinência.

Segundo Queiroz (2013), a luta contra o tabagismo ainda tem um longo caminho a percorrer, apesar de números tão expressivos. Sendo o índice de 12% com uma tendência de estabilização, pois é formado na sua maioria por pessoas que têm muita dificuldade de parar de fumar e que necessitam de uma abordagem médica. Ele afirma que a participação em grupos de apoio fundamental, pois é comprovado que um número muito reduzido, cerca de 3% consegue parar com o vício sozinho.

De acordo com Munard e Rodrigues, (1997) o trabalho em grupo é uma realidade no cotidiano do trabalho de equipes de saúde, sendo vivenciado em toda a vida profissional, seja na atenção direta aos clientes ou na relação com a própria equipe, porém, é necessário a busca de maior reflexão sobre esta temática, para podermos utilizar o grupo de forma consciente, reflexiva e efetiva.

Wood (1990) relata que os grupos podem assumir diversos formatos conforme suas finalidades, podendo ser de trabalho, de treinamento, terapêuticos, entre outros.

Rosso e Collet (1999), consideram a importância do atendimento individualizado para posterior inserção ao grupo, e que ações educativas são realizadas nas unidades básicas de saúde, individual e coletivamente. Contudo há um destaque maior para a educação em saúde visando o coletivo, através de ações desenvolvidas com grupos, tornando-se muito ricas com troca de experiências e coletivamente as pessoas têm mais força de reivindicar.

Melo (1987), afirma que é necessário pensar a educação e a saúde não mais como educação sanitizada, centralizada no interior do campo da saúde, ou ainda uma educação para a saúde, como se a saúde pudesse ser um estado que se atingisse depois de educado. É imprescindível recuperar a dimensão da educação e do processo saúde-doença, estabelecendo as articulações entre esses dois campos e os movimentos sociais percebendo-os como práticas sociais articuladas.

Dias (2006), relata que os grupos operativos podem sim cumprir uma função terapêutica, uma vez que estão centrados em uma tarefa, que pode ser o aprendizado, a cura ou o diagnóstico de

dificuldades. Zimmerman *et al*, (1997) diz que o trabalho em grupo propicia uma capacidade de pensar as experiências emocionais cotidianas e aprender com elas.

Pichon Rivière (1945, p.164), define grupo operativo como “*um conjunto de pessoas com um objetivo em comum*” e Bleger em 1993, diz que os grupos operativos trabalham numa dialética do ensinar-aprender, no qual as pessoas tanto aprendem como também são sujeitos do saber, mesmo que apenas pelo fato de sua experiência de vida.

Segundo Santos e Andrade (2003), os grupos existentes nas Unidades Básicas de Saúde objetivam correlacionar fatos que interferem em determinada doença com situações vividas pelo paciente, na busca de expressão dos sentimentos, proporcionando a troca de experiências. Ocorre em efeito terapêutico, visto que os usuários estão reunidos em torno de um problema comum, e acolhidos por uma equipe que os apóia.

Ruiz, (2004, p.13), afirma que “pode-se refletir sobre o grupo como um espaço para a educação. Sendo a educação transformadora aquela que propicia ao sujeito uma apropriação do conhecimento. A informação só é útil e produtiva quando o sujeito se apropria dela.”

Conforme Alexandre Sattler e Nágela Cade, (2011), diante da relevância da cessação do tabagismo para a redução morbimortalidade com ele relacionada, os gestores locais precisam apoiar as equipes envolvidas nos grupos, mantendo assim uma política contínua de qualificação dos profissionais diretamente envolvidos para uma melhor observância dos protocolos de assistência e propostas de estratégias de seguimento mais adequadas ao tabagista e a realização de pesquisas que busquem melhor compreender a cessação ou não do tabagismo naqueles que procuram pelos grupos.

6 PLANO DE INTERVENÇÃO

O plano de intervenção sobre determinado problema detectado é utilizado quando este necessita ser solucionado. Contudo, é necessário considerar a viabilidade de gerenciar o mesmo para obter o resultado desejado (CAMPOS; FARIAS; SANTOS, 2010). A elaboração deste plano foi baseada no Planejamento Estratégico Situacional (PES) que permite a contribuição de toda equipe multidisciplinar contando assim, com enfermeiro, médico, psicólogo, nutricionista e educador físico além dos técnicos de enfermagem e agentes comunitários de saúde da ESF Santana de Pirapama.

Segundo Campos; Faria e Santos, (2010, p. 27-28).

O PES, a partir de seus fundamentos e métodos, propõe o desenvolvimento do planejamento comum do processo participativo. Sendo assim, possibilita a incorporação dos pontos de vista dos vários setores sociais, incluindo a população, e que os diferentes atores sociais explicitem suas demandas, propostas e estratégias de solução, numa perspectiva de negociação dos diversos interesses em jogo. Essa participação enriquece o processo de planejamento, criando coresponsabilidade dos atores com efetivação do plano de ação, dando mais legitimidade e, mesmo, viabilidade política ao plano.

O PES é constituído de 10 passos que devem ser seguidos ou mencionados no primeiro passo por meio do diagnóstico situacional foi realizada a identificação dos problemas da área de abrangência. Nesta fase ocorre o levantamento de todos os problemas. Foram muitos os problemas identificados, mas o que chamou atenção da equipe foi o número de elevado de fumantes (425) e este foi o problema priorizado. Para realizar esta priorização foi necessário apresentar os principais problemas, sua importância (significado do grau de importância na comunidade: alta, média e baixa), urgência (quanto mais alto é o número maior é o grau de urgência), capacidade de enfrentamento da equipe (fora, dentro ou parcial) e a seleção considerando a prioridade que a equipe estabeleceu para cada problema identificado) (CAMPOS, FARIA e SANTOS, 2010).

O que é um problema ? Campos; Faria; Santos (2010,p.29) explicitam que :

De um modo geral, um problema pode ser definido como a discrepância entre uma situação real e uma situação ideal ou desejada. Entretanto, uma situação só é problematizada quando um ator a define como inaceitável e, ao mesmo tempo, como passível de ser transformada na direção desejada.

Em seguida veio a descrição do problema, e a explicação do mesmo que é o entendimento da gênese do problema que se pretende enfrentar a partir da identificação das suas causas. “Geralmente, a causa de um problema é outro problema ou outros problemas” (CAMPOS; FARIA; SANTOS. 2010, p.63). O Planejamento Estratégico Situacional é um importante instrumental de planejamento e gestão que permite priorizar as ações conforme a capacidade real de execução.

6.1 OBJETIVOS DO PLANO

A partir daí foram estabelecidos os objetivos que se pretende alcançar com a implantação do plano de intervenção:

- * Reduzir o número de fumantes no município de Santana de Pirapama
- * Formação de grupos de apoio ao fumante
- * Integração das ESF (Equipes de Saúde da Família)

6.2 Ações a serem desenvolvidas

Para colocarmos nosso plano em ação precisaremos de um espaço apropriado para desenvolvermos as reuniões em um ambiente calmo e onde as pessoas possam se expressar sem receios e/ ou medos. As ações foram categorizadas em:

➤ *Ações para serem desenvolvidas pela equipe*

- Reuniões com a comunidade para esclarecer como serão as reuniões do grupo de apoio ao tabagista, enfatizaremos sobre os malefícios do tabaco e suas conseqüências, juntamente com as Equipes de Saúde da Família e alguns profissionais da Secretaria Municipal de Saúde, psicóloga. Cadastramento dos fumantes de nossa microárea, e convite para participarem das reuniões.
- Formação dos grupos
- Aplicação do questionário de grau de dependência de nicotina (teste de Fagerstrom).
- Reuniões para discutir e planejar as ações a serem executadas nas seções e distribuição de tarefas entre os profissionais.
- Discussão do material didático que vai ser utilizado, manuais do INCA, abordagem centrada terapia cognitivo-comportamental e material expositivo, palestras em vídeos exibidos por meio de data show e dinâmicas.
- Na finalização de cada grupo, a equipes se reunirá para discussão dos resultados e dificuldades encontradas, e planejamento de novas estratégias para atingir os objetivos propostos.
- Avaliação e acompanhamento do projeto.
- Monitoramento do comportamento dos fumantes após o término do projeto.

➤ *Ações destinadas aos tabagistas.*

Na primeira seção será utilizada uma dinâmica de apresentação dos participantes e explicação do projeto. Nas Abordagens posteriores em reuniões semanais, sempre terá um espaço para o usuário falar sobre seus anseios, suas dúvidas. Serão apresentados e discutidos o que consiste o tratamento, o PNCT (Programa Nacional de Controle do Tabagismo) e seus métodos para auxiliar na cessação e controle do tabagismo. Será fornecido medicamentos se necessário, após a avaliação do médico.

Para manutenção os usuários terão uma reunião mensal com vistas à prevenção de recaídas e o sucesso do tratamento.

No planejamento consta de encontros semanais com os grupos, que serão distribuídos da seguinte forma:

- Quinze participantes no período da manhã e quinze no período da tarde toda quarta-feira durante um mês. A duração da seção será de 45 a 60 minutos.
- Serão utilizados o Manual do coordenador: Deixando de fumar sem mistérios, cartazes educativos, dinâmicas de grupo e os manuais do INCA com as quatro seções estruturadas a saber:

- Primeira seção: Entender porque se fuma e como isso afeta a saúde;

- Segunda seção: Os primeiros dias sem fumar;

- Terceira seção: Como vencer os obstáculos para permanecer sem fumar;

- Quarta seção: Benefícios obtidos após parar de fumar;

Nas seções será utilizada a abordagem cognitivo-comportamental, envolvendo o estímulo ao auto-controle ou auto-manejo para que o indivíduo possa aprender como escapar do ciclo vicioso da dependência, e a tornar-se assim um agente de mudança de seu próprio comportamento.

QUADRO 1 – Descrição das etapas de um plano de intervenção

Nó crítico-situação problema	Ações	Resultados esperados	Recursos a serem consumidos	Prazo/responsável	Atores envolvidos	Operações estratégicas
Número elevado de fumantes no município de Santana de Pirapama	Cadastro de fumantes	Quantitativo de tabagistas que querem parar de fumar	Consumo: Formulários de identificação	Um mês	Agentes Comunitários de Saúde e Enfermeiros	Visitas domiciliares e palestras educativas
Número elevado de fumantes no município de Santana de Pirapama	Formação de equipes de apoio	Criação de comissão que atuará permanentemente nos grupos	Humanos: Profissionais de apoio ao grupo	15 dias	Médicos, enfermeiros, técnicos de enfermagem, educador em saúde, psicólogo	Reuniões periódicas
Número elevado de fumantes no município de Santana de Pirapama	Planejamento das ações	Êxito nos grupos	Humanos: Profissionais de apoio ao grupo	15 dias	Coordenação dos grupos e equipe de apoio	Reuniões periódicas
Número elevado de fumantes no município de Santana de Pirapama	Início das atividades do grupo	Apoio aos fumantes	Humanos: Profissionais de apoio ao grupo Consumo: papéis, canetas, caixa Box Permanentes: mesa, cadeiras	1 mês	Coordenação dos grupos e equipe de apoio	Reuniões periódicas
Número elevado de fumantes no município de Santana de Pirapama	Reuniões ao final de cada grupo	Discussão dos resultados e propor soluções de problemas	Humanos: Profissionais de apoio ao grupo	7 dias	Coordenação dos grupos e equipe de apoio	Reuniões periódicas

6.3 Resultados esperados

Diminuição do número de fumantes e a poluição tabagística ambiental no município de Santana de Pirapama, e assim contribuir para a melhoria da saúde e bem-estar dos fumantes e de seus familiares.

6.4 Pessoas responsáveis pelas ações

O responsável será o autor deste Plano de Intervenção, no sentido de possibilitar sensibilização diante do problema observado e é a coordenadora do grupo: Enfermeira Graciele Aparecida Moreira Marques

Médico: Dr. André Luiz Rocha

Farmacêutica: Camila Ribeiro

Enfermeiras assistentes nas seções: Vanderléia Ramos de Carvalho, Patrícia Aparecida Pereira da Silva, Raquel Sérgia de Matos Barbosa e Maximara Vidal Riodouro.

Técnicas de enfermagem: Vanilda de Carvalho Gomes e Fabiana Gomes.

6.5 Estratégias a serem utilizadas para as ações

- * Identificação dos fumantes

- * Divulgação dos grupos de apoio ao fumante através da mídia local e dos agentes comunitários de saúde

- * Parcerias com o CRAS (Centro de Referência em Assistência Social), Secretaria Municipal de Saúde e de educação, Psicologia, Educador em saúde e Farmácia.

- * Implantação de grupos de apoio ao fumante.

6.6 Parceiros ou instituições envolvidas

Coordenadora da Vigilância Epidemiológica: Elcimary Fátima Moreira Marques

Psicóloga: Dr^a Bruna de Paiva

Fonoaudióloga: Dr^a Pâmela Rodrigues

Secretaria Municipal de Saúde de Santana de Pirapama

Prefeitura Municipal de Santana de Pirapama

Além de parcerias com a SRS – Secretaria Regional de Saúde de Sete Lagoas, com o apoio medicamentoso, Secretaria Municipal de Saúde de Santana de Pirapama – apoio institucional.

6.7 Recursos necessários

6.7.1 Recursos humanos

Coordenadora do grupo: Enfermeira Graciele Aparecida Moreira Marques

Médico: Dr. André Luiz Rocha

Farmacêutica: Camila

Enfermeiras assistentes nas seções: Vanderléia Ramos de Carvalho, Patrícia Aparecida Pereira da Silva, Raquel Sérgia de Matos Barbosa e Maximara Vidal Riodouro.

Técnicas de enfermagem: Vanilda de Carvalho Gomes e Fabiana Gomes.

6.7.2 Recursos materiais

- Permanentes: mesa, cadeiras, computador, impressora, data show, telefone, serão utilizados os já existentes na Instituição
- Apoio da SRS com os manuais impressos dos participantes e do coordenador.
- De consumo: papéis, canetas, lápis, borracha, pastas, livro de Ata, pincéis, caixa Box, envelopes, serão utilizados os já existentes na Instituição

6.7.3 Recursos financeiros

O planejamento para operacionalização deste projeto de intervenção todos os recursos financeiros são fornecidos pela Secretária Estadual de Saúde após aprovação do mesmo.

6.8 Cronograma de execução

Nº das etapas e ações	Setembro 2013	Outubro 2013	Novembro 2013	Dezembro 2013	Janeiro 2014
1ª	Levantamento do número de fumantes no município				
2ª		Campanha educativa para mobilizar a comunidade sobre os grupos			
3ª			Formação de equipes que atuarão nos grupos de apoio		
4ª				Planejamento das ações a serem executadas nas seções	
5ª					Reuniões das equipes para discussão de resultados

6. 9 Acompanhamento e avaliação

De acordo com Quadros (2008, p.92) “a avaliação permite acompanhar passo a passo os avanços, detectar a tempo as dificuldades, ajustar e reajustar o objetivo e suas características e aos diferentes contextos”.

É muito importante o acompanhamento de qualquer projeto desde sua implantação e durante seu desenvolvimento, com objetivo de verificar se realmente o projeto foi exeqüível, se a sensibilização e motivação dos atores institucionais diante da proposta permanecem, se as etapas planejadas estão alcançando as suas metas específicas, principalmente acompanhar a evolução dos colaboradores, se os objetivos foram alcançados, se a metodologia contribuiu para atingir as metas, se houve envolvimento da demanda e da equipe técnica.

Este acompanhamento e avaliação contínuos deverão ser conduzidos pela coordenadora do projeto com seus colaboradores, através de reuniões.

7 CONSIDERAÇÕES GERAIS

É essencial que os avanços alcançados na área de cessação de fumar tornem-se disponíveis aos fumantes para que um número cada vez maior consiga deixar de fumar a cada ano, o que só poderá ser alcançado se nós, profissionais de saúde, estivermos comprometidos com essa ação.

As ações para promover a cessação do tabagismo que integram o PNCT, têm como objetivo motivar fumantes a deixarem de fumar e aumentar o acesso dos mesmos aos métodos eficazes para tratamento da dependência da nicotina.

Nossa perspectiva com a criação desse grupo de apoio será a redução de pelo menos 60% do número de fumantes freqüentes em nossas reuniões, a fim de que alcancemos em torno de 180 tabagistas ao final de 2013. E assim conseguiremos ainda a consolidação dos grupos de apoio e também a integração das equipes de saúde da família em um trabalho voltado à comunidade.

Finalizamos, considerando que no tratamento do tabagismo, é fundamental a criação de um espaço, onde o sujeito poderá pensar e criar novas possibilidades de vínculo, novas possibilidades de expressão e questionar as relações intersubjetivas que estabelece com o mundo.

Ajudar um fumante a deixar o seu vício é uma questão de ética e, sobretudo de humanidade.

REFERÊNCIAS

BRASIL. Ministério da Saúde. INCA. **Abordagem e tratamento do fumante**. Consenso 2001. Rio de Janeiro, 2001.

CAMPOS, Francisco Carlos Cardoso de; FARIA, Horácio Pereira de; SANTOS, Max André dos. **Planejamento e avaliação das ações em saúde**. NESCON/UFMG - Curso de Especialização em Atenção Básica em Saúde da Família. 2ed. Belo Horizonte: Nescon/UFMG, 2010. 110p.

CINCIPRINI, P.M. *et.al.* Tobacco addiction: implications for treatment and cancer prevention. **Journal of the National Cancer Institute**, v 89, n 24,p.1852-67, dec. 1997.

DIAS R. B. ; CASTRO, F. M. **Grupos operativos. Grupos de estudos em saúde da família**. Belo Horizonte: AMMFC, 2006. Disponível em <http://www.smmfc.org.br/gesf/poperativo.htm>. Acesso em 14/09/2013.

www.inca.gov.br/tabagismo/publicacoes/plano_abordagem_sus.pdf. Acesso em 14/09/2013.

Pichon-Rivière E. **O processo grupal**. 3ª ed. São Paulo (SP): Martins Fontes; 1982.

QUADROS. F. A. A.; **Currículo Integrado: Análise do Processo de Implementação no Curso de Enfermagem da Universidade Estadual de Mato Grosso do Sul**. Universidade Católica Dom Bosco. Dissertação apresentada ao Programa de Pós-graduação – Mestrado em Educação.

ROSEMBERG, J., 2002. **Pandemia do Tabagismo – Enfoques Históricos e Atuais**. 1ª edição, São Paulo, (SP) Secretaria Estadual de Saúde.

RUIZ, V. R. *et al.* Educação em saúde para portadores de doença mental: relato de experiência. **Revista Escola de Enfermagem da USP**, São Paulo, v.38, n.2, p.190-196, 2004.

SANTOS,F.R .; ANDRADE, C.P., Eficacia dos trabalhos de grupo na adesão do tratamento da hipertensão arterial.**Rev APS**. Juíz de Fora,v.6,n.1,p.1-10, jan/jun.2003.

www.scielo.iec.pa.gov.br. Indicadores de efetividade do Programa de Tratamento do Tabagismo no SUS em Minas Gerais, Brasil, 2008. Acesso em 14/09/2013.

www.sopterj.com.br/revista/2005_14_3/06.pdf. Informação e campanhas de esclarecimento como fatores de sucesso no abandono do tabagismo. Acesso em 14/09/2013.

ZACAN, N. *et al.* Intervenções psicológicas em grupo de controle de fumantes- relato de experiência. **Rev. de Psicologia da IMED**. v.8, n.2, p.534-544. 2011.

ZIMERMAN, D. E. Atributos desejáveis para um coordenador de grupo. In: ZIMERMAN, D. E; OSÓRIO, L. C. **Como trabalhamos com grupos**. Porto Alegre: Artes médicas, 1997. p.41-47