

**UNIVERSIDADE FEDERAL DE MINAS GERAIS
CURSO DE ESPECIALIZAÇÃO EM ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA**

JEFFANE MILENE SILVA PACHECO

**PLANO DE AÇÃO PARA CESSAÇÃO DO TABAGISMO DOS
PACIENTES ADSCRITOS À ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA ALEX
FERNANDES DE RESENDE**

Uberaba/MG
2015

JEFFANE MILENE SILVA PACHECO

**PLANO DE AÇÃO PARA CESSAÇÃO DO TABAGISMO DOS
PACIENTES ADSCRITOS À ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA ALEX
FERNANDES DE RESENDE**

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: Profª Drª Regina Maura Rezende

Uberaba/MG
2015

JEFFANE MILENE SILVA PACHECO

**PLANO DE AÇÃO PARA CESSAÇÃO DO TABAGISMO DOS
PACIENTES ADSCRITOS À ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA ALEX
FERNANDES DE RESENDE**

Banca examinadora

Examinador 1: Prof. Profª Drª Regina Maura Rezende – Universidade Federal do Triângulo Mineiro – UFTM

Examinador 2 – Zilda Cristina dos Santos – Universidade Federal do Triângulo Mineiro - UFTM

Aprovado em Belo Horizonte, em de de 2015.

RESUMO

A Estratégia de Saúde da Família (ESF) Alex Fernandes de Resende, localizada no município de Indianópolis, Minas Gerais, é uma unidade básica de saúde bem estruturada e funciona em prédio construído exclusivamente para funcionamento de unidade de atenção básica. O trabalho nessa ESF permitiu verificar que 9,67% da população adscrita é tabagista, ou seja, uma boa parte da população está submetida aos malefícios que o tabagismo pode proporcionar. Sendo assim, há uma necessidade prioritária na redução de dependentes de nicotina na área de abrangência da ESF e o incentivo a não iniciação do hábito de fumar por parte da população não tabagista. O objetivo desse projeto de intervenção é reduzir a incidência e prevalência do tabagismo na população adscrita à ESF Alex Fernandes de Resende. Este projeto tem a intenção de conscientizar a população abrangente da ESF Alex Fernandes de Resende, para que se reduzam as taxas alarmantes do tabagismo na região.

Palavras-chave: Tabagismo, Educação em saúde, Saúde da família.

ABSTRACT

The Family Health Strategy (FHS) Alex Fernandes de Resende, located in the city of Indianapolis, Minas Gerais, is a well-structured health basic unit and works on building built exclusively for primary care unit operation. Work in this FHS has shown that 9.67% of the enrolled population is a smoker, or a good portion of the population is subjected to the harmful effects that smoking can provide. Thus, there is a priority need to reduce nicotine addicts in the FHS coverage area and the incentive not to initiation of smoking by the nonsmoker population. The aim of this intervention project is to reduce the incidence and prevalence of smoking in the population assigned to the FHS Alex Fernandes de Resende. This project intends to raise awareness to the less comprehensive population FHS Alex Fernandes de Resende, in order to reduce the alarming rates of tobacco use in the region.

Keywords: Smoking, Health education, Family health.

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

ACS – Agente Comunitário de Saúde

BVS – Biblioteca Virtual de Saúde

CO – Monóxido de carbono

DeCs – Descritores de saúde

DPOC – Doença Pulmonar Obstrutiva Crônica

ESF – Estratégia de Saúde da Família

IBGE – Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística

INCA – Instituto Nacional do Câncer

OMS – Organização Mundial da Saúde

PNCT – Programa Nacional de Controle do Tabagismo

SciELO – Scientific Electronic Library Online

UBS – Unidade Básica de Saúde

SUMÁRIO

1. Introdução.....	08
2. Justificativa.....	11
3. Objetivos.....	13
4. Metodologia.....	14
5. Revisão bibliográfica.....	16
6. Proposta de intervenção.....	20
7. Considerações finais.....	24
Referências.....	25

1) INTRODUÇÃO

O município de Indianópolis localiza-se no estado de Minas Gerais na mesorregião Triângulo Mineiro/Alto Paranaíba, distante a 56 km da cidade de Uberlândia e a 58 km da cidade de Araguari, sendo as duas cidades supracitadas as que servem de suporte à Indianópolis nos serviços de saúde.

A população estimada em 2014 pelo IBGE é de 6.632 pessoas. O seu bioma é constituído pelo cerrado e a sua principal atividade é a agrícola, sendo em maior parte a plantação de café. A religião católica é a que possui maiores seguidores na cidade.

A cidade atualmente possui três equipes da Estratégia Saúde da Família que realizam atendimentos de baixa e média complexidade, sendo duas equipes em área urbana (Alex Fernandes de Resende e Dona Lica) e uma rural (Angico). São realizados atendimentos médicos voltados para saúde da família e atendimentos com dentistas. Além disso, possui um Centro de Saúde onde é realizado o serviço de pronto-atendimento e hospitalar. Neste Centro de Saúde são realizados somente atendimentos de emergência com médicos.

- **Equipe de Saúde da Família (ESF) Alex Fernandes de Resende**

A ESF Alex Fernandes de Resende não tem uma unidade própria e realiza seus trabalhos no Centro de Saúde Dona Lica, onde divide espaço com outra ESF (Dona Lica). A unidade é bem estruturada e funciona em prédio construído exclusivamente para funcionamento de unidade de atenção básica, todavia construído para funcionamento de somente uma unidade. Devido a isso, nos períodos de início das atividades há sempre um acúmulo de pessoas a espera de atendimento.

Apesar das limitações por compartilhamento de unidade, a ESF Alex Fernandes de Resende tem disponível vários equipamentos para seu funcionamento. No Centro de Saúde Dona Lica há dois consultórios médicos (sendo um consultório com mesa ginecológica), sala de imunizações, consultório odontológico, consultório para triagem de pacientes, sala de reuniões (onde permanecem os ACS das duas equipes), sala de procedimentos, recepção, cozinha, banheiros e ainda conta com consultórios destinados à equipe do NASF (fisioterapia, nutrição, psicologia e fonoaudiologia).

A unidade realiza suas atividades de segunda a sexta-feira no horário de 07:00 às 17:00 horas. O atendimento médico é realizado de segunda a quinta-feira das 07:00 às 11:00 e das 13:00 às 17:00 horas.

- **Composição da Equipe**

A ESF Alex Fernandes de Resende é composta por: um profissional médico, um enfermeiro, duas técnicas de enfermagem, um auxiliar administrativo, um odontólogo, um auxiliar de saúde bucal, cinco agentes comunitários de saúde (ACS), dois auxiliares de serviços gerais e conta ainda com o apoio da equipe do NASF (uma nutricionista, uma fonoaudióloga, uma psicóloga e um fisioterapeuta).

- **Características da população**

A ESF Alex Fernandes de Resende faz acompanhamento atualmente de 2078 pessoas cadastradas em sua área de abrangência. A divisão é feita em cinco microáreas. No quadro abaixo, seguem as informações gerais sobre a população.

Quadro 1. Distribuição da população cadastrada pela ESF Alex Fernandes de Resende, por sexo e faixa etária, 2015

População	Micro 1	Micro 2	Micro 3	Micro 4	Micro 5	TOTAL
Crianças (< 1 a)	4	3	4	3	4	18
Crianças (1 a 10 a)	44	56	54	47	36	237
Adolescentes (10 a 19 a)	74	75	61	43	61	314
Adultos (20 a 60 a)	239	247	229	249	221	1185
Idosos (> 60 a)	52	61	69	57	85	324
Total	413	442	417	399	407	2078

Fonte: Arquivo interno da ESF Alex Fernandes de Resende, 2015

A unidade básica supracitada mantém sob seus cuidados, conforme Quadro 2, os seguintes grupos prioritários:

Quadro 2. Distribuição de pessoas, segundo grupos prioritário, atendidas pela ESF Alex Fernandes de Resende, 2015

Grupo	Quantidade de pessoas	% em relação à população total
Hipertensos	292	14,05%
Diabéticos	55	2,64%
Gestantes	17 (sendo 3 de alto risco)	0,81%
Nascidos em 2014	17	0,81%
Tabagistas	201	9,67%

Fonte: Arquivo interno da ESF Alex Fernandes de Resende, 2015

Como foi possível verificar no quadro acima, 9,67% da população em acompanhamento na ESF Alex Fernandes de Resende é tabagista, ou seja, uma boa parte da população está submetida aos malefícios que o tabagismo pode proporcionar. Sendo assim, há uma necessidade prioritária na redução de dependentes de nicotina na área de abrangência da ESF e o incentivo a não iniciação do hábito de fumar por parte da população não tabagista.

2) JUSTIFICATIVA

Estima-se que, “a cada dia, cerca de 100.000 jovens começam a fumar, e 80% destes são de países em desenvolvimento. A idade média da iniciação é 15 anos, o que levou a Organização Mundial de Saúde (OMS) considerar o tabagismo como uma doença pediátrica (World Bank, 1999; WHO, 2001^a *apud* CAVALCANTE, 2003)

Fato é que, apesar da grande difusão de informação sobre os prejuízos na saúde causados pela dependência do tabaco, o seu uso ainda é elevado na sociedade. Os países desenvolvidos têm apresentado uma redução no número de tabagistas na sua população, todavia sabe-se que na grande maioria dos países em desenvolvimento e nos países subdesenvolvidos, a tendência tem sido de aumento do número de dependentes da nicotina o que leva, avaliando de forma global, a um aumento expressivo a cada ano do número de tabagistas no mundo.

Segundo o Instituto Nacional do Câncer (INCA, 2007), o tabagismo mata 5 milhões de pessoas anualmente no mundo. No Brasil, são 200 mil mortes anuais e estima-se que, se a atual tendência de consumo se mantiver, em 2020 serão 10 milhões de mortes por ano e 70% delas acontecerão em países em desenvolvimento.

No Brasil, através do Programa Nacional de Controle do Tabagismo (PNCT), existe uma tendência nacional de redução da incidência e prevalência do tabagismo, todavia se torna necessária a implementação das atividades e ações do programa no âmbito estadual e municipal para que possa gozar de uma redução significativa nos índices nacionais. Uma das maiores dificuldades quando se fala na redução de tabagistas no Brasil é o fato do país ser um dos grandes produtores mundiais de tabaco.

O tabagismo é “reconhecido como uma doença epidêmica que causa dependência física, psicológica e comportamental” (INCA, 2007). Segundo a OMS (Organização Mundial de Saúde), o tabagismo é a maior causa de morte evitável em todo o mundo, sendo responsável por uma grande quantidade dos óbitos por doenças crônicas não transmissíveis.

É sabido que o tabagismo traz consequências, entre outras, no aparelho respiratório (DPOC, piora da asma, etc), cardiovascular (doença arterial coronariana,

acidente vascular cerebral, aneurisma, aterosclerose, etc), aparelho digestivo (doença do refluxo gastresofágico, úlceras pépticas, gastrite, etc), geniturinário (infertilidade, disfunção erétil, etc), na gestação (abortamento, trabalho de parto prematuro, descolamento de placenta, malformações congênitas, crescimento intrauterino restrito, pré-eclâmpsia, etc), neoplasias malignas (pulmão, mama, cavidade oral, faringe, esôfago, estômago, cólon, reto, rins, bexiga, pâncreas, colo do útero, leucemias, etc).

Além dos prejuízos individuais sabe-se que o tabagismo pode trazer prejuízos a outrem (tabagismo passivo) estando este indivíduo não fumante susceptível aos riscos e consequências do tabagismo da mesma forma que um indivíduo fumante.

Sendo assim, por ser um problema de saúde pública com grande quantidade de óbitos por doenças relacionadas de forma direta ou indireta ao tabaco, e ter sido identificado como problema prioritário na área da ESF Alex Fernandes de Resende, faz-se necessária a implementação de medidas visando a redução do número de dependentes da nicotina.

3) OBJETIVOS

Objetivo geral

- Propor um plano de intervenção com intuito de reduzir a incidência e prevalência do tabagismo na população adscrita à ESF Alex Fernandes de Resende.

Objetivos específicos

- Conscientizar a população sobre os riscos e as consequências do hábito de fumar.
- Educar a população sobre a importância de uma vida mais saudável sem o tabagismo.
- Incentivar a prática de novos hábitos de vida que proporcione a melhoria da saúde e qualidade de vida.
- Motivar a população para a cessação do tabagismo.
- Inserir o tratamento do tabagismo na rotina de acompanhamento de saúde na ESF Alex Fernandes de Resende.

4) METODOLOGIA

Projeto de intervenção

O Projeto de Intervenção é uma atividade constituída e realizada para definir um problema identificado, transformar uma ideia em ação, e assim, tentar solucioná-lo. Desse modo, após o levantamento do problema, este projeto de intervenção busca solucionar o alto índice de tabagistas na ESF Alex Fernandes de Resende, com a participação de toda a ESF e seus funcionários, a fim de conscientizar, aproximar, prevenir e combater o uso do tabaco nos pacientes adscritos na comunidade. Para tanto, será utilizada a metodologia do Planejamento Estratégico em Saúde (CAMPOS *et al.*, 2010).

Considerações Éticas

Os funcionários, adolescentes e adultos tabagistas e familiares que participarão do projeto, serão esclarecidos de que se trata de um projeto de intervenção realizado para auxiliar na melhora da saúde de pessoas com hábito de fumar. Todos serão convidados e participarão de livre e espontânea vontade.

Local do projeto de Intervenção

O projeto será realizado na ESF Alex Fernandes de Resende, localizada no município de Indianópolis-MG.

Busca de referências bibliográficas

Serão utilizados artigos científicos e publicações sobre o tabagismo nas fontes Científic Eletronic Library Online (Scielo) e Biblioteca Virtual em Saúde (BVS). Os descritores de saúde (DecS) que serão utilizados como palavras-chave são: Acolhimento, Atenção Primária à Saúde, Assistência à Saúde, Planejamento em Saúde, Medicina da Saúde e Comunidade, Educação em Saúde, Hábito de Fumar.

Ações pretendidas

Auxiliar o fim do vício do tabagismo com medicações e orientações para mudanças do estilo de vida. Orientar a população dos malefícios do tabagismo e os familiares de tabagistas sobre os malefícios do fumo passivo.

5) REVISÃO BIBLIOGRÁFICA

O tabagismo é considerado pela Organização Mundial da Saúde (OMS) a principal causa de morte evitável no mundo. A OMS estima que um terço da população mundial adulta (2 bilhões de pessoas) seja fumante. Pesquisas comprovam que aproximadamente 47% de toda a população masculina mundial e 12% da feminina fumam (BRASIL, 2014).

A fumaça do cigarro tem mais de 4,7 mil complexos químicos que são substâncias tóxicas e cancerígenas. Esses complexos incluem alcatrão, arsênico, amônia, sulfito de hidrogênio, monóxido de carbono e cianeto hidrogenado. O alcatrão é composto de mais de 40 compostos cancerígenos. Já o monóxido de carbono (CO) em contato com a hemoglobina do sangue dificulta a oxigenação e, conseqüentemente, priva alguns órgãos do oxigênio, causando doenças como a aterosclerose (que obstrui os vasos sanguíneos). A nicotina é considerada pela OMS droga psicoativa que causa dependência e, ainda, aumenta a liberação de catecolaminas, que contraem os vasos sanguíneos, aceleram a frequência cardíaca, causando hipertensão arterial (ACT, 2015).

O tabagismo está relacionado a mais de 50 doenças. É responsável por 30% das mortes por câncer de boca, 90% das mortes por câncer de pulmão, 25% das mortes por doença do coração, 85% das mortes por bronquite e enfisema, 25% das mortes por derrame cerebral. Segundo a OMS, todo ano mais de cinco milhões de pessoas morrem por causa do cigarro no mundo. E, em 20 anos, esse número chegará a 10 milhões se o consumo de produtos como cigarros, charutos e cachimbos continuar aumentando (BRASIL, 2014).

O fumo passivo também sofre com os efeitos imediatos do tabaco e aumenta os riscos de doença. O fumante passivo pode sofrer com irritação nos olhos, manifestações nasais, tosse, cefaleia, aumento de problemas alérgicos, principalmente das vias respiratórias e aumento dos problemas cardíacos. Sete não fumantes morrem por dia em conseqüência do fumo passivo. O tabagismo passivo aumenta em 30% o risco para câncer de pulmão e 24% o risco para infarto e arteriosclerose (BRASIL, 2014).

Segundo o Instituto Nacional do Câncer (INCA), vinculado ao Ministério da Saúde, o tabaco também tem relação com a impotência sexual e infertilidade masculina, pois prejudica a mobilidade do espermatozoide. Os mesmos prejuízos também são atribuídos ao cachimbo e ao charuto. Apesar de não serem tragáveis, possuem uma concentração de nicotina maior, que é absorvida pela mucosa oral (ACT, 2015).

O tabaco é a segunda droga mais consumida entre os jovens, no mundo e no Brasil, devido às facilidades e estímulos para obtenção do produto, entre eles o baixo custo e a curiosidade pelo produto estimulada pela imitação do comportamento do adulto. Aproximadamente, 90% dos fumantes iniciaram seu consumo antes dos 19 anos de idade (ACT, 2015).

No Brasil, o tabagismo está em queda. Segundo o Vigitel (Vigilância de Fatores de Risco e Proteção para Doenças Crônicas por Inquérito Telefônico), em 2013, a prevalência de fumantes caiu para 11,3%. Esse número é três vezes menor que o índice de 1989, quando a pesquisa realizada pelo Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE) apontou 34,8% de fumantes na população. Em 2007, o índice abaixou para 16,4%. A meta do Ministério da Saúde é chegar a 9% até 2022 (BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2013).

O tabagismo é responsável por cerca de 200 mil mortes por ano no Brasil. Os cânceres de pulmão e laringe são os que mais matam no país. Em 2012, foram registrados 23.501 óbitos de câncer de pulmão e 4.339 de laringe (BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2013).

Um estudo da economista Márcia Pinto, 2005, divulgou que o poder público gasta com o tratamento de fumantes duas vezes mais do que arrecada com os impostos do cigarro, sem contar os prejuízos de empresas privadas. O cigarro provoca um prejuízo anual para o sistema público de saúde de, pelo menos, R\$ 338 milhões, o equivalente a 7,7% do custo de todas as internações e quimioterapias no País. Quase 8% dos gastos do sistema vão para doenças ligadas ao cigarro e são disponibilizados para hospitalizações e terapias quimioterápicas em pacientes de 35 anos ou mais, vítimas de 32 doenças comprovadamente associadas ao tabagismo (alguns tipos de câncer, problemas respiratórios e circulatórios). O estudo revelou que a terapia de um

paciente com câncer custa, em média, R\$ 29, mil. O tratamento de câncer do esôfago, R\$ 33,2 mil, e o de laringe, R\$ 37,5 mil. Se todos os casos novos desses três tipos de câncer causados pelo cigarro procurarem o sistema público, o gasto calculado é de R\$ 1,12 bilhão. (PINTO, 2005)

Em 1996, criou-se no Brasil uma lei federal número 9.294 que restringe o uso – e também a propaganda – de produtos derivados de tabaco em locais coletivos, públicos ou privados, com exceção às áreas destinadas para seu consumo, desde que isoladas e ventiladas. Porém, com o objetivo de se aproximar mais do artigo 8 da Convenção-Quadro para o Controle do Tabaco, estados e municípios têm elaborados leis que eliminam a presença dos fumódromos e proíbem o consumo de cigarros, charutos, cachimbos e cigarrilhas em bares, restaurantes, casas noturnas, escolas, áreas comuns de condomínios e hotéis, supermercados, shoppings etc. A fiscalização, aliada à aplicação de multas (previstas em lei) aos estabelecimentos e à adesão da população, tem feito com que as leis sejam, de fato, respeitadas (ACT, 2015).

De acordo com o PNCT 2014, o tratamento do tabagista apresenta ótimo custo-efetividade nos cuidados em saúde, principalmente relacionado às doenças crônicas. Diante disso, o Ministério da Saúde (MS) publicou, no dia 05 de abril de 2013, a Portaria GM/MS nº 571, que veio atualizar as diretrizes de cuidado à pessoa tabagista no âmbito da Rede de Atenção à Saúde das Pessoas com Doenças Crônicas do Sistema Único de Saúde (SUS) e dar outras providências. Esta portaria revoga a Portaria nº 1.035/GM/MS, de 31 de maio de 2004, e a Portaria SAS nº 442, de 13 de agosto de 2004 e, com isso, novas diretrizes relacionadas ao Programa Nacional de Controle do Tabagismo (PNCT) são estabelecidas, como quanto à adesão ao programa, programação de medicamentos e responsabilidades (INCA, 2014).

A Coordenação Nacional e a referência técnica do PNCT são de responsabilidade do Instituto Nacional do Câncer (INCA), que manterá o contato com as coordenações estaduais para organização e manutenção do programa (INCA, 2014).

O tratamento das pessoas tabagistas deve ser realizado prioritariamente nas Unidades Básicas de Saúde (UBS), devido ao seu alto grau de descentralização e capilaridade. A adesão das UBS deve ser realizada por meio do Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica. Para isso, os gestores

municipais de saúde devem acessar o sítio eletrônico www.saude.gov.br/dabe, através do sistema de adesão, em campo específico, devem optar por ofertar o tratamento do tabagismo à população assistida. Após optar pelo programa, o gestor deve indicar as equipes que ofertarão este tratamento (INCA, 2014).

Ingressar no PNCT-Tratamento do Tabagismo significa que o município e suas equipes de Atenção Básica assumem o compromisso de organizar e implantar as ações para o cuidado da pessoa tabagista. O tratamento inclui avaliação clínica, abordagem intensiva, individual ou em grupo e, caso necessário, terapia medicamentosa juntamente com a abordagem intensiva (INCA, 2014).

6) PROPOSTA DE INTERVENÇÃO

Quadro 1 – Operações sobre o “Nó crítico 1” relacionado ao problema “Tabagismo, na população sob responsabilidade da Equipe de Saúde da Família ESF Alex Fernandes de Resende, em Indianópolis, Minas Gerais

Nó crítico 1	Dificuldade para cessar o tabagismo devido vício provocado pela nicotina
Operação	Liberação de medicamentos, adesivos, gomas de mascar e terapia psicológica para os pacientes.
Projeto	Ajuda para cessar o tabagismo
Resultados esperados	Aumento do número de pessoas que conseguem vencer o tabagismo
Atores sociais/ responsabilidades	Médico: orientação e escolha do método que será usado para cada paciente Enfermeira: auxilia o paciente a conseguir o método e a usar ACS: avalia se o paciente está seguindo tudo o que foi passado corretamente e se está tendo sucesso Farmácia da prefeitura: libera as medicações necessárias para o projeto
Recursos necessários	Estrutural: local para atendimento (a própria ESF) Cognitivo: conhecimento sobre o tabagismo, pesquisa em materiais do Ministério da Saúde Financeiro: liberação da prefeitura para distribuir a medicação necessária
Responsáveis:	Primeiro ocorrerão os atendimentos com o médico, para se definir qual será a ajuda necessária para cessar o tabagismo. Após, a enfermeira irá auxiliar no início do uso desse método. A ACS irá, com o passar do tempo, avaliar como está a aderência e o andamento do tratamento. E a farmácia da prefeitura estará liberando as medicações de acordo com a demanda.

Cronograma / Prazo	Os atendimentos médicos ocorrerão de acordo com a demanda. A enfermeira irá auxiliar na primeira semana, e a ACS nos meses todos de tratamento.
Gestão, acompanhamento e avaliação	O acompanhamento será feito pelas ACS durante o tratamento. Após o uso das medicações, e quando o paciente se considerar livre do vício, haverá mais um atendimento médico para avaliação e acompanhamento contínuo da enfermeira e da ACS.

Fonte: Pacheco, 2015

Quadro 2 – Operações sobre o “Nó crítico 2” relacionado ao problema “Tabagismo, na população sob responsabilidade da Equipe de Saúde da Família ESF Alex Fernandes de Resende, em Indianópolis, Minas Gerais

Nó crítico 2	Desconhecimento dos malefícios do tabagismo
Operação	Orientação à população dos danos a saúde (em todos os sistemas) provocados pelo hábito de fumar.
Projeto	Malefícios do tabaco
Resultados esperados	Orientar 100% dos pacientes tabagistas da área de abrangência sobre as consequências do tabagismo para sua saúde.
Atores sociais/ responsabilidades	Médico: orientação acerca dos malefícios do tabaco Enfermeira: auxilia a orientação médica ACS: auxilia a orientação e distribui folhetos e materiais educativos
Recursos necessários	Estrutural: local para atendimento (a própria ESF) Cognitivo: conhecimento sobre o tabagismo Financeiro: liberação da prefeitura para distribuir materiais educativos
Responsáveis:	O médico orientará os pacientes em todas as consultas realizadas. A enfermeira e a ACS também orientarão em todas as

	oportunidades e visitas realizadas.
Cronograma / Prazo	Primeiro serão realizadas as consultas, e em um mês se faz a distribuição dos materiais educativos.
Gestão, acompanhamento e avaliação	O médico coordenará e acompanhará o desenvolvimento do projeto.

Fonte: Pacheco, 2015

Quadro 3 – Operações sobre o “Nó crítico 3” relacionado ao problema “Tabagismo, na população sob responsabilidade da Equipe de Saúde da Família ESF Alex Fernandes de Resende, em Indianópolis, Minas Gerais

Nó crítico 3	Familiares tabagistas
Operação	Orientar a população sobre a importância de que cada pessoa deve ter uma posição crítica e bem orientada a respeito da prática do tabagismo mesmo se tiverem familiares que tenham esse hábito.
Projeto	Orientar familiares
Resultados esperados	Reduzir a propagação do tabagismo como hábito familiar.
Atores sociais/ responsabilidades	Médico: orientação acerca dos malefícios do tabaco para familiares de tabagistas, e esclarecimento sobre os malefícios do fumo passivo Enfermeira: auxilia a orientação médica ACS: auxilia a orientação e distribui folhetos e materiais educativos
Recursos necessários	Estrutural: local para atendimento (a própria ESF) Cognitivo: conhecimento sobre o tabagismo passivo Financeiro: liberação da prefeitura para distribuir materiais educativos sobre o fumo passivo

Responsáveis:	O médico orientará todos os pacientes não tabagistas em todas as consultas realizadas sobre os perigos do tabagismo passivo, incentivando a ajuda aos familiares tabagistas, para que estes parem de fumar. A enfermeira e a ACS também orientarão em todas as oportunidades e visitas realizadas.
Cronograma / Prazo	Em um mês pretende-se orientar toda a população da ESF não tabagista com familiares tabagistas
Gestão, acompanhamento e avaliação	O médico coordenará e acompanhará o desenvolvimento do projeto.

Fonte: Pacheco, 2015

7) CONSIDERAÇÕES FINAIS

O tabagismo é um problema de saúde nacional e precisa ser combatido. Para isso, fazem-se necessárias intervenções para que a população tenha consciência disso e cesse o tabagismo. Este projeto tem a intenção de conscientizar ao menos a população abrangente da ESF Alex Fernandes de Resende, para que se reduzam as taxas alarmantes do tabagismo na região.

Os profissionais de saúde inseridos no contexto da atenção básica devem fornecer informações, apoio psicológico e tratamentos para diminuir a ansiedade e o consumo de tabaco. Entre os profissionais responsáveis profissionais pela promoção da saúde destacam-se o médico, o enfermeiro e o ACS, visto que nas equipes de saúde esses profissionais estão envolvidos na promoção de ações educativas na comunidade.

Quando atividades propostas como nesse projeto são desenvolvidas, é possível reconhecer as implicações na transformação dos sujeitos envolvidos no processo de educação em saúde. A realidade observada e vivenciada no campo de prática sugere a falta de informação da população acerca dos malefícios do tabaco, fator que contribui para os altos índices de fumantes na região. Então, torna-se imprescindível a realização de campanhas que divulguem informações sobre o tabagismo, bem como o auxílio médico aos usuários do tabaco com vistas a diminuir a incidência de fumantes. O profissional de saúde tem o importante papel de advertir a população sobre os malefícios do cigarro, pensando e atuando com estratégias diferenciadas que alcancem resultados positivos.

A ESF Alex Fernandes de Resende possui um alto índice de tabagistas, e o projeto irá intervir para diminuir esse índice. O trabalho de conscientização de toda a população tabagista e com familiares tabagistas irá mostrar bem a necessidade do fim desse vício. E, ainda, o auxílio com consultas e medicações, se necessário, para cessar o tabagismo, será de extrema ajuda para os tabagistas. Portanto, espera-se que com essa intervenção o índice de tabagistas diminua drasticamente na população adscrita à ESF.

REFERÊNCIAS

ALIANÇA DE CONTROLE DO TABAGISMO (ACT). **Tabagismo em números**. 2015. Disponível em: <<http://www.actbr.org.br/tabagismo/numeros>>. Acesso em: 27 de agosto de 2015.

BRASIL. Ministério da Saúde. DATASUS. CNES. **Ficha de estabelecimento**. Disponível em: <http://cnes.datasus.gov.br/Exibe_Ficha_Estabelecimento.asp?VCo_Unidade=3130707528175>. Acesso em 26 de abril de 2015.

BRASIL. **Cigarro mata mais de 5 milhões de pessoas, segundo OMS**. 2014. Disponível em: <<http://www.brasil.gov.br/saude/2014/08/cigarro-mata-mais-de-5-milhoes-de-pessoas-segundo-oms>>. Acesso em: 27 de agosto de 2015.

BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. Secretaria de Vigilância em Saúde. **Vigitel Brasil 2013: vigilância de fatores de risco e proteção para doenças crônicas por inquérito telefônico** / Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde. – Brasília: Ministério da Saúde, 2014.

CAMPOS *et al.* **Planejamento e avaliação das ações em saúde**. 2ª ed. Belo Horizonte: Nescon/UFMG, Coopmed, 2010.

CAVALCANTE, T. M. O controle do tabagismo no Brasil: avanços e desafios. **Revista Psiquiatria Clínica**. v. 32, n. 5, p. 283-300, 2005. Disponível em:

<<http://www2.inca.gov.br/wps/wcm/connect/3297bb0047df1f69870ecf9ba9e4feaf/artigo-controle-do-tabagismo-no-brasil-avancos-desafios.pdf?MOD=AJPERES&CACHEID=3297bb0047df1f69870ecf9ba9e4feaf>>.

Acesso em: 14 de junho de 2015.

IBGE. **Indianópolis**-MG. Disponível em:

<<http://www.cidades.ibge.gov.br/painel/historico.php?lang=&codmun=313070&search=|jndianopolis>>. Acesso em 26 de abril de 2015.

INCA. **Tabagismo**: um grave problema de saúde pública. Rio de Janeiro/RJ; ed. 1; 2007.

INCA. Programa Nacional de Controle do Tabagismo, 2014. Disponível em:

<http://www1.inca.gov.br/inca/Arquivos/tire_duvidas_pnct_2014.pdf>. Acesso em: 29 de agosto de 2015.

PINTO, Márcia. **Os custos de doenças tabaco-relacionadas para o Sistema Único de Saúde**. Cad. Saúde Pública, Rio de Janeiro, v. 26, n. 6, 2010. Disponível em:

<http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2010000600016>.

Acesso em: 29 de agosto de 2015.