

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

MARIANA AREDES MORAES

CONSCIENTIZAÇÃO SOBRE O TABAGISMO: A IMPLANTAÇÃO
DE UM GRUPO ANTI-TABAGISMO NA UNIDADE DE
SAÚDE DE PINGO D'ÁGUA

GOVERNADOR VALADARES/MINAS GERAIS

2013

MARIANA AREDES MORAES

**CONSCIENTIZAÇÃO SOBRE O TABAGISMO: A IMPLANTAÇÃO
DE UM GRUPO ANTI-TABAGISMO NA UNIDADE DE
SAÚDE DE PINGO D'ÁGUA**

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.

Orientador: Prof. Bruno Leonardo de Castro Sena

GOVERNADOR VALADARES/MINAS GERAIS

2013

MARIANA AREDES MORAES

**CONSCIENTIZAÇÃO SOBRE O TABAGISMO: A IMPLANTAÇÃO DE UM GRUPO
ANTI-TABAGISMO NA UNIDADE DE SAÚDE DE PINGO D'ÁGUA**

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.

Orientador: Prof. Bruno Leonardo de Castro Sena

BANCA EXAMINADORA

Prof. Bruno Leonardo de Castro Sena (Orientador)

Prof.^a Isolda de Cerqueira Cruz

Aprovada em Governador Valadares: 15 / 02 / 2014

AGRADECIMENTOS

À Deus, sempre em primeiro lugar, por me dar vida, saúde e sabedoria.

À minha família, por todo incentivo e apoio incondicional, sempre.

Ao professor Bruno Leonardo de Castro Sena, pela paciência e disponibilidade.

À minha Equipe de PSF, principalmente à enfermeira Ana Letícia de Moraes Braga, por todo carinho e pela imensa ajuda durante toda a elaboração deste trabalho.

"Se as coisas são inatingíveis... ora!
Não é motivo para não querê-las...
Que tristes os caminhos, se não fora
A presença distante das estrelas!"

MÁRIO QUINTANA

RESUMO

O uso do tabaco é um grave problema de saúde pública e deve ser combatido severamente, tendo em vista os riscos e as conseqüências deste hábito, como o desenvolvimento de doenças cardiovasculares, cerebrovasculares e câncer. Segundo o INCA, todos os anos 4,9 milhões de pessoas morrem no mundo por conta do cigarro, o que corresponde a mais de 10 mil mortes por dia. Caso as atuais tendências de expansão do seu consumo sejam mantidas, esses números aumentarão para 10 milhões de mortes anuais por volta do ano 2030, sendo metade delas em indivíduos em idade produtiva (entre 35 e 69 anos). A partir do conhecimento desses prejuízos à saúde da população, a Atenção Básica deve buscar maneiras acessíveis, que venham contribuir com a diminuição dos agravos relacionados ao uso do tabaco. Este trabalho é uma revisão bibliográfica desenvolvida com base em materiais publicados em língua Portuguesa, sendo estes, artigos científicos e publicações de agências governamentais como Instituto Nacional do Câncer e Ministério da Saúde, com o intuito de discutir os riscos do hábito de fumar e os benefícios de seu abandono, tendo como objetivo conscientizar a população adscrita sobre os malefícios causados pelo tabaco e implantar um grupo anti-tabagismo no município de Pingo D'Água, visando diminuir o número de tabagistas desse município. Foi utilizado o "Plano Estratégico Situacional" (PES), desenvolvido pelo Prof. Carlos Matus e estudado no módulo sobre "Planejamento e Avaliação das Ações em Saúde" do CEABSF.

Palavras-Chaves: Tabaco, Nicotina, Poluição por Fumaça de Tabaco, Hábito de Fumar, Abandono do Uso de Tabaco, Abandono do Hábito de Fumar, Transtorno por Uso de Tabaco, Programa Nacional de Controle do Tabagismo, Campanhas para o Controle do Tabagismo, Programa Saúde da Família, Atenção Primária à Saúde.

ABSTRACT

Tobacco use is a serious public health problem and must be fought severely, given the risks and the consequences of this habit, like the development of cardiovascular, cerebrovascular diseases and cancer. According to INCA, every year 4.9 million people die worldwide because of the cigarette, which corresponds to more than 10 000 deaths per day. If current trends expansion of consumption continue, these numbers increase to 10 million deaths annually by the year 2030, half of them in people of working age (between 35 and 69 years). From the knowledge that damage people's health, primary care must seek affordable ways that would contribute to the reduction of health problems related to tobacco use. This paper is a literature review developed based on materials published in Portuguese, the latter being scientific articles and publications from government agencies such as the National Cancer Institute and the Ministry of Health, in order to discuss the risks of smoking and benefits its abandonment, aiming to educate the enrolled population about the harm caused by tobacco and deploy an anti-smoking group in the municipality of Pingo D'Água, aiming to reduce the number of smokers in this city. The "Strategic Plan Situational" (PES) developed by Prof. Carlos Matus was used, and studied in the module on " Planning and Evaluation of Health Actions ", in the CEABSF.

Key-words : Tobacco, Nicotine, Tobacco Smoke Pollution, Smoking Habit, Abandonment of Tobacco Use, Abandonment from Smoking, Tobacco Use Disorder, National Tobacco Control Program, Campaign for Tobacco Control, Family Health Program, Primary Health Care.

LISTA DE QUADROS

| | |
|--|----|
| Quadro 1: Classificação de prioridades para os problemas identificados no diagnóstico situacional pela ESF do município de Pingo D'Água..... | 24 |
| Quadro 2: Desenho das operações para os "nós-críticos" do problema alto índice de tabagista.... | 26 |
| Quadro 3: Recursos críticos para o desenvolvimento das operações definidas para o enfrentamento dos "nós-críticos" do problema alto índice de tabagistas..... | 28 |
| Quadro 4: Propostas de ações para motivação dos atores..... | 28 |
| Quadro 5: Plano Operativo..... | 29 |

LISTA DE ABREVIATURAS

ACS: Agentes Comunitários de Saúde

ABS: Atenção Básica de Saúde

AVE: Acidente Vascular Encefálico

CEABSF: Curso de Especialização em Atenção Básica em Saúde da Família

DM: Diabetes Melitos

DPOC: Doença Pulmonar Obstrutiva Crônica

ESF: Equipe de Saúde da Família

HAS: Hipertensão Arterial Sistêmica

INCA: Instituto Nacional do Câncer

NASF: Núcleo de Apoio à Saúde da Família

OMS: Organização Mundial da Saúde

PNCT: Programa Nacional de Controle ao Tabagismo

PSF: Programa de Saúde da Família

PTA: Poluição Tabagística Ambiental

SIAB: Sistema de Informação da Atenção Básica

SUS: Sistema Único de Saúde

UBS: Unidade Básica de Saúde

USF: Unidade de Saúde da Família

SUMÁRIO

| | |
|--|----|
| 1 INTRODUÇÃO | 07 |
| 2 JUSTIFICATIVA | 09 |
| 3 OBJETIVOS | 10 |
| 4 METODOLOGIA | 11 |
| 5 REVISÃO DE LITERATURA | 12 |
| 5.1 NICOTINA E DEPENDÊNCIA | 12 |
| 5.2 MALEFÍCIOS DO TABACO | 15 |
| 5.3 COMBATE AO TABAGISMO | 18 |
| 6 PLANO DE AÇÃO | 23 |
| 6.1 DEFINIÇÃO DO PROBLEMA | 23 |
| 6.2 PRIORIZAÇÃO DO PROBLEMA | 23 |
| 6.3 DESCRIÇÃO DO PROBLEMA SELECIONADO | 24 |
| 6.4 EXPLICANDO O PROBLEMA | 24 |
| 6.5 SELEÇÃO DOS “NÓS CRÍTICOS” | 25 |
| 6.6 DESENHO DAS OPERAÇÕES | 25 |
| 6.7 IDENTIFICAÇÃO DOS RECURSOS CRÍTICOS | 28 |
| 6.8 ANÁLISE DE VIABILIDADE DO PLANO | 28 |
| 6.9 ELABORAÇÃO DO PLANO OPERATIVO | 29 |
| 6.10 GESTÃO DO PLANO | 29 |
| 7 CONSIDERAÇÕES FINAIS | 32 |
| REFERÊNCIAS | 34 |

1 INTRODUÇÃO

O ato de fumar não é uma simples escolha, mas uma séria doença classificada pela Organização Mundial da Saúde (OMS), a qual afirma que o tabagismo é considerado a principal causa de morte evitável no mundo. Segundo ela, cerca de 1 bilhão e 200 milhões de pessoas (um terço da população mundial) são fumantes, sendo que 47% de todos os homens e 12% de todas as mulheres no planeta fumam (INCA, 2013).

Nos países desenvolvidos, 48% da população masculina e 7% da feminina são fumantes; já nos países em desenvolvimento, o número de mulheres que fumam é três vezes maior: 42% dos homens e 24% das mulheres. Em todo mundo, o tabaco é responsável por 4,9 milhões de mortes por ano, o equivalente a mais de 10 mil mortes por dia. Caso a expansão do seu consumo seja mantida nas taxas atuais, esses valores poderão subir para 10 milhões de mortes por ano em 2.030, sendo metade delas em indivíduos de 35 e 69 anos (WHO, 2003 *apud* INCA, 2013).

Estudos têm revelado que 30 a 50% das pessoas que iniciam o hábito de fumar evoluem para um uso problemático (MARQUES *et al.*, 2001).

A expectativa de vida de um indivíduo que fuma muito é 25% menor que a de um não fumante. Dentre as 25 doenças relacionadas ao hábito de fumar, todas são causas de morte: doenças cardiovasculares (43%); câncer (36%); doenças respiratórias (20%) e outras (1%) (INCA, 2013).

Na fumaça dos produtos derivados do tabaco podem ser detectadas cerca de 4.700 substâncias tóxicas diferentes, dentre eles o alcatrão, a nicotina, o monóxido de carbono, resíduos de fertilizantes e pesticidas, metais pesados e até substâncias radioativas (INCA, 1998).

Segundo dados da OMS sobre a epidemia global do tabaco, em 2011, cerca de seis milhões de pessoas morrem por ano por causa do cigarro, das quais mais de 600 mil são fumantes passivos. Ainda segundo a OMS, o tratamento dos fumantes é uma das intervenções médicas que apresentam melhor relação custo-benefício (INCA, 2013).

O município de Pingo D'Água está situado no estado de Minas Gerais, na região do Vale do Rio Doce. De acordo com dados do SIAB (Sistema de Informação da Atenção Básica), apresenta uma população de 4.223 habitantes, num total de 1.313 famílias, estando todas cadastradas e atendidas pelos Programas de Saúde da Família e Saúde Bucal.

O município possui uma UBS (Unidade Básica de Saúde) chamada Unidade de Saúde Maria de Lourdes Guimarães, aonde funciona o atendimento à demanda espontânea por um médico clínico, fisioterapia, nebulização, imunização, realização de eletrocardiograma. Possui uma farmácia do SUS (Sistema Único de Saúde), uma sala de curativos, além de leitos masculinos, femininos e infantis, para a observação de pacientes. Além disso, possui uma Unidade de Saúde da Família (USF), chamada Unidade de Saúde Sebastião Maciel, aonde há o atendimento de demanda espontânea e programada por duas médicas clínicas, onde são realizadas palestras, grupos de Hipertensão, Diabetes, Síndrome Metabólica, e visitas domiciliares. Há salas de nebulização, imunização, curativo, de agentes comunitários de saúde, de palestras, além das salas da administração. São realizados atendimentos de enfermagem, psicologia, nutrição, odontologia, pediatria, psiquiatria, cardiologia, ginecologia.

Há duas equipes do Programa de Saúde da Família (PSF) e duas equipes do Programa de Saúde Bucal (PSB), ambas com 100% de área de cobertura. Enquanto que uma Equipe de Saúde da Família e Saúde Bucal atende à 677 famílias, sendo essas de área urbana e uma micro área rural, a outra equipe atende à 636 famílias, todas de zona urbana, num total de 1.313 famílias (segundo dados do SIAB). O Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF) ainda está em processo de implementação pelo município.

Durante a reunião semanal de equipe, pode-se fazer uma análise situacional da área de abrangência e discutir quais eram os problemas de saúde mais frequentes. O alto índice de tabagistas foi considerado o principal problema a ser enfrentado.

Para caracterizar o alto índice de tabagistas como principal problema, foi utilizado dados de incidência levantados pelos Agentes Comunitários de Saúde (ACS), além das queixas dos pacientes durante as visitas domiciliares. Outros dados foram levantados em pesquisas de revisão da literatura científica e dados do Sistema de Informações em Atenção Básica (SIAB).

2 JUSTIFICATIVA

O alto índice de tabagistas foi eleito como o principal problema a ser resolvido pela ESF de Pingo D'Água.

Segundo dados do INCA (2013), o cigarro possui mais de 4.700 substâncias tóxicas, dentre elas a nicotina, a qual é altamente tóxica e pode desencadear sintomas como hipertensão, taquicardia, tosse, sudorese, tremores, tonturas, insônia, palidez, sialorréia. Além disso, o cigarro pode causar os mais diversos tipos de cânceres, como o de pulmão, boca, laringe, faringe, esôfago, dentre outros.

O tabagismo leva à dependência química e psicológica, fazendo com que o indivíduo fume para aliviar as suas tensões, estresse, angústias, tristezas, ansiedades e medos (MACHADO, 2010).

Ainda segundo o INCA (2013), o tratamento dos fumantes é uma das intervenções médicas que apresentam melhor relação custo-benefício.

Tendo em vista o elevado número de fumantes na população adscrita da USF de Pingo D'Água, as conseqüências deletérias do uso do cigarro, bem como a ausência de um programa que pudesse auxiliar os usuários a abandonar esse hábito, decidiu-se por participar do Curso de Capacitação em Tabagismo, oferecido pelo Governo do Estado de Minas Gerais, para que se pudesse fazer parte do Programa Nacional de Controle ao Tabagismo (PNCT), do Ministério da Saúde, e então implantar o grupo anti-tabagismo na USF, visando esclarecer a população quanto aos malefícios do cigarro, além de oferecer um suporte multidisciplinar e medicações para as pessoas que desejassem cessar o hábito tabágico.

3 OBJETIVOS

3.1 Objetivo Geral

O presente trabalho tem como objetivo propor um plano de ação para implantar o grupo anti-tabagismo na Unidade de Saúde da Família do município de Pingo D'Água, na tentativa de diminuir o número de tabagistas no município.

3.2 Objetivos Específicos

- Esclarecer a população sobre os malefícios do tabagismo;
- Oferecer suporte multidisciplinar e medicações para as pessoas que participarem do grupo anti-tabagismo e desejarem cessar com o hábito tabágico;
- Reduzir os males físicos causados pelo uso do cigarro, reduzir o número de fumantes na população de Pingo D'Água.

4 METODOLOGIA

Esse estudo é do tipo revisão narrativa da literatura, desenvolvido com base em materiais publicados em língua Portuguesa, sendo estes, artigos científicos e publicações de agências governamentais como Instituto Nacional do Câncer e Ministério da Saúde, com o intuito de discutir os riscos do hábito de fumar e os benefícios da implantação de um grupo anti-tabagismo no município de Pingo D'Água. Foram utilizados os seguintes descritores: Tabaco, Nicotina, Poluição por Fumaça de Tabaco, Hábito de Fumar, Abandono do Uso de Tabaco, Abandono do Hábito de Fumar, Transtorno por Uso de Tabaco, Programa Nacional de Controle do Tabagismo, Campanhas para o Controle do Tabagismo, Programa Saúde da Família, Atenção Primária à Saúde. Foi utilizado o "Plano Estratégico Situacional" (PES), desenvolvido pelo Prof. Carlos Matus e estudado no módulo sobre "Planejamento e Avaliação das Ações em Saúde" do CEABSF, que consiste em identificar e priorizar os problemas a serem enfrentados através de um processo participativo que engloba a visão de diversos setores sociais e elabora soluções para o seu enfrentamento através de soluções e estratégias viáveis para alcançar os objetivos propostos, procurando avaliar sempre os resultados de sua implantação.

Para o bom desenvolvimento das atividades em equipe nas Unidades de Saúde, é de fundamental importância que se tenham reuniões periódicas com toda a equipe, para que se possa levantar problemas enfrentados no dia-a-dia e buscar soluções para os mesmos, bem como discutir necessidades de cada paciente, condutas que estejam dando certo, dentre outras medidas. Tendo isso em vista, reuniões semanais foram implementadas pela médica Clínica Geral do Programa de Saúde da Família da USF de Pingo D'Água, com duração de aproximadamente uma hora, na própria USF, para facilitar o encontro de toda a equipe. Em uma dessas reuniões, foi feita uma análise situacional da área de abrangência, discutiu-se quais os problemas priorizar, para então aplicar o "Método de Planejamento" e processar os problemas identificados, a fim de elaborar um projeto de intervenção, para agir sobre o problema selecionado.

5 REVISÃO DE LITERATURA

Segundo INCA (2008), é mundialmente conhecido o prejuízo causado à saúde das pessoas que utilizam produtos derivados do tabaco, além dos danos e prejuízos causados às pessoas que convivem com o tabagista.

É considerado fumante as pessoas que fumam atualmente; as que já fumaram mais de 100 cigarros (equivalente a 5 maços) desde que iniciou; ou já fumou mais de 50 charutos desde que iniciou (INCA, 1998).

Estudos têm revelado que 30 a 50% das pessoas que iniciam o hábito de fumar evoluem para um uso problemático (MARQUES *et al.*, 2001).

Muitas doenças e mortes prematuras estão associadas ao tabagismo por todo o planeta, sendo este a principal causa de morte evitável por doenças crônicas não-transmissíveis. Apesar disso, o número de tabagistas tem aumentado, principalmente em países em desenvolvimento, onde se concentram 80% dos 1,3 bilhões de fumantes de todo o mundo. Todos os dias, cerca de 100 mil jovens começam a fumar, estando 80% deles em países em desenvolvimento (INCA, 2004).

Tendo em vista que o tabagismo é a maior causa de morte prematura no mundo, e que a própria OMS o define como um grave fator de risco à vida, que deve ser combatido com alta prioridade, medidas que contenham o avanço desse hábito fatal se fazem necessárias (IBGE, 2009).

5.1 NICOTINA E DEPENDÊNCIA

A queima do cigarro libera monóxido de carbono e dezenas de outras substâncias tóxicas responsáveis pela diminuição da oxigenação dos tecidos; dentre elas, a nicotina, uma amina terciária volátil que pode estimular, inibir ou causar distúrbios no sistema nervoso central e em todo o corpo, dependendo da frequência e da dose em que é utilizada. Cada cigarro contém cerca de 7 a 9 mg de nicotina, sendo que um pouco mais de 1 mg é absorvido pelo organismo através dos pulmões, atingindo o cérebro em dez segundos, para então ser distribuída aos outros sistemas. Sua meia-vida de ação é em torno de duas horas, sendo metabolizada principalmente pelo fígado e 5% excretada em sua forma original pelos rins. A cotinina é o seu principal metabólito, podendo ser utilizada no tratamento da dependência da nicotina através da monitorização dos seus níveis séricos (MARQUES *et al.*, 2001).

A nicotina é o componente psicoativo presente no cigarro responsável pela dependência do tabaco. Ela induz tolerância e dependência através de sua ação no sistema mesolímbico dopaminérgico, gerando um transtorno progressivo, crônico e recorrente. A dependência é um transtorno que envolve fatores ambientais, biológicos e psicológicos. Os fatores não-farmacológicos são os responsáveis pelos problemas associados ao uso do tabaco e sua prevalência; enquanto que os farmacológicos, pela tolerância e dependência à substância (MARQUES *et al.*, 2001).

Por causa da dependência ao tabagismo, 70% das pessoas que querem abandonar o vício não conseguem ser bem sucedidas. Destes, cerca de um terço conseguem o fazer por apenas um dia, e menos de 10% conseguem se manter em abstinência por doze meses. A cessação definitiva só é conseguida após várias tentativas, e o número de recaídas é muito elevado (CHATKIN, 2006). Apesar de o tabagismo ser maior entre os grupos de baixo nível sócio-econômico, tanto no Brasil, quanto em outros países (CARAM *et al.*, 2009), a porcentagem de recaídas é semelhante em todos os níveis sociais, inclusive no de mais bem informados sobre as doenças relacionadas ao cigarro, como os profissionais de saúde. O elevado número de médicos fumantes confirma a dimensão desse problema (CHATKIN, 2006).

Segundo Russo e Azevedo (2010, p. 14):

Apesar dos efeitos nocivos do uso do tabaco, a maior parte dos tabagistas mantém o hábito de fumar devido a três principais mecanismos: o reforço positivo (relacionado à ação da nicotina no sistema nervoso central, liberando acetilcolina, noradrenalina, dopamina, serotonina e GABA, o que resulta em sensações prazerosas e redução do apetite, assim como no aumento da disposição, do estado de alerta e da atenção), o reforço negativo (representado pela manutenção do uso para evitar sintomas da síndrome de abstinência, principalmente ansiedade, disforia, aumento do apetite, irritabilidade e dificuldade de concentração) e o condicionamento respondente (desencadeado por estímulos ambientais e emoções positivas e negativas associadas ao ato de fumar).

Os principais efeitos da nicotina são relaxamento muscular, aumento na energia física e na coordenação motora. Isso acontece quando a nicotina chega ao sistema nervoso central, segundos após sua absorção. Além desses efeitos, a nicotina atua no cérebro gerando reforços positivos, melhorando o prazer e o rendimento da memória pela ação de neurotransmissores. Mas a nicotina promove também reforços negativos, como emagrecimento e diminuição da ansiedade (GONÇALVES-SILVA *et al.*, 1997).

Castro, Matsuo e Nunes (2010) relatam que as pessoas portadoras de transtornos mentais parecem ser mais susceptíveis à dependência de nicotina devido à influência positiva desta sobre a cognição e humor.

Segundo Gonçalves-Silva *et al.* (1997), como a nicotina promove a aceleração do metabolismo, o aumento da produção de calor e do consumo de oxigênio, aumento da secreção dos hormônios tireoidianos e da secreção gástrica, a modificação dos níveis de glicose e colesterol no sangue, além da diminuição da concentração de ácido ascórbico no mesmo e da redução o peso corporal e a ingestão de alimentos, quando as pessoas deixam de fumar, uma das conseqüências marcantes é o ganho de peso, o que faz com que muitas pessoas não deixem de fumar por medo de engordarem, ou as que o fazem, acabam por retornar ao hábito, mesmo sabendo dos prejuízos que o cigarro causa para a sua saúde.

Estudos têm revelado que 30 a 50% das pessoas que iniciam o hábito de fumar evoluem para um uso problemático. O Serviço Nacional de Saúde dos Estados Unidos evidenciou que, dos 70% de adolescentes que começam a fumar, 25% passam, em um curto período de tempo, a fumar todos os dias, e que o uso do cigarro não declina com a idade, ao contrário do que acontece com as demais drogas. Alguns fatores ainda pouco conhecidos, próprios de cada indivíduo, podem contribuir para o início do tabagismo. Dentre eles está o genético-hereditário, que pode estar relacionado à modulação do humor pela nicotina. Outros fatores relacionados ao uso do tabaco na adolescência são o uso do mesmo pelos pais, colegas mais velhos e a influência da mídia, apontados como fatores preditores de consumo (MARQUES *et al.*, 2001). Mais recentemente, outros fatores como padrão específico de personalidade de busca de desafios e características do desenvolvimento neuropsicológico têm sido considerados (CHATKIN, 2006).

Segundo Reichert *et al.* (2008), estudos genéticos mostram que a iniciação do tabagismo, a dificuldade de cessação, o grau de dependência e a manutenção da abstinência são determinados principalmente por um tipo de herança complexa, que envolve múltiplos polimorfismos genéticos. Esses fatores genéticos podem ser responsáveis por até 60% do risco de início e 70% da manutenção da dependência.

Conforme Planeta e Cruz (2005), a dependência da nicotina apresenta um processo farmacológico de conduta semelhante à de substâncias psicoativas como a cocaína, os opióides e o etanol. O sistema de recompensa (dopaminérgico) tem participação fundamental na busca de estímulos causadores de prazer, tais como alimentos, sexo, relaxamento. A nicotina aumenta as concentrações de dopamina¹, principalmente no *nucleus accumbens* e na área tegmental ventral, efeito comum das drogas que causam dependência.

De acordo com Marques *et al.* (2001) uma diminuição de 50% no consumo da nicotina já é capaz de desencadear os sintomas de abstinência nos indivíduos dependentes; e quanto maior o consumo, maior a gravidade dos sintomas. A síndrome de abstinência da nicotina é

mediada pela noradrenalina e começa cerca de 8 horas após fumar o último cigarro, atingindo o auge no terceiro dia. Os principais sintomas são: ansiedade, irritabilidade, distúrbios do sono (insônia e sonolência diurna), aumento do apetite (principalmente para doces), alterações cognitivas (diminuição da concentração e atenção), diminuição da pressão arterial e da frequência cardíaca, tosse e fissura pelo cigarro (“*craving*”). Por isso, os dependentes da nicotina apresentam alívio da abstinência ao fumarem o primeiro cigarro da manhã.

E é por causa desses sintomas limitantes da síndrome da abstinência que, à nível individual, as campanhas antitabágicas têm apresentado o seu sucesso limitado, tendo sido considerada a grande responsável pela recaída dos ex-fumantes, sendo o grau de dependência do indivíduo diretamente proporcional ao número de cigarros fumados por dia e à concentração de nicotina neles encontrada (GONÇALVES-SILVA *et al.*, 1997).

5.2 MALEFÍCIOS DO TABACO

De acordo com o INCA, o tabagismo responde por 45% das mortes por infarto do miocárdio, 85% das mortes por doença pulmonar obstrutiva crônica, 25% das mortes por doença cérebro vascular e 30% das mortes por câncer; dentre eles, o de boca, pulmão, laringe, faringe, esôfago, estômago, fígado, pâncreas, bexiga, rim, colo de útero. É importante ressaltar que o câncer de pulmão é provocado pelo tabagismo em 90% dos casos, ocupa o primeiro lugar em mortalidade por câncer nos homens na maioria dos países desenvolvidos e no Brasil, além de apresentar uma alta letalidade, apesar dos atuais avanços terapêuticos (INCA, 1998).

Além destes prejuízos, as ações psíquicas da nicotina, componente presente no cigarro, são muitos complexas, trazendo efeitos estimulantes e depressores como alterações do sono, irritabilidade, diminuição da concentração e ansiedade (BRASIL, 2010).

Outras doenças associadas ao tabagismo são: catarata, leucemia, tromboangéite obliterante, hipertensão arterial, aterosclerose, infecções respiratórias, úlcera péptica, menopausa precoce, disfunção erétil (INCA, 1996).

De acordo com Cinciprini (1997), apesar do adoecimento e morte causados pelo hábito se manifestarem entre adultos, ele começa na infância. Vários estudos comprovam que 90% dos fumantes iniciaram este hábito até os 19 anos e 50% dos que experimentaram um cigarro se tornaram fumantes na vida adulta.

Marques *et al.* (2001) relatam que a idade média do início do uso do cigarro nos Estados Unidos e Brasil é de 13-14 anos, estando na adolescência a faixa etária de maior risco para o início do uso do tabaco.

Das substâncias presentes na fumaça do cigarro, existem aquelas que se encontram na fase gasosa, como o monóxido de carbono, amônia, cetonas, formaldeído, acetaldeído, acroleína; e aquelas na fase particulada, como o alcatrão e a nicotina. Ao todo, são mais de 4.700 substâncias tóxicas (INCA, 1996).

O monóxido de carbono possui uma afinidade com a molécula de hemoglobina 250 vezes maior que o oxigênio, e quando ligados, formam a molécula de carboxihemoglobina. Essa molécula diminui a oxigenação tecidual, uma vez que a alta afinidade do monóxido de carbono faz com que ele se ligue à hemoglobina no lugar do oxigênio (INCA, 1996).

Já a nicotina, como extensamente abordado no item anterior, promove vasoconstrição, taquicardia, hipertensão, aumento do cronotropismo cardíaco, aterosclerose, aumento da agregação plaquetária, também predispondo à hipóxia tecidual e eventos isquêmicos (INCA, 1996).

O alcatrão resulta da queima do cigarro e é formado por 43 substâncias cancerígenas, dentre elas o polônio 210, arsênio, carbono 14, níquel, benzopireno, agrotóxicos, cádmio, chumbo, dibenzoacridina (INCA, 1996). É um potente carcinógeno, atuando nas três fases da carcinogênese: indução, promoção e progressão (INCA, 1998).

A cotinina é o principal metabólito da nicotina, sendo específica do tabaco. Apresenta meia-vida em torno de 18-36 horas, podendo ser detectada na saliva, sangue e urina, até dois ou três dias após a exposição à nicotina. Os níveis séricos de pessoas não fumantes que convivem com pessoas que fumam mais de 40 cigarros por dia, corresponde à de pessoas que fumam três cigarros por dia (INCA, 1996).

As mulheres são mais vulneráveis ao efeito da nicotina pois o tabaco altera a secreção de estrogênio e a função ovariana, aumentando o risco de osteoporose e menopausa precoce, além de o risco de AVE (Acidente Vascular Encefálico) ser maior nas mulheres do que nos homens (INCA, 1998).

Segundo Reichert *et al.* (2008), existem 250 milhões de mulheres que fumam no mundo, com estimativas que apontam para a duplicação desse número em 2.020, sendo que 200 milhões morrerão precocemente. Estudos mostram que o risco de desenvolver DPOC (Doença Pulmonar Obstrutiva Crônica), câncer, e doença isquêmica coronariana é maior entre as mulheres devido à alterações genéticas e hormonais. O aumento progressivo da prevalência de DPOC entre as mulheres tem modificado o estereótipo de que esta doença seria do "homem idoso".

Se comparadas as mulheres que fumam durante a gestação, com aquelas que não fumam, o risco de aborto espontâneo é 1,7 vezes maior; prematuridade: 1,4 vezes maior; baixo

peso ao nascer: 2 vezes maior; e morte perinatal: 1,3 vezes maior (INCA, 1996). Além disso, o risco de morte súbita infantil é de 150% maior para aquelas crianças cujas mães são fumantes e continuam sendo expostas à fumaça de cigarro após o nascimento (INCA, 1998).

Estudos mostram que os fumantes apresentam uma queda importante no rendimento para o exercício máximo; seu sistema imunológico é menos eficaz que o de não fumantes; devido à elevada temperatura de combustão do cigarro, ocorre envelhecimento e catarata precoces, além de a acne ser mais intensa entre os adolescentes tabagistas (INCA, 1996).

O tabagismo passivo consiste na inalação da fumaça da queima de derivados do tabaco, por pessoas não fumantes, que convivem com fumantes em ambientes fechados, sendo também denominado exposição involuntária ao fumo ou à poluição tabagística ambiental (PTA). A OMS descreve a PTA como o principal poluente de ambientes fechados, sendo o tabagismo passivo a terceira maior causa de morte evitável no mundo, perdendo apenas para o tabagismo ativo e ao consumo excessivo de álcool. A PTA contém aproximadamente 250 substâncias tóxicas, e algumas como o benzopireno e hidrocarbonetos aromáticos policíclicos são considerados agentes indutores de mutação e câncer pela Agência Internacional de Pesquisa do Câncer (REICHERT *et al.*, 2008).

Cerca de 90% do tempo total de queima do cigarro corresponde à fumaça que sai da ponta acesa do mesmo, silenciosamente. Essa fumaça se espalha homogeneamente pelo ambiente, fazendo com que pessoas que estejam mais distantes inalem quantidades de poluentes iguais às que estão perto da fonte. Ela contém cerca de 400 substâncias em quantidades praticamente iguais à que o fumante inala, sendo que algumas estão em concentrações ainda mais elevadas. Em média, essa fumaça possui três vezes mais monóxido de carbono e nicotina, além de até 50 vezes mais substâncias cancerígenas que na fumaça tragada pelo tabagista (INCA, 1998).

O tabagismo passivo afeta negativamente a saúde das pessoas em todas as faixas etárias. Calcula-se que metade das crianças do planeta estejam expostas. Essa exposição, quando ocorre em recém-nascidos, acarreta déficits neurológicos e cognitivos, inquietude e hiperatividade, tremores e hipertonicidade; quando em crianças no período pré-escolar, pode levar à dificuldades no aprendizado; na idade escolar, a criança pode apresentar déficit de atenção, dificuldades na leitura e cálculo, bem como no desenvolvimento da linguagem falada e de habilidades manuais. Na adolescência, ocorrem mais delinquência e distúrbios de conduta, enquanto que nos adultos, ocorrem diversas doenças respiratórias, como exacerbação da asma e piora da qualidade de vida da pessoa com essa doença, desenvolvimento e agravamento de DPOC (Doença Pulmonar Obstrutiva Crônica), câncer de pulmão e tuberculose, além de a

exposição crônica aumentar o risco de doenças cardiovasculares em 20 a 50% (REICHERT *et al.*, 2008).

Dentre os efeitos a curto prazo da PTA podemos citar: manifestações nasais, irritação dos olhos, tosse, cefaléia, descompensação das patologias alérgicas e cardíacas. Dentre os efeitos a médio e longo prazo estão: aumento em até 50% do risco de infecção respiratória em crianças; diminuição da capacidade respiratória; aumento do risco de aterosclerose. Quando comparados com não fumantes não expostos à PTA, os fumantes passivos apresentam um risco 24% maior para Infarto Agudo do Miocárdio e 30% maior para câncer de pulmão (INCA, 1996).

O uso do tabaco gera muitos lucros para seus produtores, devido ao elevado número de tabagistas existentes atualmente e a carga tabágica de cada um, e para o governo dos países, através da arrecadação de impostos. Porém, esses países também perdem muito dinheiro devido ao absenteísmo de seus trabalhadores, ocasionado pelas patologias e complicações advindas do tabaco, gastando mais dinheiro com hospitalizações, remédios, além da perda de produtividade deste trabalhador, o que acarreta aposentadorias precoces (INCA, 1996).

Existe também o dano ambiental causado pelo tabaco, uma vez que no seu plantio são usados agrotóxicos, os quais se depositam no solo e torna esse terreno improdutivo. É necessária a realização de desmatamento de uma extensa área verde, para a produção do papel e a cura da folha do tabaco. Após isso, a fumaça gerada pela queima do tabaco polui o meio ambiente, e a "bituca" do cigarro (parte final do cigarro queimado) pode ser jogada ainda acesa em beiras de estradas, matas ou mesmo no interior de casas, bares, gerando incêndios (INCA, 1996).

5.3 COMBATE AO TABAGISMO

Durante séculos, o tabaco foi difundido das Américas para o mundo por acreditar-se que era uma erva medicinal, e que seu uso curava diversas doenças, como a bronquite crônica, asma, hepatopatias, enteropatias, reumatismos, dentre outras. Assim, o seu consumo, sob as mais diferentes formas, foi ganhando espaço através dos séculos (BRASIL, 2001).

No final do século XIX e principalmente na primeira metade do século XX, houve a explosão do consumo do tabaco, com a consolidação das indústrias fumageiras como potências econômicas devido a dois fatores: a produção em escala industrial de cigarros e a um agressivo investimento em propaganda e *marketing*. Este último teve uma importância histórica crucial, uma vez que deu ao comportamento de fumar uma representação social positiva,

associando o consumo de derivados do tabaco ao ideal de auto-imagem, sucesso, beleza e liberdade. Por conta disso, o comportamento de fumar foi tornando-se familiar ao longo de décadas, e o cigarro passou a ser objeto de desejo de milhões de pessoas, especialmente à partir da década de 1950, quando as técnicas de publicidade se desenvolveram (BRASIL, 2001).

Atualmente, há cerca de 1 bilhão e 200 milhões de fumantes no mundo (um terço da população mundial), com 4,9 milhões de mortes por ano devido ao uso do cigarro, o que corresponde a mais de 10 mil mortes por dia (Disponível em: <<http://www.inca.gov.br/tabagismo/frameset.asp?item=dadosnum&link=mundo.htm>>). Por tudo isso, o tabagismo é atualmente considerado pela OMS como um dos mais graves problemas de saúde pública no mundo (INCA, 1998).

Tendo em vista dados tão alarmantes sobre a morbimortalidade, ao alto custo socioeconômico relacionado à saúde e à dificuldade de tratamento vinculados ao uso do tabaco, torna-se necessário um conjunto de ações integradas e abrangentes, para que esse mal possa ser combatido com urgência.

Marques *et al.* (2001, p.07) relatam que:

As intervenções para interromper o uso do tabaco ainda não estão integradas às rotinas dos serviços de saúde no mundo. A falta de estratégias de integração, o tempo disponível para acoplar ações assistenciais mais específicas, e mesmo a percepção dos profissionais de saúde de que os tratamentos para a dependência de nicotina são pouco efetivos são algumas das barreiras apontadas. A efetividade dos tratamentos ainda é baixa, mas demonstrou-se que, com o aumento dos recursos durante o tratamento, melhora-se o sucesso das intervenções.

Apesar de o Brasil ser um país em desenvolvimento e de ser um importante produtor de tabaco, têm-se investido para que o Programa Nacional de Controle do Tabagismo pudesse se tornar cada vez mais abrangente e intersetorial, com ações que envolvem desde a redução da iniciação do tabagismo entre os jovens, como a cessação do hábito de fumar em si, e a redução da exposição ambiental à fumaça do cigarro. Com isso, conseguiu-se resultados importantes, como a redução de 32% no consumo *per capita* anual de cigarros entre 1989 e 2002, e a queda da prevalência, em todas as regiões do país, do número de fumantes. Seus princípios norteadores se baseiam na construção de um ambiente social e político que diminua a tolerabilidade ao tabagismo; na eliminação dos estímulos que levem o indivíduo à começar a fumar, como a proibição de propagandas e a dificultação do acesso aos produtos derivados do tabaco; no aumento dos estímulos que levem o indivíduo à parar de fumar e a facilitação do acesso ao tratamento público e gratuito contra a dependência do tabaco (INCA, 2004).

Ainda segundo INCA (2004, p. 09):

A atual legislação brasileira, considerada uma das mais fortes do mundo, também representa um indicador positivo do processo evolutivo do Programa. Desde 2000, a propaganda de produtos de tabaco é proibida em revistas, jornais, TV, rádio, internet, *outdoors*, sendo permitida apenas nos pontos internos de venda. O patrocínio de eventos culturais e esportivos por marcas de cigarro é proibido no Brasil desde 2003, exceto para eventos internacionais que tenham sede em outros países. Além disso, durante a transmissão de eventos internacionais patrocinados por marcas de cigarros, as emissoras nacionais são obrigadas a apresentarem mensagens de advertências. Além disso, as companhias de tabaco são obrigadas a inserirem advertências com imagens ilustrativas nas embalagens dos produtos de tabaco. É proibido ainda o uso de descritores como *light*, *ultralight*, suave e outros. O fumo é proibido em ambientes públicos fechados e a venda de produtos de tabaco para menores. A Agência de Vigilância Sanitária (ANVISA), um órgão para controle e fiscalização do Ministério da Saúde, fiscaliza o cumprimento da lei que limita conteúdos, emissões e atividades de promoção dos mesmos.

O esforço nacional para a diminuição da prevalência e do consumo de produtos derivados do tabaco fez com esses índices caíssem de 34,8% (Pesquisa Vigilância Nacional em Saúde e Nutrição, 1989) para 17,5% (Pesquisa Especial de Tabagismo - PETab, 2008). Apesar de a primeira pesquisa se referir à população de 18 anos ou mais, e a segunda, à de 15 anos ou mais, se percebe claramente uma redução de quase 50% em 19 anos (PRADO *et al.*, 2012).

Documentos secretos de indústrias de tabaco relataram que os maços de cigarros, bem como embalagens de outros produtos derivados do tabaco, são usados como uma forma de propaganda para atrair novos fumantes, principalmente em países como o Brasil, onde ela é proibida. Estudos relacionados à dependência de drogas comprovam que a visualização de advertências sanitárias impactantes, com imagens nos maços de cigarros, além informar sobre os riscos tabagismo, podem principalmente motivar a cessação do mesmo. Por conta disso, desde 2001, todos os fabricantes de tabaco no Brasil, bem como as importadoras, são obrigados por lei a colocarem advertências sanitárias, acompanhadas do número do “disque saúde: pare de fumar”, e de fotos que ocupem 100% de uma das maiores faces da embalagem do cigarros (INCA, 2008).

Como exemplo, podemos citar um indivíduo que fume um maço de cigarros por dia: as advertências das embalagens serão vistas cerca de 7.000 vezes por ano, o que mostra a importância dessa medida, bem como a necessidade de as imagens e mensagens serem meticulosamente elaboradas. Estudos revelam que as advertências que despertam reações emocionais negativas, como repulsa e medo, são as que possuem maior eficiência para diminuir a fre-

qüência e intensidade de consumo, bem como para que as pessoas tentem e consigam parar de fumar (INCA, 2008).

O Ministério da Saúde, através do Instituto Nacional do Câncer, assumiu o papel de organizar o "Programa Nacional de Combate ao Tabagismo" (PNCT), que tem por objetivo a prevenção do início do tabagismo e também ações para estimular os fumantes a deixarem de fumar, além da criação de medidas que visam proteger a saúde dos não fumantes da fumaça nociva do cigarro.

O PNCT fornece todas as estratégias e informações necessárias para dar a direção para que todos participantes consigam abandonar o vício com seus próprios esforços. No entanto, é preciso salientar que esta decisão precisa envolver o total comprometimento do participante.

Apesar disso, ainda existem muitas barreiras que dificultam a procura do tratamento pelo paciente, como a sua própria relutância em procurar ajuda, e a falta de serviços com profissionais treinados para detectar o paciente de risco. Todas as pessoas atendidas nos serviços de saúde devem ser questionadas sobre o uso do tabaco, o que pode ser feito através de perguntas simples como "você fuma?", "quanto?" e "já fez algum tratamento para parar de fumar? Quantos? Por quanto tempo ficou sem fumar?". Caso a pessoa fume, deve ser aconselhada a parar. Se não for possível aconselhar adequadamente o paciente, deve-se encaminhá-lo à um serviço de referência. Nesses serviços, duas perguntas simples são fundamentais para se fazer a triagem e diagnóstico inicial do fumante: "qual o consumo de tabaco por dia" e "se a pessoa acredita ter problemas relacionados à esse consumo". Essa avaliação mínima pode ser aplicada por qualquer profissional de saúde, em qualquer nível de atenção, uma vez que é simples, objetiva e rápida. Após essas perguntas, deve-se orientar os pacientes que desejam parar de fumar ou motivar aqueles que ainda não desejam largar o vício. Essa intervenção tem mostrado boa efetividade (MARQUES *et al.*, 2001).

Para a avaliação diagnóstica do uso do tabaco, podem ser utilizadas a "Classificação Internacional das Doenças" (CID-10) da OMS, e a quarta edição do "Manual de Diagnóstico e Estatístico" (DSM-IV) da Associação Psiquiátrica Americana; enquanto que, para a avaliação da gravidade, podem ser utilizados o "Questionário de Tolerância de Fagerström para Dependência à Nicotina", "Tobacco Dependence Screener" e o "The Heaviness of Smoking Item", principalmente por serviços especializados, com recursos mais complexos (MARQUES *et al.*, 2001).

No tratamento do tabagismo, a meta mais importante e a mais difícil de se alcançar é a abstinência, estando na "fissura" ou "*craving*" o obstáculo mais difícil de ser transposto. O tratamento pode ser definido pelo consumo de cigarros (problemas associados e gravidade) e

pela modalidade de intervenção disponível. Os métodos considerados como "primeira-linha" incluem a bupropiona, terapia de reposição de nicotina (adesivos de nicotina e gomas de mascar), terapia comportamental breve em grupo ou individual; enquanto os de "segunda-linha" incluem outros medicamentos (nortriptilina, clonidina) e grupos de auto-ajuda, podendo ser coadjuvantes efetivos. A efetividade do tratamento pode ser melhorada com a associação desses recursos (MARQUES *et al.*, 2001).

Como proposta futura para o tratamento do tabagismo, encontramos a "imunoterapia", que consiste em vacinas contra a nicotina, estimulando o sistema imunológico a produzir anticorpos específicos, os quais se ligam com muita afinidade à nicotina dos líquidos extracelulares e plasma, não deixando que a mesma atravesse a barreira hematoencefálica devido ao seu tamanho, interrompendo o círculo de gratificação vicioso que ocorre à nível cerebral. As vacinas disponíveis atualmente são a Nic-VAX[®], TA-Nic[®] e Nic-Qb[®], estando nas fases II/III de ensaio clínico e têm se mostrado seguras, bem toleradas, representando um método preventivo e terapêutico potencialmente efetivo da dependência nicotínica, apesar de amostras pequenas e diferentes protocolos (REICHERT *et al.*, 2008).

6 PLANO DE AÇÃO

6.1 Definição do Problema

Para caracterizar o alto índice de tabagistas como principal problema a ser enfrentado pela ESF, utilizou-se dados de incidência levantados por Agentes Comunitários de Saúde (ACS), além das queixas dos usuários durante essas visitas. Outros dados foram levantados em pesquisas de revisão da literatura científica e dados do Sistema de Informações em Atenção Básica (SIAB).

Frente à esses dados, a enfermeira da equipe inscreveu a USF em um Curso de Capacitação ministrado pelo Governo Estadual, realizado nos dias dez e onze de abril de 2013, para que fosse implantado o "Programa Nacional de Controle do Tabagismo" (PNCT), do Ministério da Saúde, e assim se pudesse montar grupos anti-tabagismo na Unidade de Saúde, para então realizar o esclarecimento da população sobre os malefícios do tabagismo, além de fornecer um suporte multidisciplinar e medicações às pessoas que desejassem cessar o hábito tabágico. Participaram desse curso a médica, a psicóloga, a enfermeira e a farmacêutica.

A partir de então, foram ministradas duas palestras sobre os malefícios do tabagismo e a importância de se suspender o uso do cigarro: uma para a ESF, e a outra para todos os funcionários de ambas as Unidades de Saúde de Pingo D'Água. Os ACS iniciaram os levantamentos de dados sobre os tabagistas existentes nas famílias adscritas; foi marcada a data para iniciar o programa "Unidade livre do tabaco", que é a data à partir da qual fica proibido fumar dentro das Unidades de Saúde (de acordo com o PNCT); além de, no dia 31 de maio, a USF participar do "Dia Mundial sem Tabaco". Esses são os primeiros passos para se iniciar um grupo anti-tabagismo.

As medicações para o tratamento dos participantes estavam disponíveis na farmácia do SUS (Sistema Único de Saúde), tendo sido disponibilizadas pelo Ministério da Saúde.

6.2 Priorização do Problema

Para a priorização dos problemas, levou-se em consideração a importância do problema na sociedade; sua situação de urgência; se sua solução estava ou não dentro da capacidade de enfrentamento da equipe. A partir dessas informações, o quadro 1 foi elaborado com os cinco principais problemas a serem enfrentados pela ESF (CAMPOS; FARIA; SANTOS, 2010).

Quadro 1: Classificação de prioridades para os problemas identificados no diagnóstico situacional pela ESF do município de Pingo D'Água

| Equipe de Saúde da Família do Município de Pingo D'Água | | | | |
|--|--------------------|-----------------|------------------------------------|----------------|
| Principais Problemas | Importância | Urgência | Capacidade de Enfrentamento | Seleção |
| Alto índice de tabagistas | Alta | 8 | Parcial | 1 |
| Tomada correta das medicações anti-HAS e anti-DM | Alta | 6 | Parcial | 2 |
| Sedentarismo na população idosa | Alta | 6 | Parcial | 3 |
| Alcoolismo | Alta | 5 | Parcial | 4 |
| Falta de Acolhimento na USF | Alta | 4 | Parcial | 5 |

Fonte: Autoria Própria (2013).

6.3 Descrição do Problema Selecionado

Segundo dados da Organização Mundial de Saúde (OMS) sobre a epidemia global do tabaco, em 2011, cerca de seis milhões de pessoas morrem por ano por causa do cigarro, dos quais mais de 600 mil são fumantes passivos. Ainda segundo a OMS, o tratamento dos fumantes é uma das intervenções médicas que apresentam melhor relação custo-benefício (INCA, 2013).

6.4 Explicando o Problema

O tabagismo é um problema de saúde pública que acarreta sérios danos à saúde da população, gerando um aumento do risco de desenvolvimento de doenças cardiovasculares, cerebrovasculares, câncer de pulmão, boca e língua. Como este hábito cresce diariamente entre a população, procurou-se por maneiras de incentivar as pessoas à deixarem o hábito de fumar e à buscarem hábitos mais saudáveis para suas vidas.

6.5 Seleção dos “Nós Críticos”

Identificou-se os "nós-críticos" para o alto índice de tabagistas no município, e dentre eles destacaram-se:

- relacionar a figura do cigarro a um "atrativo pessoal", identificando as pessoas que fumam como mais "fortes, intelectuais, atraentes";
- influência do meio em que vive (amigos, familiares);
- ignorância quanto aos malefícios do cigarro, em pessoas que começaram a fumar em uma época que havia uma grande publicidade, a qual enfocava o lado positivo de ser tabagista;
- ausência de um trabalho na USF que esclareça sobre os malefícios do tabagismo e que forneça um suporte adequado às pessoas que desejam cessar o hábito tabágico.

6.6 Desenho das Operações

Após a identificação das causas mais importantes, foram propostas as operações necessárias para a sua solução, bem como os produtos e resultados esperados, além dos recursos que seriam utilizados para a sua execução, e foi então elaborado o quadro 2 (CAMPOS; FARRIA; SANTOS, 2010).

Quadro 2: Desenho das operações para os "nós-críticos" do problema alto índice de tabagistas

| Nó crítico | Operação | Resultados esperados | Produtos esperados | Recursos necessários |
|--|---|--|--|--|
| Cigarro como "atrativo pessoal" | <p>Bem viver</p> <p>Oferecer consultas especializadas.</p> <p>Esclarecimento quanto aos malefícios do cigarro.</p> <p>Acompanhamento com o grupo anti-tabagismo.</p> | <p>População mais informada sobre os malefícios do cigarro, além de desmistificar crenças antigas.</p> <p>O abandono do tabagismo.</p> | <p>Capacitação dos recursos humanos.</p> <p>Consultas especializadas.</p> <p>Grupo anti-tabagismo.</p> | <p><u>Cognitivo</u>: conhecimento sobre o tema, habilidades pedagógicas e de comunicação;</p> <p><u>Político</u>: adesão ao programa federal de cessação ao tabagismo;</p> <p><u>Financeiro</u>: aquisição de folhetos educativos, recursos audiovisuais.</p> <p><u>Organizacional</u>: seleção dos participantes do primeiro grupo.</p> |
| Influência de terceiros | <p>Bem viver</p> <p>Oferecer consultas especializadas.</p> <p>Esclarecimento quanto aos malefícios do cigarro.</p> <p>Acompanhamento com o grupo anti-tabagismo.</p> | <p>População mais informada sobre os malefícios do cigarro, além de educar sobre influências negativas na construção do indivíduo.</p> <p>O abandono do tabagismo.</p> | <p>Capacitação de pessoal.</p> <p>Consultas especializadas.</p> <p>Grupo anti-tabagismo.</p> | <p><u>Cognitivo</u>: conhecimento sobre o tema, habilidades pedagógicas e de comunicação;</p> <p><u>Político</u>: adesão ao programa federal de cessação ao tabagismo;</p> <p><u>Financeiro</u>: aquisição de folhetos educativos, recursos audiovisuais.</p> <p><u>Organizacional</u>: seleção dos participantes do primeiro grupo.</p> |

Quadro 2: Desenho das operações para os "nós-críticos" do problema alto índice de tabagistas

| | | | | |
|--|---|--|---|---|
| Ignorância quanto aos malefícios do cigarro | Bem viver Oferecer consultas especializadas. Esclarecimento quanto aos malefícios do cigarro. Acompanhamento com o grupo anti-tabagismo. | População mais informada sobre os malefícios do cigarro. O abandono do tabagismo. | Consultas especializadas. Grupo anti-tabagismo. Capacitação dos recursos humanos. | <u>Cognitivo</u> : conhecimento sobre o tema, habilidades pedagógicas e de comunicação; <u>Político</u> : adesão ao programa federal de cessação ao tabagismo; <u>Financeiro</u> : aquisição de folhetos educativos, recursos audiovisuais. <u>Organizacional</u> : seleção dos participantes do primeiro grupo. |
| Ausência de um programa anti-tabagismo na USF | Bem viver Criação de um programa anti-tabagismo na USF. Oferecer consultas especializadas. Esclarecimento quanto aos malefícios do cigarro. Acompanhamento com o grupo anti-tabagismo. | O abandono do tabagismo. População mais informada sobre os malefícios do cigarro. | Grupo anti-tabagismo. Capacitação dos recursos humanos. Consultas especializadas. | <u>Cognitivo</u> : conhecimento sobre o tema, habilidades pedagógicas e de comunicação; <u>Político</u> : adesão ao programa federal de cessação ao tabagismo; <u>Financeiro</u> : aquisição de folhetos educativos, recursos audiovisuais. <u>Organizacional</u> : seleção dos participantes do primeiro grupo |

Fonte: Autoria Própria (2013).

6.7 Identificação dos Recursos Críticos

Para que as operações possam ser postas em prática, certos recursos são necessários. Por isso, deve-se identificar os "recursos críticos", os quais são indispensáveis para a execução da operação, porém não estão disponíveis. Essas informações foram resumidas no quadro 3 (CAMPOS; FARIA; SANTOS, 2010).

Quadro 3: Recursos críticos para o desenvolvimento das operações definidas para o enfrentamento dos "nós-críticos" do problema alto índice de tabagistas

| Operação | Recursos |
|------------------|--|
| Bem viver | Financeiro: para a confecção dos folhetos educativos; Organizacional: adesão dos profissionais da Unidade de Saúde ao grupo anti-tabagismo. |

Fonte: Autoria Própria (2013).

6.8 Análise de Viabilidade do Plano

Uma vez identificados os "recursos críticos", torna-se necessário saber quem são os atores que controlam esses recursos, saber a motivação dos mesmos em relação aos objetivos do plano, e assim desenhar estratégias para motivar os atores e viabilizar a operação, conforme mostrado no quadro 4 (CAMPOS; FARIA; SANTOS, 2010).

Quadro 4: Propostas de ações para motivação dos atores

| Operações | Recursos críticos | Controle dos recursos críticos | | Ação estratégica |
|------------------|---|---------------------------------------|------------------|--|
| | | Ator que controla | Motivação | |
| Bem viver | Financeiro: para a confecção dos folhetos educativos; | Secretário de Saúde | Favorável | Reunião para expor o Projeto Grupo anti-tabagismo. |
| | Organizacional: adesão dos profissionais da Unidade de Saúde ao grupo anti-tabagismo. | Psicóloga e Enfermeira | Favorável | Palestras nas duas Unidades de Saúde para esclarecimento dos profissionais de saúde. |

Fonte: Autoria Própria (2013).

6.9 Elaboração do Plano Operativo

Com as operações já traçadas, deve-se definir os responsáveis por cada uma, bem como os prazos para suas execuções. Em reunião realizada por nossa ESF, ficou determinado o que consta no quadro 5 (CAMPOS; FARIA; SANTOS, 2010).

Quadro 5: Plano Operativo

| Operação | Resultados | Pro-endemias e Epidemias Adultos | Ações Estratégicas | Responsável | Prazo |
|--|--|--|--|--------------------------|---|
| Bem viver Oferecer consultas especializadas. Esclarecimento quanto aos malefícios do cigarro. Acompanhamento com o grupo anti-tabagismo. | População mais informada sobre os malefícios do cigarro. Desmistificar crenças antigas. Educar sobre influências negativas na construção do indivíduo. O abandono do tabagismo. | Capacitação de pessoal. Consultas especializadas. Grupo anti-tabagismo | Reunião com o Secretário de Saúde. Palestras nas duas Unidades de Saúde para os funcionários. | Enfermeira Médica | Agendar reunião em uma semana, iniciar confecção de folhetos educativos em duas semanas. Iniciar as palestras em duas semanas. |

Fonte: Autoria Própria (2013).

6.10 Gestão do Plano

Realizadas estas ações, deu-se início ao primeiro grupo anti-tabagismo no município de Pingo D'Água, sendo composto inicialmente por vinte e cinco participantes.

De acordo com o "Programa Nacional de Controle do Tabagismo" (PNCT), o primeiro grupo deveria ser composto exclusivamente por funcionários da Unidade de Saúde que desejassem parar de fumar, tendo em vista que uma das metas do PNCT é estabelecer uma "Unidade Livre do Tabaco", em que nenhum profissional que trabalha nessas Unidades fumassem, ou então que não fumassem dentro dos limites físicos da Unidade. Para tanto, como mencio-

nado anteriormente, foram realizadas palestras educativas para os mesmos, porém a adesão foi baixa.

Por causa desse problema, reuniram-se a médica, enfermeira e psicóloga, responsáveis pela organização do Grupo Anti-Tabagismo, e ficou decidida a abertura das vagas remanescentes para a população de Pingo D'Água que se interessasse - tendo em vista a elevada procura por parte da mesma -, mesmo que essa conduta fosse criticada pelo PNCT, pois um grupo misto (formado por trabalhadores da Unidade de Saúde e população geral) poderia gerar certo tipo de constrangimento para os funcionários, que poderiam ter a sua atitude de fumar vista como negativa pela população, fazendo com que os mesmos abandonassem o grupo. No entanto, como em reunião com os trabalhadores que participariam do grupo, nenhum se mostrou desconfortável com essa situação, decidiu-se pela sua implantação.

Foram realizadas 4 reuniões semanais, nas quais a equipe de organização esteve presente, e foi dividida a tarefa de ler e explicar os manuais de cada sessão aos participantes. Esses se mostraram bem participativos e dispostos a abandonar o vício. Após cada reunião, cada participante passava pela consulta médica, para que pudessem ser avaliadas as necessidades de uso de medicação (Bupropiona), adesivo de Nicotina ou goma de mascar, bem como o acompanhamento de reações adversas dessas drogas. A Psicóloga também esteve à disposição para acompanhar, em consultas, os pacientes que precisassem de suporte psicológico.

Após essas reuniões iniciais, foram espaçados os intervalos para quatro reuniões de manutenção, de quinze em quinze dias, tendo sido feitas palestras com a médica organizadora, psicóloga organizadora, educador físico e nutricionista. Do total de participantes, seis pessoas pararam de fumar e passaram a acompanhar assiduamente as reuniões, além de os mesmos terem participado do evento promovido pela equipe organizadora na USF, do "Dia Nacional do Combate ao Fumo", dia vinte e nove de agosto de 2013, em que foram distribuídos panfletos com informações educativas dos malefícios do cigarro e benefícios em se parar de fumar, além de servirem como exemplos vivos de pessoas que conseguiram abandonar o vício, incentivando outras pessoas a fazerem o mesmo.

Passou-se para o período de reuniões mensais de manutenção, que foram três no total (novembro e dezembro de 2013; janeiro de 2014), finalizando-se seis meses de acompanhamento. Um novo grupo está marcado para iniciar em fevereiro de 2014, assim que as medicações estiverem disponíveis para a farmácia da ESF.

Sempre após o término de cada grupo e em reuniões da equipe de coordenação, eram discutidas as abordagens que mais surtiam efeitos positivos nos participantes dos grupos, seja no sentido de estimulá-los a falar, interagir com os outros participantes, como na decisão de

parar de fumar, se manter sem fumar e conseguir enfrentar as dificuldades e recaídas; bem como as dificuldades enfrentadas, como pessoas que falavam demais e fugiam do assunto central, ou os que não participavam ou que eram negativistas a todo momento.

Foi constatado que os próprios participantes do grupo, tanto os que conseguiram parar de fumar, quanto os que não conseguiram, se transformaram em disseminadores positivos do Grupo de Tabagismo, conscientizando as pessoas que fumam dos malefícios do cigarro, e estimulando as mesmas a participarem dos novos grupos, para pararem de fumar. Dessa forma, pretende-se manter o grupo anti-tabagismo e usar essa ferramenta para atingir o objetivo do trabalho, que é diminuir a prevalência de fumantes no município de Pingo D'Água, e não deixar que esse número volte a ser tão elevado quanto é atualmente.

7 CONSIDERAÇÕES FINAIS

A Estratégia de Saúde da Família tem a finalidade da promoção da saúde, prevenção de doenças e o tratamento e cura, quando possível, das patologias das pessoas. Com o objetivo de sempre ofertar um cuidado integral aos pacientes, bem como para o melhor desenvolvimento das atividades em equipe nas Unidades de Saúde, é de fundamental importância que se tenham reuniões periódicas com toda a equipe, para que se possa levantar os problemas enfrentados no dia-a-dia, buscando sempre soluções para os mesmos; discutir as dificuldades enfrentadas por cada paciente, buscando uma conduta que atenda à suas necessidades de forma integral, sempre trabalhando de forma multidisciplinar e interdisciplinar; incentivar condutas que estejam dando certo, dentre outras medidas.

Tendo isso em vista, foi implementado reuniões semanais com toda a equipe do PSF, para que se pudesse atender às reais necessidades da população. Em uma dessas reuniões, foi feita uma análise situacional da área de abrangência, discutido quais os problemas priorizar, para então aplicar o "Método de Planejamento" aprendido no CEABSF e processar os problemas identificados, a fim de elaborar um projeto de intervenção e agir sobre o problema selecionado.

O principal problema a ser enfrentado pela ESF foi o alto índice de tabagistas. A OMS considera o tabagismo como um dos mais graves problemas de saúde pública do planeta e a principal causa de morte evitável no mundo.

O tratamento dos fumantes é uma das intervenções médicas que apresentam melhor relação custo-benefício, e tendo em vista o elevado número de fumantes em Pingo D'Água; as conseqüências deletérias do uso do cigarro; bem como a ausência de um programa na USF que auxiliasse os usuários a abandonar esse hábito, decidiu-se por participar do Curso de Capacitação em Tabagismo, oferecida pelo Governo do Estado de Minas Gerais, para que assim se pudesse fazer parte do Programa Nacional de Controle ao Tabagismo (PNCT), do Ministério da Saúde, e então implantar o grupo anti-tabagismo na USF, visando esclarecer a população quanto aos malefícios do cigarro, além de oferecer um suporte multidisciplinar e medicações para as pessoas que desejassem cessar o hábito tabágico.

O grupo anti-tabagismo foi implementado e alcançou os objetivos inicialmente citados neste trabalho. Ao final do primeiro grupo, percebeu-se vários efeitos positivos, como o abandono do tabagismo por seis dos vinte e cinco participantes; a identificação dos participantes com o grupo, tornando-se disseminadores positivos das idéias discutidas nas reuniões, fazendo com que o número de interessados em parar de fumar aumentasse, inclusive entre os

funcionários das Unidades de Saúde, que à princípio foram poucos. Os seis pacientes que pararam de fumar aceitaram participar das reuniões do próximo grupo, para servirem de exemplos vivos de que parar de fumar é possível, pois várias pessoas já procuraram a ESF relatando que, se um determinado participante do primeiro grupo conseguiu parar, tendo em vista o grande número de maços de cigarros fumados por ele ao dia, essas pessoas também conseguiriam.

Após a experiência inicial bem sucedida com o grupo anti-tabagismo e a revisão da literatura sobre esse tema, conclui-se que:

- O tabagismo é um dos mais graves problemas de saúde pública do mundo;
- O uso do tabaco é a principal causa de morte evitável no planeta;
- O tabagismo é um vício, pois gera dependência química e psicológica;
- O uso do tabaco causa várias doenças, como DPOC, cânceres, catarata, úlcera péptica, menopausa precoce, disfunção erétil, hipertensão arterial, dentre outras;
- É necessária uma intervenção da Atenção Básica à Saúde, atuando de forma complementar aos governos, para que assim se contenha o aumento alarmante do uso dessa droga;
- O esclarecimento da população quanto aos malefícios do cigarro, o suporte multidisciplinar e as medicações usadas para a cessação do tabagismo são estratégias que ajudam as pessoas à pararem de fumar e suas implantações nas Unidades de Saúde deve ser estimulada;
- A manutenção deste grupo anti-tabagismo é de fundamental importância para a cidade de Pingo D'Água, sendo uma poderosa ferramenta para se conseguir a diminuição da prevalência de fumantes no município, e para que a taxa de fumantes não volte a ser tão elevada quanto é atualmente;
- Esse trabalho busca oferecer aos profissionais de saúde um incentivo para combater este problema que cresce a cada dia, gerando danos a saúde da população.

REFERÊNCIAS

- BRASIL. Ministério da Saúde. Instituto Nacional do Câncer- INCA. Coordenação de Prevenção e Vigilância (CONPREV). **Abordagem e Tratamento do Fumante - Consenso 2001**. Rio de Janeiro: INCA, 2001. 38p.
- BRASIL. Presidência da República. Secretaria Nacional de Políticas sobre drogas – SENAD. **Prevenção ao uso indevido de drogas: Capacitação para Conselheiros e Lideranças comunitárias**. 2.ed. Brasília, 2010. 376 p.
- CAMPOS, F. C. C.; FARIA, H. P.; SANTOS, M. A. **Planejamento e avaliação das ações em saúde**. NESCOM/UFMG - Curso de Especialização em Atenção Básica em Saúde da Família. 2 ed. Belo Horizonte: Nescon/UFMG, 2010. 110 p.
- CARAM, L. M. O. *et al.* Perfil de fumantes em serviço público para tratamento do tabagismo. **J Bras Pneumol**, vol. 35, nº 10, p.980-985, 2009.
- CASTRO, M. R. P.; MATSUO, T.; NUNES, S. O. V. Características clínicas e qualidade de vida de fumantes em um centro de referência de abordagem e tratamento do tabagismo. **J Bras Pneumol**, vol. 36, nº 1, p. 67-74, 2010.
- CHATKIN, J. M. A influência da genética na dependência tabágica e o papel da farmacogenética no tratamento do tabagismo. **J Bras Pneumol**, vol. 32, nº 6, p. 573-579, 2006.
- CINCIPRINI, P. M. *et al.* Tobacco addiction: Implications for treatment and cancer prevention. **J Natl Cancer Inst**, vol. 89, nº 24, p. 1852-1867, 1997.
- GONÇALVES-SILVA, R. M. V.; LEMOS-SANTOS M. G.; BOTELHO, C. Influência do Tabagismo no ganho ponderal, crescimento corporal, consumo alimentar e hídrico de ratos. **J Bras Pneumol**, vol. 23, nº 3, maio/jun 1997.
- IBGE. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. **Tabagismo: Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios**. Rio de Janeiro, 2009. Disponível em: <http://www.ibge.gov.br/home/estatistica/populacao/trabalhoerendimento/pnad2008/suplementos/tabagismo/pnad_tabagismo.pdf>. Acesso em 27/10/2013.
- INCA. Instituto Nacional de Câncer José Alencar Gomes da Silva. Ministério Da Saúde. Diretoria de Prevenção e Vigilância. Divisão de Controle do Tabagismo e Outros Fatores de Risco de Câncer. **Módulo Tabagismo: Manual da Comissão Executiva para Implantação do Programa em Unidades de Saúde**. Minas Gerais: INCA; 1998.
- INCA. Instituto Nacional de Câncer José Alencar Gomes da Silva. Ministério Da Saúde. **Advertências sanitárias nos produtos do Tabaco**. Rio de Janeiro (RJ): INCA; 2008.
- INCA. Instituto Nacional de Câncer José Alencar Gomes da Silva. Ministério da Saúde. **Dia mundial sem tabaco: 31 de maio de 2013**. Rio de Janeiro, 2013.

INCA. Instituto Nacional de Câncer José Alencar Gomes da Silva. Ministério Da Saúde. **Falando sobre tabagismo**. INCA/FGV: 1996. Disponível em: <<http://www.sesa.pr.gov.br/arquivos/File/FALANDOSOBRETABAGISMO.pdf>>. Acesso em: 27/10/2013.

INCA. Instituto Nacional de Câncer José Alencar Gomes da Silva. Ministério da Saúde. **Tabagismo: Dados e números**. Disponível em: <<http://www.inca.gov.br/tabagismo/frameset.asp?item=dadosnum&link=mundo.htm>> Acesso em 22/11/2013.

INCA. Instituto Nacional de Câncer José Alencar Gomes da Silva. Ministério da Saúde. **O controle do tabagismo no Brasil: avanços e desafios**. Rio de Janeiro, 2004. Disponível em: <http://www.inca.gov.br/tabagismo/31maio2004/tabag_br_folheto_04.pdf> . Acesso em 10/12/2013.

MACHADO, S. S. C. **Conseqüências nocivas do tabagismo**. Universidade Federal de Minas Gerais. Faculdade de Medicina. Núcleo de Educação em Saúde Coletiva. Campos Gerais, 2010. 29p.

MARQUES, A. C. P. R. *et al.* Consenso sobre o tratamento da dependência de nicotina. **Rev Bras Psiquiatr**, vol. 23, nº 4, p. 200-214, 2001.

PLANETA, C. S.; CRUZ, F. C. Bases neurofisiológicas da dependência do tabaco. **Rev Psiquiatr Clín**, vol. 32, nº 5, p. 251-258, 2005.

PRADO, G. F. *et al.* Tabagismo: o que tem sido abordado em periódicos brasileiros. **Arq Bras Card**, vol.99, nº 6, p.184-190, 2012.

REICHERT, Jonatas *et al.* Diretrizes para cessação do tabagismo - 2008. **J Bras Pneumol**, vol. 34, nº 10, p. 845-880, Out 2008.

RUSSO, A. C.; AZEVEDO, R. C. S. Fatores motivacionais que contribuem para a busca de tratamento ambulatorial para a cessação do tabagismo em um hospital universitário. **J Bras Pneumol**, vol. 36, nº 5, p. 603-611, 2010.