

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

PETRÔNIO CARDOZO DE ALMEIDA

**TABAGISMO: IMPLANTAÇÃO DE PROGRAMA DE CONTROLE NA
ESF SÃO JOSÉ**

Montes Claros/Minas Gerais

2014

PETRÔNIO CARDOZO DE ALMEIDA

**TABAGISMO: IMPLANTAÇÃO DE PROGRAMA DE CONTROLE NA
ESF SÃO JOSÉ**

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

Orientadora: Profa. Dra. Ana Cristina Borges de Oliveira

Montes Claros/Minas Gerais

2014

PETRÔNIO CARDOZO DE ALMEIDA

**TABAGISMO: IMPLANTAÇÃO DE PROGRAMA DE CONTROLE NA
ESF SÃO JOSÉ**

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

Orientadora: Profa. Dra. Ana Cristina Borges de Oliveira

Banca Examinadora

Profa. Dra. Ana Cristina Borges de Oliveira

Prof. Flávio de Freitas Mattos

Aprovada em Belo Horizonte: 12/04/2014

RESUMO

O tabagismo constitui um importante problema de saúde pública e representa um grande desafio para a Medicina Preventiva. De acordo com a literatura médica, o cigarro é um fator de risco por inúmeras doenças. Os prejuízos a que os fumantes estão sujeitos envolvem vários aspectos. A nicotina, por exemplo, torna quem a usa dependente como qualquer droga ilícita em nosso país, mas o que difere o cigarro é o fato de ele ser livremente comercializado. O governo vem se esforçando para diminuir o número de fumantes através do plano nacional de controle do tabagismo e pelo aumento da carga tributária sobre o cigarro que, além de diminuir a expectativa e qualidade de vida, traz um importante gasto financeiro para os usuários. Sendo assim, o presente estudo objetivou realizar uma revisão de literatura sobre tabagismo e elaborar uma proposta de intervenção para favorecer a diminuição do número de fumantes da área de abrangência da Equipe de Saúde da Família (ESF) São José. A intensa procura por membros da comunidade da área da ESF São José por uma terapia que auxilie a abstenção do hábito de fumar, assim como o fato do tabaco ser um problema grave de saúde pública, norteou a priorização desse problema pela equipe.

Palavras-Chave: Hábito de fumar. Abandono do uso de tabaco. Saúde pública.

ABSTRACT

Smoking is a major public health problem and represents a big challenge for Preventive Medicine. According to medical literature, cigarette smoking is a risk factor for many diseases. The damages which smokers are subject involve various aspects. Nicotine, for example, makes the users as dependent as any illicit drug in our country, but what differs the cigarette is the fact that it is freely traded. The government has been trying to reduce the number of smokers through a national plan for tobacco control and increased taxes on cigarettes, which decrease the expectation and quality of life, bringing significant financial expenses for users. Therefore, this study aimed to perform a literature review on smoking and develop a proposal for intervention to promote the reduction of the number of smokers in the area covered by the Family Health Team (FHT). The intense search for São José's members' community area for a therapy that help them abstaining from smoking as well as the fact that tobacco is a serious public health problem, guided the prioritization of this issue by the team.

Key-Words: Smoking. Tobacco use cessation. Public health.

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO.....	7
2 JUSTIFICATIVA	10
3 OBJETIVOS	11
4 METODOLOGIA	12
5 DESENVOLVIMENTO	14
Seção 1 - Revisão de literatura	14
Seção 2 - Proposta para enfrentamento do tabagismo na comunidade	18
6 CONSIDERAÇÕES FINAIS	22
7 REFERÊNCIAS	24

1 INTRODUÇÃO

Salinas é uma cidade do interior de Minas Gerais, localizada na região norte do estado. Encontra-se a 640 km da capital Belo Horizonte. Em 1991, possuía uma população de 50.849 habitantes (Quadro 1), no entanto com a emancipação política de alguns antigos distritos (Santa Cruz de Salinas, Fruta de Leite e Novorizonte) atualmente possui 39.182 habitantes (INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA-IBGE, 2010).

Quadro 1- Dados referentes à faixa etária da população do município de Salinas-MG

Nº de indivíduos (por faixa etária)	0-4	5-9	10-14	15-19	20-24	25-39	40-59	60 ou +	Total
Área Urbana	2101	2452	2738	3058	2916	7457	6400	3669	30776
Área Rural	415	560	861	689	569	1526	2178	1663	8402
Total	2516	3012	3599	3747	3485	8983	8578	5272	39182

Fonte: IBGE, 2010

Foi fundada em 18 de dezembro de 1880 e é conhecida pela qualidade das cachaças, folclore, carne de sol e requeijão (Quadro 2). As principais atrações da cidade são as Festas Juninas, o Festival Mundial da Cachaça, as jazidas de minério e o artesanato.

Quadro 2- Dados sociodemográficos do município de Salinas-MG

IDH: 0,699	
Renda média familiar	Valor
Domicílio Rural	R\$ 847,21 reais
Domicílio Urbano	R\$ 2.427,47 reais
Taxa de alfabetização	78,27%
Taxa de emprego	56,11%

Fonte: IBGE, 2010

A Unidade Básica de Saúde (UBS) São José atende a região sudoeste da cidade de Salinas há cerca de 10 anos. Atualmente possui mais de 3.800 pessoas inscritas que estão distribuídas nos seguintes bairros: São José, Novo Panorama, Betel 1 e 2, Cândido Village, Boa Vista e na zona rural: Córrego da Empueira e Fazenda Cercadinho.

A maior parte da população adscrita na UBS São José reside na periferia da cidade e possui baixa condição socioeconômica. Muitas famílias que residiam na zona rural se

deslocaram para a cidade devido ao clima semiárido e aos longos períodos de seca que prejudicaram a agricultura e pecuária. A rede elétrica, de esgoto e a água tratada atendem praticamente toda a população que vive na zona urbana. A maior parte das ruas é pavimentada.

Após a análise situacional dos problemas de saúde, identificou-se que os pontos críticos do bairro São José são o tabagismo, o mau controle da pressão arterial, os altos índices de gravidez na adolescência, o baixo número de exames preventivos realizados (colo do útero) e o alto índice de moradores portadores de doença de Chagas.

Em seguida foi necessária a seleção e priorização de quais seriam primeiramente enfrentados. Como critérios para seleção, estabeleceu-se a importância do problema, a urgência e a capacidade de enfrentamento pela equipe de saúde. Assim, foram atribuídos valores alto, médio e baixo para a importância do problema. Distribuíram-se pontos conforme sua urgência; identificou-se se a solução estaria no âmbito da equipe, fora ou parcialmente inserido na capacidade de enfrentamento da equipe. Por fim, numeraram-se os problemas por ordem de prioridade a partir do resultado da aplicação dos critérios para seleção (Quadro 3).

Quadro 3- Classificação de prioridades para os problemas identificados no diagnóstico da Estratégia de Saúde da Família (ESF) do bairro São José.

Ordem de seleção dos problemas	Importância	Urgência	Capacidade de enfrentamento pela equipe
1-Tabagismo	Alta	8	Parcial
2-Controle da hipertensão	Alta	9	Dentro
3-Gravidez na adolescência	Alta	7	Parcial
4-Baixo nº de preventivos realizados	Alta	8	Dentro
5-Alto índice de Doença de Chagas	Alta	7	Fora

O tabagismo, antes visto como um estilo de vida, nos dias de hoje é identificado como uma dependência química que expõe a população a inúmeras substâncias tóxicas. O número de óbitos devido ao uso do tabaco é de 4,9 milhões de mortes/ano, o que corresponde a mais de 10 mil mortes/dia. Caso esse consumo seja mantido, os números aumentarão para 10

milhões de mortes/ano em 2030, sendo metade delas em indivíduos em idade produtiva (35 a 69 anos de idade) (CORREA et al., 2008; WORLD HEALTH ORGANIZATION-WHO, 2012).

Este problema foi selecionado como prioritário para intervenção, uma vez que ainda morrem no Brasil aproximadamente 200.000 pessoas/ano em consequência do tabagismo. Isso acontece provavelmente devido aos efeitos tardios da expansão do consumo de tabaco, que se iniciou na década de 50/60 e atingiu o ápice nos anos 70 (PAN AMERICAN HEALTH ORGANIZATION-PAHO, 2002). Além disso, destaca-se o fato da dependência física e psicológica pela nicotina. O cigarro possui diversas substâncias tóxicas e constitui fator de risco para inúmeras doenças. As principais causas de morte atribuíveis ao tabagismo são: obstrução crônica das vias aéreas, doença cardíaca isquêmica, câncer de pulmão e doença cerebrovascular.

Fatores facilitadores como o custo do cigarro brasileiro (sexto mais barato do mundo) e a facilidade de acesso físico aos produtos provavelmente facilitam a experimentação e a iniciação do hábito entre as crianças e adolescentes (GUIDON et al., 2002; CORREA et al., 2008).

A interferência do tabagismo na qualidade e expectativa de vida da população é muito significativa (CORREA et al., 2008). Desse modo, os profissionais de saúde, em consonância com governo, devem estar preparados para desenvolver medidas que levem a diminuição do número de fumantes junto à população brasileira.

2 JUSTIFICATIVA

A intensa procura por membros da comunidade da área da Equipe de Saúde da Família (ESF) São José por uma terapia que auxiliasse a abstenção do hábito de fumar, assim como o fato do tabaco ser um problema grave de saúde pública nortearam a priorização desse problema pela equipe. Além de viciar devido à dependência gerada pela nicotina no organismo, o tabagismo predispõe o fumante a desenvolver inúmeras doenças. Conseqüentemente, diminui a qualidade de vida e a expectativa de vida do fumante.

Por isso, o desenvolvimento deste estudo é de grande relevância para a ESF São José. Os esforços da equipe para intervenção na comunidade e a abordagem dos tabagistas tornaram-se viáveis graças à recente disponibilização de medicamentos que auxiliam o controle do tabagismo na rede de atenção básica, via Governo Federal. Além disso, o Programa Nacional de Controle do Tabagismo vem fornecendo um importante alicerce na programação do plano de ação (BRASIL, 2013).

3 OBJETIVOS

Realizar uma revisão de literatura sobre tabagismo.

Elaborar uma proposta de intervenção para favorecer a diminuição do número de fumantes da área de abrangência da ESF São José.

4 METODOLOGIA

Este projeto de pesquisa consta da elaboração de uma proposta de intervenção para diminuir o número de fumantes da área de abrangência da ESF São José e de uma revisão de literatura sobre o tema.

A revisão de literatura sobre o tema tabagismo foi desenvolvida a partir de artigos encontrados nas bases de dados Google Acadêmico, Biblioteca Virtual de Saúde Pública, Periódicos CAPES e *Scielo*. Além dos artigos encontrados nas bases de dados, foram incluídos capítulos de livros, jornais e manuais de orientação que abordaram questões relacionadas ao tema.

Planejamento Estratégico Situacional

Por facilitar o diálogo entre os diferentes atores que participam do processo de planejamento, o emprego do Planejamento Estratégico Situacional (PES) é fundamental para o domínio do método. A compreensão dos conceitos relacionados com o cotidiano de se governar e dos fundamentos teóricos do PES é fundamental no preparo da ação. Os conceitos descritos abaixo estão de acordo com o Prof. Carlos Matus, Ministro de Economia do Governo de Salvador Allende (CAMPOS et al., 2010).

O governar cotidiano possui dois significados:

- 1º) **Governar**: o exercício do poder do Estado, no exercício de algum cargo.
- 2º) **Governar**: todas as forças sociais governam, ou seja, podem e devem planejar intervenções sobre os fatos sociais.

Fundamentos teóricos do PES, que configuram o Triângulo de Governo:

- **Projeto de governo**: plano que a equipe se propõe a realizar para alcançar seus objetivos.
- **Governabilidade**: diz respeito às variáveis ou recursos que a equipe controla ou não e que são necessários para implementar um plano.

- **Capacidade de governo:** depende da experiência e do acúmulo de conhecimentos que a equipe domina e que são necessários para implementação de um plano.

O equilíbrio desse Triângulo do Governo é fundamental para que o plano de ação seja executado com perfeição e em sintonia com os momentos do processo de planejamento descritos abaixo:

1º) Explicativo: resume-se como o diagnóstico situacional atual realizado por meio da identificação de problemas.

2º) Normativo: propõe soluções para os problemas identificados em ordem de prioridade.

3º) Estratégico: analisar e construir a viabilidade para as propostas de solução elaboradas, formulando estratégias para se alcançarem os objetivos traçados

4º) Tático-operacional: momento de execução do plano. Aqui o modelo de gestão é implementado para acompanhamento e avaliação do plano.

O conhecimento dos todos os aspectos relacionado ao PES é importante durante a gestão de qualquer plano de ação. O projeto de intervenção realizado pela ESF São José empregou os passos supracitados, que correspondem ao PES, como base para elaboração do plano de ação. Porém, primeiramente determinou-se o problema a ser trabalhado por meio de reuniões internas, revisão de prontuários, identificação dos principais motivos das consultas médicas e estimativa rápida na área de atuação.

5 DESENVOLVIMENTO

Seção 1- Revisão de literatura

Desde o século XIX, por volta do ano 1870, período em que o cigarro foi inventado, o fumo é usado indiscriminadamente em todo o mundo. O fumo do cigarro é produzido por mais de 1200 substâncias, sendo que sua composição pode variar de acordo com o tipo de tabaco utilizado. A ação biopatológica dos componentes do fumo é bastante estudada, principalmente quanto à atuação da nicotina, do monóxido de carbono e das substâncias irritantes e cancerígenas. A nicotina e seus derivados alcalóides são responsáveis pela dependência ao tabaco, apresentando efeitos sobre o sistema nervoso e circulatório (ROSEMBERG, 2002; CORREA et al., 2008).

A nicotina possui características neurobiológicas, sendo uma droga psico-estimulante. O processo farmacológico da nicotino-dependência é similar ao da cocaína e ao da heroína. Essas drogas liberam dopamina e aumentam a produção de norepinefrina. As drogas psicoativas, como a nicotina, atuam sobre os centros mesolímbicos, dopaminérgicos colinérgicos e *nucleus accumbens*. Provocam o aumento e a liberação de dopamina e de outros hormônios psicoativos, levando à dependência por suas propriedades euforizantes e ansiolíticas (ROSEMBERG, 2002; CORREA et al., 2008).

A nicotina presente no tabaco é responsável pelo desencadeamento da dependência químico-física do indivíduo tabagista. É ela que deixa o indivíduo fumante “escravo” do tabaco. Se o tabaco não fosse constituído por nicotina o seu consumo não geraria dependência. Nesse caso, fumar não passaria de um hábito que poderia ser abandonado com facilidade (ROSEMBERG, 2002). No entanto, de acordo com o autor, para o estabelecimento da dependência e do seu grau de intensidade, estão associados alguns fatores como as características fisiológicas orgânicas, psicológicas, genéticas e comportamentais.

Além da dependência gerada pela nicotina, o tabaco é composto por diversas substâncias cancerígenas, associando o tabagismo a cerca de 50 doenças (CORREA et al., 2008; INSTITUTO NACIONAL DO CÂNCER-INCA, 2013).

Segundo dados do INCA (2013), o tabagismo é responsável por:

- 200 mil mortes/ano no Brasil (23 pessoas/hora);
- 25% das mortes causadas por doença coronariana (angina e infarto do miocárdio);
- 45% das mortes por infarto agudo do miocárdio nos indivíduos abaixo de 65 anos;
- 85% das mortes causadas por bronquite crônica e enfisema pulmonar;
- 90% dos casos de câncer de pulmão (entre os 10% restantes, 1/3 é de fumantes passivos);
- 25% das doenças vasculares (entre elas, derrame cerebral).
- 30% das mortes oriundas de outros tipos de câncer (boca, laringe, faringe, esôfago, fígado, estômago, pâncreas, rim, bexiga, colo de útero, leucemia).

Dentre as outras doenças relacionadas ao tabagismo destacam-se as seguintes: hipertensão arterial; aneurisma arterial; úlcera do aparelho digestivo; infecções respiratórias; trombose vascular; osteoporose; catarata; impotência sexual no homem; infertilidade na mulher; menopausa precoce e complicações na gravidez (CORREA et al., 2008; INCA, 2013).

De acordo com a GLOBOCAN, estimativas mundiais sobre o câncer apontam 12,7 milhões de casos novos e 7,6 milhões de óbitos por câncer no mundo. O tipo de câncer associado ao maior percentual de mortalidade é o câncer de pulmão (1,3 milhão de mortes) (WORLD HEALTH ORGANIZATION-WHO, 2012). O câncer de pulmão é o tipo de câncer que mais mata homens no Brasil e a segunda causa de morte por câncer entre as mulheres (BRASIL, 2013). De acordo com o Ministério da Saúde, nos últimos anos as taxas de mortalidade por câncer de pulmão aumentaram com maior velocidade entre as mulheres do

que entre os homens. Provavelmente este é um reflexo da tendência tardia de crescimento do tabagismo entre mulheres (BRASIL, 2013).

Diante deste cenário, o governo brasileiro investiu, a partir de 1995, em estratégias para banir a propaganda de cigarros. Isso foi feito principalmente por meio da restrição do horário de transmissão das propagandas de tabaco. Através do INCA, o Ministério da Saúde desempenha um papel fundamental nesse processo, fazendo cumprir a Lei Federal 10.167, de dezembro de 2000, que impede a veiculação de propagandas e patrocínios de produtos de tabaco (BRASIL, 2000). Apesar de toda a pressão contrária que houve naquela ocasião, hoje a legislação brasileira proíbe a propaganda na TV, rádio, revistas, jornais e *outdoors* (CAVALCANTI, 2005).

No Brasil, a Lei 9294, de julho de 1996, que proíbe fumar em ambientes públicos fechados identifica-se como um importante avanço para o controle do tabagismo, assim como a proibição da propaganda (BRASIL, 1996; PAHO, 2002). Essa lei, no entanto, ainda não é cumprida em muitos locais públicos porque há falta de fiscalização e também falta de conscientização das pessoas sobre os reais riscos do tabagismo passivo. Além disso, essa dificuldade também é resultante de atividades da própria indústria do tabaco, que financia alguns cientistas para que remetam dúvidas e polêmicas sobre a veracidade de pesquisas realizadas por renomadas instituições sobre os riscos do tabagismo passivo. A indústria do tabaco também busca organizar campanhas apelativas com um discurso de liberdade e respeito à diferença e convivência em harmonia (PAHO, 2002).

A cada dia fica mais caro fumar. O preço dos cigarros subiu bem mais que o preço de outros itens de consumo no Brasil. Em 12 meses, até outubro de 2013, o Índice Nacional de Preços ao Consumidor Amplo (IPCA), medidor oficial da inflação brasileira, subiu 5,84%, enquanto o fumo subiu 16,21% (FERREIRA, 2013). Segundo o autor, a explicação para o aumento dos preços de cigarro está na política do governo brasileiro. Esta é uma tática contra

o fumo adotada por vários outros países também, buscando afastar e desestimular possíveis consumidores de cigarro pelo “ataque ao bolso”.

Conforme dados do Ministério da Saúde, o amplo mercado ilegal de cigarros, que corresponde a cerca de 35,0% do consumo nacional de cigarros, injeta no mercado brasileiro cigarros com um preço inferior aos legalmente comercializados, potencializando o início do hábito do tabagismo entre os jovens (BRASIL, 2013). Não se pode ignorar um efeito colateral desse mercado ilegal de cigarros, que corresponde ao aumento da circulação dos cigarros falsificados, ou em desacordo com as normas de segurança exigidas pelo Ministério da Saúde. São produtos fabricados com produtos mais baratos, muitas vezes ainda mais nocivos que o alcatrão e a nicotina. De acordo com a Receita Federal, em 2003 foram destruídos maços ilegais no valor de R\$ 48,6 milhões em impostos não arrecadados. Até o mês de outubro de 2013 esse valor aumentou em 337%, passando para R\$ 212,3 milhões de maços apreendidos e incinerados (FERREIRA, 2013).

Considerando-se a dificuldade para a eliminação do hábito de fumar e o fato do fumo trazer um grande prejuízo ao usuário, a ESF São José realizou a proposta de intervir positivamente no auxílio à comunidade para diminuir o número de fumantes. Isso foi feito por meio da implantação de um plano de controle que aborda, além dos passos do plano nacional de controle do tabagismo, outros passos propostos pela equipe de trabalho.

Seção 2- Proposta para enfrentamento do tabagismo na comunidade

O enfrentamento do tabagismo na comunidade será feito por meio da terapia medicamentosa e de reuniões de grupo com os participantes do programa de controle, com apoio de um psicólogo. A ESF São José irá intervir neste processo com o acompanhamento próximo dos participantes, que será realizado por meio de consultas, visitas domiciliares e participação das reuniões. O objetivo é fornecer apoio aos usuários e procurar intervir, sempre que necessário, para que resultados satisfatórios sejam alcançados. A abordagem dos tabagistas tornou-se viável graças à recente disponibilização de recursos pelo Governo Federal, que é realizada por meio de medicamentos que auxiliam o controle do tabagismo.

Etapas para execução do plano:

- 1º Etapa: acolhimento e divulgação do programa de controle ao tabagismo.
- 2º Etapa: preenchimento de questionário fornecido pelo SUS (Sistema Único de Saúde).
- 3º Etapa: avaliação médica e início da terapia medicamentosa juntamente com reuniões do grupo de controle.
- 4º Etapa: acompanhamento do processo com auxílio rápido aos usuários que tenham apresentado recaídas ou fissuras.
- 5º Etapa: análise de resultados ao término da terapia medicamentosa e por mais um mês após o tratamento.

Para execução do programa de controle ao tabagismo a equipe se reuniu e traçou os passos para cada etapa. O primeiro momento refere-se à mobilização dos tabagistas da comunidade para participarem do programa. Isso é feito por meio da divulgação de medidas de promoção da saúde que alertem a população sobre o perigo do tabagismo. Todos os integrantes da equipe participam dessa etapa. A 2ª etapa é realizada pela enfermeira da UBS, que preenche um questionário para cada usuário que desejam parar de fumar. Com o questionário em mãos, o médico irá avaliar o grau de dependência do usuário e julgar se é

necessária a terapia medicamentosa, que terá duração de 11 semanas. Em seguida o usuário será encaminhado para as reuniões com o psicólogo.

O acompanhamento próximo aos usuários é fundamental para a análise dos resultados durante o tratamento medicamentoso. Nesse momento a equipe avaliará as principais dificuldades apresentadas pelos usuários como recaídas. Após o término da terapia medicamentosa, pretende-se avaliar a eficácia do programa.

Os agentes comunitários de saúde (ACS) possuem um papel fundamental nesse processo de análise. Eles são os principais responsáveis por identificar o andamento do programa de controle com cada usuário, em sua respectiva área de abrangência. Devem solicitar, caso seja identificado qualquer problema que esteja dificultando o processo de abstenção do hábito de fumar, consultas ou visitas domiciliares.

Após busca ativa de fumantes na comunidade, realizada pelos ACS, estima-se que o número de fumantes na área da comunidade José seja de 283 pessoas, sendo 165 homens e 118 mulheres. O público alvo foi determinado conforme os critérios de seleção. Aspectos importantes a serem analisados são: carga tabágica e motivação do fumante para se livrar do vício (avaliados na 3ª etapa).

Ao término da avaliação médica foram considerados aptos a participarem do programa 56 fumantes. Além de demonstrarem interesse em se abster do fumo, preencheram os critérios médicos e do grau de dependência para iniciarem a terapia medicamentosa.

Após a identificação, definição e descrição do problema, é realizada a próxima etapa, que determina os “nós” críticos para implantação do plano de controle. Baseado nessas informações, e empregando os passos do PES, realiza-se um esboço de cada etapa a percorrer. São identificados os recursos críticos, analisando a viabilidade e elaboração do plano operativo. As medidas para o enfrentamento das causas apontadas nos “nós” críticos do

problema, os resultados esperados para cada operação e os recursos necessários para a realização do projeto são descritas abaixo (Quadro 4).

Quadro 4- Desenho de operações para os nós críticos do problema

Nó Crítico	Operação/ Projeto	Resultados Esperados	Produtos Esperados	Recursos Necessários
Falta de conhecimento a respeito dos prejuízos do tabaco.	<i>Mais informação:</i> difundir para comunidade informações sobre as consequências do tabagismo.	Criar a cultura do auto- cuidado com a saúde, o que implica deixar de fumar ou não entrar no vício.	Redução do percentual de fumantes da área de abrangência da ESF São José	<i>Cognitivo:</i> informação sobre o tema; <i>Econômico:</i> recursos para os folhetos; <i>Político:</i> capacitação para todos os membros da equipe.
Abstenção do vício	<i>Saúde para você:</i> auxiliar o fumante a deixar o vício.	Captar o maior número de usuários dispostos a deixar o vício.	Extinguir a dependência gerada pelo cigarro nos usuários cadastrados.	<i>Cognitivo:</i> estratégias de comunicação; <i>Econômicos:</i> disponibilização de medicamentos na farmácia básica.
Fissuras e recaídas	<i>Conhecer e vencer obstáculos:</i> informações a respeito das dificuldades enfrentadas durante a abstenção do tabagismo.	Conhecer as dificuldades a serem vencidas e os recursos disponíveis para auxílio.	Reduzir o número de desistências do programa de controle.	<i>Organizacional:</i> atender com eficiência os fumantes e integração de ações entre os atores <i>Cognitivo:</i> saber abordar e orientar.

Após determinar os nós críticos e definir os planos operativos, são descritos os atores de cada operação e o prazo para execução dos mesmos (Quadro 5).

Apesar de cada operação possuir um responsável, não há empecilho que os demais membros da equipe auxiliem na execução dos mesmos, uma vez que se trata de uma equipe que busca os mesmos objetivos.

Quadro 5- Plano operativo

Operação	Resultado	Pro-endemias e Epidemias	Ações estratégicas	Responsável	Prazo
<i>Mais informação</i>	Criar a cultura do auto-cuidado com a saúde, o que implica deixar de fumar ou não entrar no vício.	Folhetos explicativos; ações de educação à população (palestras). Programa Saúde na Escola (PSE);	Veiculação em meios de comunicação (rádio e jornal local)	Médico (Petrônio); Enfermeira (Gisélia); Agentes Comunitários de saúde	Elaboração de projeto em 2 semanas; Início da ação em 1 mês.
<i>Saúde para você</i>	Captar o maior número de fumantes da área de abrangência	Reuniões com a comunidade. Busca ativa (visitas domiciliares).		Técnica em enfermagem (Alice); Agentes comunitários de saúde.	Início da ação em 2 meses.
<i>Conhecer e vencer obstáculos</i>	Elucidar as principais dúvidas e conhecer os principais dificuldades a serem enfrentadas	Reuniões entre os participantes do grupo de controle; Consultas individuais		Enfermeira (Gisélia) e Médico (Petrônio) Psicólogo (NASF)	Início da ação em 2 meses

O tempo proposto para o tratamento é de 11 semanas, no entanto a UBS não disponibilizou medicamentos para todos os 56 fumantes selecionados. Então, conforme a liberação da medicação, o tratamento será realizado em grupos de 20 dependentes, com ciclos de 15 semanas de efetiva ação em cada grupo. Além das 11 semanas de tratamento, a equipe realizará o acompanhamento dos participantes por mais 4 semanas. Estima-se, conforme previsão da liberação de medicamentos pela farmácia básica, que no prazo de um ano todos os 56 selecionados tenham iniciado a terapia medicamentosa.

Os fumantes que não foram incluídos no grupo de intervenção por não se enquadrarem nos critérios de seleção serão abordados através de medidas de incentivos. Conforme as respostas, os mesmos poderão ser incluídos nos grupos de intervenção.

6 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Não há dúvidas de que o fumo é maléfico para a saúde. O hábito de fumar está associado ao aparecimento do câncer de pulmão, esôfago, estômago e boca. Além do câncer, o tabagismo também pode ser responsável por doenças como bronquite, arteriosclerose, infarto do miocárdio e acidente vascular cerebral.

O principal problema enfrentado pelo fumante é a dependência à nicotina, que deixa o tabagista “escravo” da sua ação psico-estimulante. Ao inalar a fumaça proveniente da combustão do cigarro, o organismo do fumante entra em contato com diversas substâncias cancerígenas e lesivas às vias aéreas e a outros órgãos do corpo.

Além dos danos à saúde, o cigarro também provoca prejuízos financeiros para os fumantes e para o governo. Considerando-se que os impostos arrecadados com a venda de cigarros não superam os gastos para tratar as doenças associadas ao tabagismo, a presença dessas doenças na população brasileira acaba por exonerar os cofres públicos. Na tentativa de conter a venda de cigarros, as autoridades públicas aumentaram os impostos com o intuito de diminuir a procura pelo produto.

Frente às trágicas consequências provenientes do fumo, a ESF São José procurou dar um enfoque na tentativa de abster os usuários do hábito de fumar. Isso foi feito por meio da implantação de um plano de controle. Além de seguir os passos do SUS, o plano de controle conta com estratégias da própria equipe da ESF São José, que objetivam diminuir o percentual de fumantes na área adscrita. Esse plano de ação tornou-se viável graças à disponibilização de medicamentos na rede de atenção primária. Esses medicamentos auxiliam os fumantes a se livrarem do vício.

A abordagem de qualquer problema necessita de planejamento, análise de viabilidade, recursos, monitoramento, avaliação das intervenções e, sobretudo, do empenho entre os diferentes atores para cumprir as tarefas propostas. Deixar o cigarro não é algo fácil para o

fumante. Sendo assim, a ESF São José irá fornecer todo apoio para o usuário durante o processo de desintoxicação. Medidas de promoção à saúde que visem alertar as pessoas sobre os perigos de exposição ao cigarro também fazem parte do âmbito de atuação do plano de controle. Essas medidas são voltadas para a conscientização e incentivo ao autocuidado.

7 REFERÊNCIAS

1. BRASIL. Lei 10.167, de 27 de dezembro de 2000. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/L10167.htm> Acesso: 12 jan. 2014.
2. BRASIL. Lei 9.294, de 15 de julho de 1996. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/19294.htm> Acesso: 12 jan. 2014.
3. BRASIL. Ministério da Saúde. Programa de Controle do Tabagismo e outros fatores de risco de câncer. 2013. Disponível em: <<http://www1.inca.gov.br/tabagismo/frameset.asp?item=programa&link=introducao.htm>>. Acesso: 12 jan. 2014.
4. CAMPOS, F. C. C.; FARIA, H. P., SANTOS, M. A. Planejamento e avaliação das ações em saúde. 2 ed. Belo Horizonte: Nescon/UFMG, Coopmed,. 2010. 114 p.
5. CAVALCANTE, T. M. O controle do tabagismo no Brasil: avanços e desafios. Rev. Psiq. Clín., vol. 32, n. 5, p. 283-300, maio 2005.
6. CORREA, P. C. R. P.; BARRETO, S. M.; PASSOS, V. M. A. Métodos de estimativa da mortalidade atribuível ao tabagismo: uma revisão da literatura. Epidemiol. Serv. Saúde, v. 17, n. 1, p. 43-57, jan-mar, 2008.
7. FERREIRA, G. S. Quanto custa fumar. O Estado de São Paulo. 2013. Disponível em: <<http://economia.estadao.com.br/noticias/economia-geral,quanto-custa-fumar,170543,0.htm>> Acesso: 12 jan. 2014.
8. GUINDON, G. E.; TOBIN, S.; YACH, D. Trends and affordability of cigarette prices: ample room for tax increases and related health gains. Tobacco Control, v.11, p.35-43, Sept. 2002.
9. INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA-IBGE. Censo demográfico 2010. Rio de Janeiro, 2010. Disponível em: ftp://ftp.ibge.gov.br/Censos/Censo_Demografico_2010/Caracteristicas_Gerais_Re

ligiao_Deficiencia/tab1_1.pdf. Acesso: 10 jan 2014.

10. INSTITUTO NACIONAL DO CÂNCER-INCA. Tabagismo: dados e números. 2013. Disponível em:
<<http://www1.inca.gov.br/tabagismo/frameset.asp?item=dadosnum&link=mundo.htm>>. Acesso: 10 jan. 2014.
11. PAN AMERICAN HEALTH ORGANIZATION-PAHO. Profits over people. Tobacco industry activities to market cigarettes and undermine public health in Latin America and the Caribbean. 2002. Disponível em:
<<http://www.who.int/tobacco/policy/paho/en/print.html>>. Acesso: 12 jan. 2014.
12. ROSEMBERG, J. Pandemia do tabagismo: enfoques históricos e atuais. São Paulo: SES, 2002.
13. WORLD HEALTH ORGANIZATION-WHO. Globocan 2012. Estimated cancer incidence mortality and prevalence worldwide in 2012. Disponível em:
<http://globocan.iarc.fr/Default.aspx>. Acesso: 10 jan. 2014.