

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

**JOSÉ ALVIM COTTA CHAVES**

**PROPOSTA DE INTERVENÇÃO SOBRE O TABAGISMO NA EQUIPE  
SAÚDE PREVENTIVA NO MUNICÍPIO DE SÃO TIAGO - MG**

**JUIZ DE FORA - MG**

**2015**

**JOSÉ ALVIM COTTA CHAVES**

**PROPOSTA DE INTERVENÇÃO SOBRE O TABAGISMO NA EQUIPE  
SAÚDE PREVENTIVA NO MUNICÍPIO DE SÃO TIAGO - MG**

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

Orientadora: [a](#): Prof.[a](#). Virgiane Barbosa de Lima

**JUIZ DE FORA - MG**

**2015**

**JOSÉ ALVIM COTTA CHAVES**

**PROPOSTA DE INTERVENÇÃO SOBRE O TABAGISMO NA EQUIPE  
SAÚDE PREVENTIVA NO MUNICÍPIO DE SÃO TIAGO - MG**

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

**BANCA EXAMINADORA**

Profa. Virgiane Barbosa de Lima (orientadora)

Profa. Fernanda Magalhães Duarte Rocha

Aprovado em Belo Horizonte, em \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_

## **DEDICATÓRIA**

Dedico este trabalho a toda população do município de São Tiago. Espero ter contribuído para a recuperação e promoção da saúde de vocês!

## **AGRADECIMENTOS**

Agradeço primeiramente a Deus por ter me conduzido até aqui. À minha querida família pelo apoio incondicional e força nos momentos de dificuldades! À toda equipe de Estratégia de Saúde da Família do município de São Tiago e principalmente à população de São Tiago que me acolheu e incentivou a realizar o presente trabalho.

“Não é no silêncio que os homens se fazem, mas na palavra, no trabalho, na ação-  
reflexão”

Paulo Freire.

## RESUMO

A ausência de um grupo voltado à população para abordagem e tratamento do tabagismo foi um dos problemas de saúde elencados a partir da caracterização e dos meses de ambiência na unidade de saúde do município de São Tiago, Minas Gerais. O tabagismo pode contribuir para a ocorrência de diversas doenças, como as do aparelho cardiovascular, respiratório e as neoplasias e evidências científicas demonstram que o grupo de tabagismo representa uma tentativa de sucesso na redução do hábito de fumar dentre a população. O presente trabalho objetivou construir um plano de intervenção para a implantação de um grupo para abordagem e tratamento do tabagismo em uma Unidade de Atenção Primária à Saúde, com vistas a alcançar promoção da saúde e prevenção de agravos relacionados ao tabagismo. A metodologia utilizada foi uma [revisão](#) integrativa da literatura com levantamento bibliográfico retrospectivo dos últimos 10 anos (2005-2014) na Biblioteca Virtual de Saúde e manuais e linhas guias do Ministério da Saúde (Brasil) e os 10 passos do Planejamento Estratégico Situacional de Saúde. O desenvolvimento do plano de intervenções possibilitou aprendizado para toda a equipe de trabalho da unidade de saúde e, sobretudo oportunidade para a população receber abordagem e tratamentos sistematizados para o tabagismo.

**Palavras-chave:** Hábito de Fumar. Educação em Saúde. Atenção Primária à Saúde

## ABSTRACT

The absence of a group focused on the people to approach for smoking cessation was one of the health problems listed from the characterization and months of ambience in the health unit in São Tiago, Minas Gerais. Smoking can contribute to the occurrence of various diseases, such as cardiovascular, respiratory and cancer, and scientific evidence shows that smoking group represents an attempt to success in reducing smoking among the population. This study aimed to build an action plan for the implementation of a group to approach for smoking cessation in a Unit of Primary Health Care, in order to achieve health promotion and disease prevention related to smoking. The methodology used was an integrative literature review and retrospective literature review of the last 10 years (2005-2014) in the Virtual Health Library and manuals and guidelines of the Ministry of Health (Brazil) and the 10 steps of Health Situational Strategic Planning. The development of interventions plan enabled learning for the whole of the health unit work team and especially opportunity for the population receiving systematic approach and treatments for smoking cessation.

**Key words:** Smoking. Health Education. Primary Health Care

## LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

APAE	Associação de Pais e Amigos dos Excepcionais
BVS	Biblioteca Virtual em Saúde
DATASUS	Departamento de Informática do Sistema Único de Saúde
ESF	Estratégia de Saúde da Família
IBGE	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística.
IDH	Índice de Desenvolvimento Humano
INCA	Instituto Nacional do Câncer
Medline	National Library of Medicine's
PES	Planejamento Estratégico Situacional
SARGSUS	Sistema de Apoio ao Relatório de Gestão
SciELO	Scientific Electronic Library Online
SIAB	Sistema de Informação da Atenção Básica
SIOPS	Sistema de Informação sobre Orçamentos Públicos em Saúde
SUS	Sistema Único de Saúde
UBS	Unidade Básica de Saúde

## SUMÁRIO

1.INTRODUÇÃO.....	12
2.JUSTIFICATIVA.....	19
3. OBJETIVO.....	20
4. METODOLOGIA.....	21
5. REVISÃO BIBLIOGRÁFICA.....	22
5.1Histórico.....	23
5.2 O cigarro: sua toxicidade e dependência.....	24
5.3 Consequências nocivas do tabagismo.....	26
5.4 Os desafios e conquista do Brasil frente ao Tabagismo.....	28
5.5 Etapas necessárias para criação de um grupo de tabagismo na atenção primária à saúde.....	32
6. PLANO DE INTERVENÇÕES.....	35
7. CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	43
REFERÊNCIAS.....	44

## LISTA DE ILUSTRAÇÕES

### QUADROS

<b>Quadro 1:</b> Lista de aditivos do cigarro e o seu uso mais conhecido	24
<b>Quadro 2:</b> As principais ações do PNCTOFR quanto à regulação do mercado	30
<b>Quadro 3:</b> Principais abordagens Cognitivo-comportamentais utilizadas no processo de cessação de fumar. São Tiago Dez/2014	33
<b>Quadro 4:</b> Priorização dos desafios relacionados à atenção primária à saúde segundo município de São Tiago-MG.	36
<b>Quadro 5:</b> Nós críticos, Operação/projeto, produtos e recursos necessários.	38
<b>Quadro 6: Quadro 6:</b> Etapas do plano de ações.	39
<b>Quadro 7:</b> Planilha de acompanhamento das operações/projetos	40

## 1 INTRODUÇÃO

São Tiago é um município mineiro que possui 10.561 habitantes e está localizado na mesorregião do Campo das Vertentes e a aproximadamente 200 quilômetros da capital Belo Horizonte, sendo que seu acesso facilitado pelas rodovias BR-381 e BR-494, fazendo limites com Ritópolis, Conceição da Barra de Minas, Nazareno, Bom Sucesso, Oliveira e Resende Costa. O município encontra-se subdividido em 01 distrito denominado Mercês de Água Limpa, 01 vila (São Pedro das Carapuças) e 15 povoados, que são: Cachoeirinha, Cajengá, Capão das Flores, Córrego Fundo, Florinda, Fundo da Mata, Germinal, Içara, Jacaré, Jorge, Melos, Patrimônio, Pau Lavrado, Prata e Tatu. Assim, o povoado, que originou o município, foi fundado por bandeirantes espanhóis no ano de 1750, e seus primeiros habitantes teriam se fixado no local em busca do ouro e ao redor da capela construída em homenagem ao santo na Fazenda das Gamelas situada entre os rios do Peixe e Jacaré.

A partir 1802, já encontravam - se distribuídos os arraiais da Vila de São José e em 1820 foi construída a Igreja do Rosário que de acordo com um documento eclesiástico, em 1849 as igrejas do distrito de São Tiago foram anexadas à freguesia de São João Del Rei (Tiradentes), sendo que em 27 de dezembro de 1948, foi criado o município, como território desmembrado de Bom Sucesso

As atividades agropecuárias foram os motivos da ocupação e do desbravamento da região que na atualidade é o município de São Tiago, cujo nome foi dado em homenagem a São Tiago, Santo da devoção dos primitivos moradores do povoado

De acordo com o Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), no ano de 2014 a população de São Tiago totaliza 10.561 habitantes, numa área total que corresponde a 572,40 Km<sup>2</sup>, e com uma densidade demográfica de 18,5 hab./km<sup>2</sup>. Já o Índice de Desenvolvimento Humano (IDH) é de 0,662 e cada domicílio particular tem como valor do rendimento médio mensal permanente por situação do domicílio rural é de 1.508,51 e do urbano é de 1.547,00 reais. Sua renda média domiciliar per capita em 2010 foi de 478,90 sendo o valor de referência utilizado foi o salário mínimo daquele ano, onde o valor foi de R\$ 510,00. Além disso, a proporção de moradores abaixo da linha de pobreza encontra-se em 35,82% e a população do

Município vive com uma renda abaixo de meio salário mínimo corresponde a 3.773 pessoas, outras 1.061 tem uma renda abaixo de 25% do salário mínimo.

As principais atividades econômicas desenvolvidas no município de São Tiago são a agropecuária e a indústria extrativa de minerais. A pecuária encontra-se dividida em produção leiteira e a cria de novilhos para o abate. Já no setor de mineração, estão presentes reservas de minério de ferro, manganês, bauxita e tantalita. Já no setor agrícola é significativa a produção de milho, arroz, café, mandioca, dentre outros (SARGSUS, 2013). Outro setor que aquece a economia é a habilidade para fazer quitandas, que é uma tradição que acompanha a trajetória do município. Por esta razão, recentemente a indústria de produção de biscoitos se consolidou assumindo importante papel na economia local, o que conferiu a São Tiago o título de “terra do café com biscoito”. O resultado da tradição rendeu cerca de setenta fábricas de biscoitos que empregam aproximadamente 2500 pessoas direta ou indiretamente, numa produção de aproximadamente 200 toneladas por mês.

Outras atividades que devem ser destacadas são os setores de comércio e de prestação de serviços que conta com empresas diversificadas, sendo composto por: farmácias, açougues, lojas de eletrodomésticos e eletroeletrônicos, armarinhos, materiais de construção, restaurantes, bares, posto de combustível, floricultura, loja de pesca, distribuidoras de bebidas, água e gás, lojas de componentes de informática e oficinas mecânicas (SARGSUS, 2013).

Aproximadamente 75% da população economicamente ativa recebem até 02 salários mínimos mensais. Cabe ressaltar que a maioria da população trabalhadora faz parte do mercado informal, sendo que, um grande número destes trabalhadores

Em relação ao setor de educação, no município existem 13 escolas de nível Fundamental e Médio onde três delas estão localizadas na sede do município, uma no distrito e nove na zona rural. No mesmo setor, para prestar serviço à população, São Tiago conta com uma escola de educação especial, mantida pela Associação de Pais e Amigos dos Excepcionais (APAE). Além disso, a população do município conta com igrejas, creches, escolas e um asilo, denominado Albergue São Francisco de Assis, além de outras instituições de assistência social e outras modalidades de assistência.

Em busca de maiores informações sobre a situação da saúde em São Tiago, uma das fontes utilizadas foi o Sistema de Informação da Atenção Básica (SIAB), e nele observou-se que no município existem maior número de pessoas do sexo masculino em relação às do sexo feminino. As demais informações observadas no setor da saúde e segundo dados do Departamento de Informática do Sistema Único de Saúde (DATASUS), no ano de 2012 já consolidados pela Secretaria de Estado de Saúde de Minas Gerais e Sistema de Informação de Mortalidade municipal, o total de óbitos não fetais no ano de 2012 foi de 61 óbitos, conforme capítulos descritos a seguir (em ordem de valores): 1ª - Doenças do Aparelho Circulatório: 12 óbitos; 2ª - Doenças do aparelho Respiratório: 12 óbitos; 3ª - Doenças Endócrinas Nutricionais e Metabólicas: 10 Óbitos; 4ª - Neoplasias (tumores/CA): 08 e os demais por outras causas (DATASUS, 2012).

O município de São Tiago investiu grande parte dos recursos próprios no setor de saúde, em 2012, repassando R\$2.726.371,06 para a atenção básica, que deve ser a preocupação do gestor municipal (Sistema de Informação sobre Orçamentos Públicos em Saúde – SIOPS, 2014).

O Governo Federal repassou ainda recursos para execução de serviços no setor de Vigilância em Saúde, Assistência Farmacêutica e Bloco de Investimentos na Rede de Serviços de Saúde, no total de R\$114.701,75 (SIOPS, 2014). A maioria dos recursos investidos em saúde são oriundos de recursos próprios do município, de impostos e/ou outras receitas.

As despesas totais por habitante/ ano, em São Tiago ficou em R\$427,51 (Quatrocentos e vinte sete reais e cinquenta e um centavos) no ano de 2012. Considera-se um alto valor aplicado, quando se verifica que a nível estadual e federal, os recursos repassados por estas esferas de governo não são (SIOPS, 2014).

São Tiago aplicou 24,62% dos seus recursos em saúde, quase o mesmo nível de investimento obrigatório mínimo para os municípios da federação aplicados na educação, que é 25% das receitas (SIOPS, 2014).

As ações de assistência hospitalar e ambulatorial ficaram com 26,91% dos recursos recebidos, principalmente repassados através de convênio municipal ao Hospital São Vicente de Paulo. Suporte profilático e terapêutico, Vigilância Epidemiologia, Alimentação e Nutrição e outros ficaram com 4,28% dos recursos

gastos. O município aplicou 24,62% de suas receitas em saúde. A dotação inicial (Orçamento em Saúde 2012) foi de R\$3.618.190,00 e foi liquidado (de Janeiro a Dezembro de 2012), o valor de R\$4.535.436,52. Resto a pagar não processados ficou em R\$1.829,74 (SIOPS, 2014).

No município de São Tiago, para prestar atenção à saúde à população, existem três unidades de Estratégia de Saúde da Família (ESF) que são reconhecidas por: ESF Saúde Preventiva (Posto Cerrado), ESF Cidadão Saudável (Posto Mercês de Água Limpa) e ESF Grupo Integração (Posto Cruzeiro). Além disso, para complementar o cuidado proporcionado pela equipe existe um Centro Odontológico e uma unidade Centro Odontológico de Mercês de Água Limpa (SARGSUS, 2013).

Os profissionais do sistema único de saúde se constituem em um total de 104 profissionais, sendo que 72 são profissionais da Secretaria Municipal de Saúde de São Tiago-MG, e 05 vinculados ao Estado de Minas Gerais/ Secretaria de Estado de Saúde de Minas Gerais. 27 Profissionais são vinculados ao Hospital São Vicente de Paulo. Os dados foram obtidos no Sistema de Cadastro de Estabelecimentos de Saúde – CNES. A carga horária em média de 40 horas semanais.

Os atendimentos que não são realizados em São Tiago são referenciados para especialistas em outras cidades como, por exemplo, São João Del Rei, Divinópolis, Oliveira, Belo Horizonte e Juiz de Fora (SARGSUS, 2013).

São Tiago possui somente um hospital onde são atendidos os serviços de média e alta complexidade, assim, quando necessário os pacientes são referenciados para municípios vizinhos. O sistema de referência para os hospitais pode ser por encaminhamento da unidade básica de saúde (UBS) ou pela porta de entrada do serviço de emergência do hospital, onde o sistema de contra referência, pode ser classificado como efetivo entre o mesmo e a UBS, sendo que se houver indicação de continuação do tratamento a equipe de saúde consegue seguir as orientações pós alta do paciente que esteve internado. O mesmo já não acontece, quando a internação é realizada no município vizinho, havendo prejuízo no acompanhamento da recuperação do usuário, exceto quando o familiar do mesmo entra em contato com a equipe de saúde.

Segundo os dados do SIAB (2014), o número aproximado de famílias acompanhadas em dezembro de 2013 foi 3.467.

A Unidade Básica de Saúde na qual estou alocado é denominada Saúde Preventiva, conhecida pela população como Posto Cerrado e está localizada na Avenida Governador Magalhães Pinto, nº:164, bairro Cerrado e funciona no modelo de Estratégia de Saúde da Família (ESF), possuindo fácil acesso para a população, por sua localização ao lado do hospital, na região central da cidade.

Com horário de funcionamento 07 às 11 horas e de 13 às 17 horas, de segunda a sexta-feira, a equipe Saúde Preventiva, funciona numa estrutura física bastante organizada e planejada. A manutenção dos aparelhos está sempre em dia inclusive em relação à pintura transformando o local num ambiente agradável para os usuários garantindo aos profissionais segurança e facilidade no exercício profissional. A UBS é composta por: 03 consultórios médicos, 01 consultório de ginecologia, 02 consultórios de enfermagem, 01 sala de curativo, 01 sala destinada à realização de eletrocardiograma, 01 sala ampla para realização de reuniões da equipe e grupos educativos equipada com 01 televisão e 01 data show, 02 banheiros para os usuários e 02 para os funcionários, recepção com balcão para atendimento e sala de espera com cadeiras e bebedouro para os usuários e 01 copa para uso dos funcionários.

A unidade comporta 02 equipes, ambas com 01 enfermeiro, 01 médico, 02 técnicos de enfermagem e 04 agentes de saúde, além disso também trabalham na unidade de saúde 01 faxineira e 01 segurança. A equipe em que estou alocado atende 847 famílias e é denominada Equipe Centro.

Dentre os pontos facilitadores do processo de trabalho está o fato de atualmente a equipe estar completa, integrada, com boa relação interpessoal entre os membros e aberta às novas idéias e propostas. Já como fatores dificultadores tem-se: atendimento voltado à demanda espontânea e as afecções agudas, devido à resistência por parte dos profissionais e usuários; demanda espontânea não organizada, dificultando o trabalho da equipe; atividades preventivas e grupos educativos sendo realizados de forma insuficiente, comprometendo a prática de prevenção e promoção da saúde e a alta rotatividade de profissionais fazendo com as ações propostas não tenham continuidade. Cada situação desta vem comprometendo as ações de promoção da saúde e prevenção de agravos, incluindo a realização de grupos educativos para orientação da comunidade.

Para contribuir com a formação dos profissionais que querem trabalhar na estratégia de saúde da família, o Curso de Especialização Estratégia em Saúde da família (CEESF), oferece algumas disciplinas que contribuem com o modelo assistencial proposto, o processo de trabalho articulado pela equipe e particularmente, no caso desta intervenção, através da disciplina planejamento e avaliação das ações em saúde, torna-se possível se obter de forma sintética ferramentas para reorganizar o serviço em saúde. Através do módulo de Planejamento e avaliação das ações em saúde, foi proposto um diagnóstico situacional do território sob responsabilidade da equipe Centro, onde utilizando o Planejamento estratégico situacional foi possível propor esta intervenção.

Pela análise situacional realizada pela equipe, foi possível relacionar os principais problemas de saúde que reduzem a qualidade de vida dos usuários. As principais doenças crônicas que são atendidas pela equipe são Hipertensão e Diabetes. Já as principais doenças agudas atendidas diariamente que devem ser destacadas, são: viroses, doenças infecciosas do trato respiratório (amigdalite, sinusite, pneumonia), dores osteomusculares e articulares e o tabagismo; o qual foi constatado através da observação ativa, consultas médicas na UBS e pelo ritmo de vida da população. Acredita-se que o tabagismo seja de alta prevalência entre estes usuários devido à falta de ações que consigam transmitir de forma efetiva informações de saúde que abordem a temática e suas consequências para saúde.

Pela impossibilidade da equipe resolver todos os problemas acima simultaneamente, considerando a capacidade de enfrentamento, relevância e governabilidade da equipe, este trabalho, propõe realizar uma proposta de intervenção, abordando o tabagismo tanto pela relevância do assunto na sociedade e na saúde pública, quanto sobre a qualidade de vida das pessoas.

A caracterização prévia do município, da população e dos serviços de saúde proporcionam uma ferramenta para subsidiar intervenções compatíveis com a realidade local, bem como o reconhecimento dos nós críticos e dos pontos facilitadores do processo.

Para melhorar a qualidade de vida do usuário adscrito na equipe Centro, foi proposto à implementação de um grupo para abordagem e tratamento do tabagismo. Com vistas a: adoção de uma conduta uniforme por parte dos profissionais de saúde; tratamento clínico compatível com o problema; abordagem individual e em

grupo para tratamento dos usuários; prevenção de inúmeras doenças, como por exemplo, as respiratórias, cardiovasculares e neoplásicas; diminuição dos casos de recaídas; diminuição da dependência da nicotina e a possibilidade de adoção de hábitos de vida saudáveis por parte dos indivíduos (INCA, 2013).

Atualmente não há um órgão responsável, no município, pela capacitação da equipe de saúde para prestar cuidados ao usuário tabagista. A capacitação tem sido realizado por iniciativa dos próprios funcionários da unidade de saúde, baseada em manuais do Ministério da Saúde, e demais buscas na literatura científica.

O Núcleo de Atenção a Saúde da Família (NASF) oferece apoio multidisciplinar através da disponibilidade de educador físico, nutricionista e dentista. O Centro Regional de Assistência Social (CRAS) também auxilia nas ações realizadas pela equipe Centro, através do trabalho do serviço social em conjunto com os demais profissionais do NASF e da unidade de saúde.

Atualmente o município não possui Centro de Atenção Psicossocial (CAPS) para completar serviços de psicologia e psiquiatria. E as medicações relacionadas ao tratamento do tabagismo são organizadas e dispensadas pela gerência da própria unidade de saúde em que estou alocado.

O município oferece ainda alguns recursos que podem atuar como apoio para a realização do presente plano de ações para padronizar a abordagem ao usuário tabagista, sendo eles: Secretaria de Saúde e de Educação, associações de bairro, conselho municipal de saúde e igrejas.

## 2 JUSTIFICATIVA

Dentre os problemas elencados a partir da caracterização da região e da população e aos meses de ambiência na unidade de saúde, destacou-se a ausência de ações de prevenção voltadas à população para abordagem e tratamento do tabagismo.

O tabagismo pode contribuir para a ocorrência de diversas doenças, como as do aparelho cardiovascular, respiratório e as neoplasias e evidências científicas demonstram que o grupo de tabagismo representa uma tentativa de sucesso na redução do hábito de fumar dentre a população.

Apesar dos problemas e dificuldades enfrentadas pelas equipes de saúde, repensar uma estratégia para abordagem do tabagismo dentro da atenção primária se traduz como uma possibilidade de redução de impactos sociais e econômicos. E se constitui em responsabilidade da equipe de saúde.

Este trabalho se justifica pela necessidade de implantar abordagens para a prevenção e o tratamento do tabagismo, que está relacionado a uma ampla gama de doenças que podem acometer o indivíduo com hábito de fumar. Outro fato considerado importante é o de não existir este tipo de trabalho em uma Unidade de Atenção Primária à Saúde (UAPS) no Município de São Tiago e ainda pelo tabagismo ser considerado um importante problema de saúde pública.

### **3 OBJETIVO**

Construir um plano de intervenção para reduzir o número de tabagistas na equipe saúde preventiva, no município de São Tiago (MG), com vistas a alcançar promoção da saúde e prevenção de agravos relacionados ao tabagismo.

## 4 METODOLOGIA

Para o desenvolvimento do plano de intervenção foi utilizado o Método do Planejamento Estratégico Situacional - PES e uma Revisão de literatura.

O PES é método de gerenciar de forma sistematizada o planejamento de ações. Ele está organizado em 10 passos, a saber: definição dos problemas; priorização dos problemas; descrição do problema selecionado; explicação do problema; seleção dos nós críticos; desenho das operações; identificação dos recursos críticos; análise de viabilidade do plano; elaboração do plano operativo e gestão do plano (CAMPOS; FARIA; SANTOS, 2010).

A escolha do PES para desenvolvimento do plano de intervenções deveu-se ao fato das etapas, quando seguidas corretamente, garantem: a compreensão de como nasce e como se desenvolvem os problemas em saúde, planejar ações capazes de agir na causa dos problemas, análise da viabilidade política das operações e ataque dos problemas na prática, com operações planejadas (CAMPOS; FARIA; SANTOS, 2010).

Levantamento bibliográfico retrospectivo dos últimos 11 anos (2004-2014), por meio do banco de dados da Biblioteca Virtual em Saúde (BVS), utilizando os descritores: Hábito de Fumar. Educação em Saúde. Atenção Primária à Saúde. Além disso foi realizado um levantamento de dados dentre os manuais e linhas guias do Ministério da Saúde. Verificando então o que foi publicado em relação ao planejamento e implantação de grupos de tabagismo na atenção primária.

## 5 REVISÃO BIBLIOGRÁFICA

A história recente da Saúde Pública brasileira tem sido descrita com o movimento da reforma sanitária, cujo marco fundamental foi a VIII Conferência Nacional de Saúde, realizada em 1986. Nela foram deliberados os princípios e diretrizes incorporados na Política Nacional de Saúde, aprovados na Constituição de 1988. Demarca-se, legalmente, um novo modelo de atenção à saúde, em substituição ao existente (PAIM et al., 2011).

Modelo de atenção à saúde é a forma de organização das relações entre sujeitos (profissionais de saúde e usuários) mediadas por tecnologia (materiais e não materiais) utilizadas no processo de trabalho em saúde, cujo propósito é intervir sobre problemas (danos e riscos) e necessidades sociais de saúde historicamente definidas (COSTA et al., 2012).

O atual modelo de atenção à saúde inclui elementos de diferentes modelos, ao propor ações de promoção, proteção, recuperação e reabilitação, tanto ao indivíduo, quanto à família e comunidade, por meio de serviços assistenciais (ambulatoriais, hospitalares e de apoio diagnóstico), quanto de vigilância em saúde (ambiental, epidemiológica e sanitária) (PAIM et al., 2011; COSTA et al., 2012).

Neste contexto é criado o modelo de atenção básica à saúde que é composto dentre outros recursos pela Estratégia de Saúde da Família, que se constitui em marco operacional rumo à transformação do modelo assistencial brasileiro (PAIM et al., 2011; COSTA et al., 2012). A ESF visa a reversão do modelo assistencial curativo, alterando o foco a família, comunidade e com ações voltadas para a prevenção e promoção da saúde através de medidas de baixa complexidade (COSTA et al., 2012).

A educação em saúde é vista como um instrumento auxiliar no alcance da metas propostas pela ESF (PAIM et al., 2011; COSTA et al., 2012). Sua concepção teórica valoriza o saber do outro, entendendo que o conhecimento é um processo de construção coletiva. É um recurso que tem sido utilizado pelos serviços, visando a um novo entendimento das ações de saúde como ações educativas (NUNES, 2013).

Sendo a atenção básica o *locus* onde prioritariamente devem ser desenvolvidas ações de educação em saúde, e sendo o ESF hoje a principal

estratégia para a reorientação do modelo assistencial, pode-se considerar este como um ambiente favorável ao desenvolvimento da educação em saúde (NUNES, 2013).

Os órgãos gestores nacionais enfatizam a importância das atividades educativas no âmbito da ESF, dentre essas atividades incluem-se as de caráter individual e coletivo. O desenvolvimento de grupos educativos tem sido práticas recorrentes e com estudos comprovando sua eficácia (PAIM *et al.*, 2011; COSTA *et al.*, 2012).

Sendo assim, o desenvolvimento de planos de ações de caráter educativo e reabilitatório, em âmbito da atenção básica à saúde, para abordagens de doenças crônicas e hábitos de vida que ofereçam risco à saúde, como o tabagismo, se mostra como uma estratégia importante para a prevenção de agravos e redução de morbimortalidade da população (LUCCHESI *et al.*, 2013).

## 5.1 Histórico

Há milhares de anos o tabaco é utilizado nas Américas, quer seja por propósitos culturais ou sociais. Dentro da cultura indígena é comumente presente em rituais religiosos, sobretudo entre os chefes espirituais como forma de exercer poder e autoridade. Nas sociedades modernas a busca é pelo prazer social em decorrência de seus efeitos estimulantes (PEREIRA *et al.*, 2014).

Ainda de acordo com o mesmo autor, no período pós-revolução industrial a produção de cigarros se inseriu no mercado através do forte estímulo de propagandas. Estas associavam sempre o hábito de fumar a um padrão de vida elevado e consolidavam assim um estereótipo que influenciou especialmente os mais jovens.

Atualmente, segundo a Organização Mundial de Saúde (OMS) um bilhão e 200 milhões de pessoas no mundo com 15 anos de idade ou mais, são fumantes. O que equivale a dizer que um terço da população com 15 anos ou mais faz uso do tabaco. Em uma análise por gênero, a OMS indica que cerca de 47% dos homens e 12% das mulheres, com 15 anos ou mais, fumam (Organização Mundial de Saúde *apud* BRASIL, 2013).

Considerada como a principal causa de morte evitável no mundo, sendo responsável por aproximadamente seis milhões de óbitos anuais, o tabagismo é

classificado como um problema de saúde pública com importante impacto social, econômico e de saúde (DANTAS, 2013).

Segundo estimativas da OMS, as doenças causadas pelo uso do tabaco geram cinco milhões de mortes por ano no mundo inteiro, o equivalente a 10 mil mortes por dia. E as previsões para 2030 são de um aumento para 10 milhões de mortes anuais, caso os índices de consumo não sejam reduzidos (Organização Mundial de Saúde apud BRASIL, 2013).

No Brasil o tabagismo vem sendo controlado desde 1989 por estratégias governamentais que são consideradas de referência mundial. O programa vigente atual é denominado Programa Nacional de Controle do Tabagismo e Outros Fatores de Risco de Câncer (PNCTOFR) e trata-se de uma iniciativa do Ministério da Saúde (MS) por meio do Instituto Nacional de Câncer (INCA). O objetivo geral do PNCTOFR é reduzir o consumo de tabaco entre a população brasileira e consequentemente reduzir as morbimortalidades relacionadas ao cigarro (DA SILVA *et al.*, 2014).

## 5.2 O cigarro: sua toxicidade e dependência

O cigarro é composto por 4800 elementos e a sua produção envolve diversos processos químicos e a adição de vários produtos conhecidos, mas que em geral não estão associados ao cigarro (**Quadro 1**).

**Quadro 1:** Lista de aditivos do cigarro e o seu uso mais conhecido. São Tiago, Dez/2014.

<b>Componentes (aditivos)</b>	<b>Uso mais conhecido</b>
Amônia	Produtos para desinfetar banheiros
Acetona	Também usada para remover esmaltes e tintas
Arsênico	Inseticida, também nocivo para seres humanos
Cianeto	Veneno usado em câmaras de gás durante a segunda guerra mundial
Tolueno	Solvente industrial
Butano	Usado como gás de isqueiro
Monóxido de carbono	Gás tóxico emitido na fumaça de carros

DDT	Inseticida
Naftalina	Produto que usamos para matar traças e baratas
Cadmium	Usado em baterias de carro

**Fonte:** Brasil. Secretaria Nacional de Políticas sobre Drogas, 2013.

Somado a estes aditivos existem os componentes que são exclusivos do cigarro, é o caso do alcatrão e da nicotina (BRASIL, 2013).

A nicotina é o principal componente psicoativo do cigarro e leva ao: aumento da energia física, coordenação, relaxamento muscular e sensação de bem estar. Ao alcançar o sistema nervoso central, em apenas alguns segundos ela causa reforços positivos com melhora do prazer e pontencialização da memória. Além disso leva à redução do apetite e da ansiedade (DANTAS, 2013).

Porém como seus efeitos são rápidos e transitórios ela é considerada uma droga com alto poder de dependência, sendo que mais de 85% daqueles que fumam o fazem diariamente (BRASIL, 2013).

A cada cigarro fumado leva-se para o cérebro de um a dois miligramas de nicotina que é absorvida rapidamente gerando uma descarga de adrenalina, que por sistema de recompensa eleva os níveis de dopamina. Além de induzir ao vício, a nicotina leva à crises de abstinência provocando alteração do sono e do humor, aumento do apetite e dificuldades de concentração (PEREIRA et al, 2014).

A dependência em relação à nicotina é tão significativa que associada ao tratamento cognitivo-comportamental para o combate ao tabagismo, associa-se tratamento farmacológico que visa redução da sensação de “fissura” (PEREIRA et al, 2014).

Passadas 24 horas sem uso do cigarro o indivíduo pode apresentar sinais de humor disfórico, depressão, irritabilidade, insônia, ansiedade e redução da capacidade de raciocínio. Essas características compõem a chamada crise de abstinência. A crise de abstinência pode vir acompanhada também de vômitos, náuseas, salivação, palidez, tonturas, dor de cabeça, hipertensão arterial, taquicardia, tremores, tosse e sudorese (PEREIRA et al, 2014).

Além da dependência química o cigarro proporciona dependência psicológica uma vez que o indivíduo obtém, com o seu uso, redução das tensões, melhora do humor, fuga de sentimentos como angústia e tristeza e de situações de estresse e ansiedade. O aspecto social da dependência também merece ser ressaltado, visto

que o uso do cigarro está relacionado a comportamentos ligados a festividades, vida noturna e ao uso de outras drogas, como o álcool (BRASIL, 2013; DANTAS, 2013).

Pode-se ainda associar o alto consumo de tabaco na sociedade atual a fatores como: a nicotina ser uma droga cujos malefícios se instalam a médio e longo prazo; os efeitos da nicotina não estarem ligados à violência e à incapacidade de realização de atividades que exijam coordenação motora; pelo fato do cigarro ser vendido legalmente em locais públicos e por ainda ser recente a proibição de propagandas que estimulavam o consumo do tabaco. Esses fatores favoreceram o fato do cigarro se configurar como um vício socialmente aceitável e por muito difundido (BRASIL, 2013; DANTAS, 2013;).

Compreender os aspectos físico-químicos e psicológicos da dependência se traduz, na perspectiva do profissional de saúde, em melhor capacidade de realização de uma abordagem eficaz no tratamento do tabagismo. E na perspectiva do usuário, em maior tolerância aos sinais e sintomas das crises de abstinência e reforço positivo para a cessação do hábito de fumar (PEREIRA et al, 2014).

### 5.3 Consequências nocivas do tabagismo

De todos os componentes do cigarro 68 são sabidamente cancerígenos. O contato com substâncias como a anitrosamina e o benzopireno, presentes no cigarro, modificam a estrutura do DNA e provocando morte celular. Caso haja uma predisposição do fumante à produção de células diferenciadas, essa se dará e então novas células filhas modificadas irão se reproduzir dando início à formação de um tumor (PEREIRA et al, 2014).

As neoplasias mais freqüentes entre os fumantes ou ex fumantes de longa data, são de: bexiga, vias áreas superiores e inferiores e boca (que se dá também pelo aquecimento excessivo, que altera a temperatura da cavidade oral em até 3 graus) (FIGUEIREDO, 2013).

Entre os efeitos nocivos dos componentes do cigarro para as vias aéreas, estes afetam tanto os fumantes ativos quanto os passivos, visto que a inalação da fumaça representa ainda mais toxicidade por possuir três vezes mais nicotina, três a oito vezes mais monóxido de carbono e 47 vezes mais amônia. Como defesa a essa exposição química as células pulmonares passam a produzir muco que irá servir

como meio de cultura para bactérias levando a quadros recorrentes de pneumonias (PEREIRA et al, 2014).

Além disso, na tentativa de impedir a entrada de mais elementos tóxicos o sistema de defesa do organismo desencadeia uma brônquioconstrição instalando uma crise asmática. A nicotina leva ainda a uma redução dos movimentos ciliares das traquéias e o muco produzido nas vias aéreas fica então inerte, virando meio de cultura para microorganismos e instalando um quadro de tosse crônica (PROENÇA et al, 2011).

Ainda dentro dos efeitos nocivos para as vias aéreas, cabe ressaltar que as glicoproteínas presentes no cigarro causam inflamação das mucosas da face, caracterizando o aparecimento de sinusite. Já em relação às complicações cardiovasculares estão o infarto agudo do miocárdio, a hipertensão arterial, a insuficiência vascular em extremidades e os acidentes vasculares encefálicos. Essas consequências se devem ao fato da nicotina: diminuir a quantidade de oxigênio que chega até o coração (por adesão de monóxido de carbono à hemoglobina, reduzindo o transporte de moléculas de oxigênio); aumentar a tensão arterial e a frequência cardíaca (por causar vasoconstrição); facilitar a formação de trombos (por disfunção plaquetária com aumento da coagulação sanguínea) e danificar as células do interior das artérias coronárias e de outros vasos sanguíneos. Como consequência à falta de circulação em decorrência dos efeitos da nicotina, pode-se ocorrer a necrose tecidual (devido à baixa oxigenação) devendo ser necessário, em alguns casos, a amputação do membro. Já no sexo masculino, a dificuldade de circulação sanguínea em decorrência do uso do cigarro, pode levar à impotência sexual (PEREIRA et al, 2014).

Em mulheres grávidas, a falta de oxigênio no sangue faz com o que o feto tenha nutrição comprometida podendo levar ao aborto. O uso do cigarro durante a gestação pode ainda causar o descolamento da placenta e nos casos em que a gravidez se completa o bebê pode nascer com baixo peso, imaturidade pulmonar e vir a ter problemas respiratórios (ROCHA et al, 2013).

A falta de circulação/oxigenação causada pelo uso do cigarro traz para a pele e anexos complicações que vão desde a dificuldade de cicatrização de feridas (crônicas ou agudas) à questões estéticas como o surgimento precoce de rugas e

aparência envelhecida à pele quando comparada a pessoas da mesma idade que não fumam. O envelhecimento precoce da pele se dá por desorganização da matriz tecidual das substâncias presentes no cigarro (BRASIL, 2013).

#### 5.4 Os desafios e conquistas do Brasil frente ao tabagismo

O hábito de fumar é promovido como um exercício de autonomia, liberdade e como um símbolo de desafio às normas vigentes, o que classifica adolescente e jovens como foco principal de campanhas de publicidade que estimulam o uso o cigarro (BRASIL, 2013).

O comportamento de fumar não é apenas estimulado pela propaganda direta, mas também por imagens apresentadas pela mídia em revistas, televisão e em filmes cujos famosos/protagonistas aparecem usando cigarro e favorecendo assim a associação entre ser fumante e ter sucesso, glamour e poder (BRASIL, 2013).

A vulnerabilidade, sobretudo dos mais novos, em relação à dependência da nicotina e aos fatores nocivos que a mesma é responsável indicam a necessidade de se estimular e viabilizar uma visão crítica da população em relação à realidade o tabagismo e o contexto social em que ele ainda está inserido (BRASIL, 2013).

Na tentativa de reduzir a prevalência e incidência de tabagistas entre a população brasileira o Ministério da Saúde junto ao INCA vem adotando medidas em âmbito legislativo e executivo que têm gerado impactos positivos na realidade nacional(BRASIL, 2013).

A exemplo tem-se a instituição da portaria N 571, de 5 Abril de 2013 que atualiza 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 e dá outras providências (BRASIL, 2013).

Pesquisas em âmbito nacionais, com diferentes metodologias, evidenciam a redução da prevalência do tabagismo. Em 1989 a Pesquisa Nacional de Saúde e Nutrição mostrou que 34,8% dos eram tabagistas, dado que apresentou uma queda de 35% diante da mesma pesquisa realizada em 2002, cuja prevalência foi de 22,4%. Já em 2008, a Pesquisa Especial de Tabagismo apresentou um índice de 17,2% de fumantes brasileiros (INCA, 2009).

Avanços positivos em relação às campanhas antitabaco organizadas pelo PNCTOFR colocam o Brasil entre os países cujas políticas de controle do tabaco encontram-se em estágios mais avançados (INCA, 2009).

No **Quadro 2** estão apresentadas algumas ações do PNCTOFR, quanto à regulação do mercado, que tiveram impacto na redução da prevalência do tabagismo.

**Quadro 2:** As principais ações do PNCTOFR quanto à regulação do mercado. São Tiago, Dez/2014.

<b>Áreas</b>	<b>Ações</b>
Fiscalização	A regulamentação, o controle e a fiscalização de todos os produtos derivados do tabaco por meio da Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA);
Restrição à disponibilidade	Proibição da venda de derivados de tabaco a menores de 18 anos; Alta carga de impostos sobre a comercialização de produtos derivados do tabaco;
Controle da promoção e Comercialização	Veto à propaganda comercial, inclusive Internet, bem como à distribuição de qualquer tipo de amostra ou brinde e sua comercialização em estabelecimentos de ensino e saúde; Restrição da exposição dos produtos no interior dos pontos de venda, desde que acompanhada com mensagem de advertência; Interdição da associação do produto à prática de atividades esportivas e também a sugestão de seu consumo em locais ou situações perigosas, abusivas ou ilegais; Proibição do patrocínio de atividades culturais e esportivas internacionais; Inserção de advertências sanitárias acompanhadas de fotos nos maços de cigarros, acompanhadas do número do Disque Saúde - Pare de Fumar; Proibição do uso de descritores como light e suave nas embalagens; Proibição da comercialização de produtos alimentícios que simulem os derivados do tabaco, bem como as suas embalagens;
Outras	Suspensão do financiamento à cultura do fumo em regime de parceria ou integração

	<p>com a indústria do tabaco por meio do crédito público do Programa de Fortalecimento da Agricultura Familiar (PRONAF).</p>
--	--

**Fonte:** INCA, 2009

Estudos destacam a importância da mídia na opinião pública e ressaltam a o impacto de informações nos meios de comunicação em massa de como forma de moldagem do comportamento da população (BELARMINO, 2013). Daí a importância de campanhas como a “Dia mundial sem tabaco” (31 de maio) e “Dia Nacional de combate ao Fumo” (29 de agosto), organizadas pelo PNCTOFR , como uma tentativa de sensibilização da população e desmistificação da imagem positiva do hábito de fumar (BELARMINO, 2013).

O INCA desenvolve em ambiente escolar o programa “Saber Saúde” com ações educativas como medida de prevenção ao uso do tabaco entre adolescentes e jovens. E mantém uma parceria com o Programa Saúde na Escola, articulando as unidades básicas de saúde às escolas de ensino médio e fundamental (INCA, 2009).

Com vistas a oferecer um suporte terapêutico para os usuários que desejam parar de fumar, o INCA através do PNCTOFR, prepara as unidades básicas de saúde para oferecerem apoio efetivo à cessação de fumar. Um conjunto de ações educativas, normativas e organizacionais é desenvolvido junto aos profissionais da atenção primária à saúde, visando que os mesmos combatam entre si o hábito de fumar e concomitantemente ofereçam abordagem à população (SILVA, 2014).

Segundo relatório do INCA (2009), em 2005, 198 unidades de saúde ofereciam o tratamento de tabagismo, em 2009 já eram 923 unidades do SUS cadastradas para realizarem abordagem antitabaco.

O PNCTOFR direciona que o tratamento de tabagismo dentro do SUS seja realizado através de terapia cognitivo-comportamental e com apoio à farmacoterapia, quando indicado (INCA, 2013). Estudos provaram que o suporte farmacológico foi apoio fundamental na obtenção de 28,7% de abstinentes após o tratamento medicamentoso indicado e reuniões periódicas com o grupo terapêutico (SATLER & CADE, 2013).

Uma pesquisa brasileira apontou que o uso de adesivo de nicotina aumentou, cerca de 50% o abandono do cigarro quando comparado a grupos controles, não

havendo relações entre o número de sessões de aconselhamento grupo/individual (SATLER & CADE, 2013).

Segundo relatório do INCA (2009), das abordagens para tratamentos realizados na atenção primária à saúde, 61,85% obtiveram êxito.

O INCA prepara os profissionais de saúde também em relação a não adesão/continuidade ao tratamento do tabagismo, quer seja com abordagem coletiva ou individual, alertando que os usuários que continuam freqüentando às seções/reuniões são os que realmente possuem o desejo de interrupção do uso do cigarro.

Ainda que a literatura afirme que seja comum a adesão dos indivíduos se reduzir com o avançar do tratamento (DOS REIS ;FORTES, 2012) a existência de grupos terapêuticos para abordagem antitabagista na atenção primária à saúde, com participação da equipe multiprofissional, representa uma possibilidade de apoio e melhora do êxito no abandono do cigarro.

#### 5.5 Etapas necessárias para criação de um grupo de tabagismo na atenção primária à saúde

A metodologia em relação, a implantação do grupo de tabagismo, ao número de participantes e de reuniões que devem realizadas bem como as formas de abordagem do usuário, devem ser seguidas de acordo com as diretrizes do INCA através do PNCTOFR, programa responsável pelas ações e campanhas anti-tabagistas do país.

A portaria 571/2013 apresenta novas diretrizes sobre a adesão da unidade de saúde ao programa nacional contra o tabagismo. O primeiro passo é a adesão ao Programa Nacional de Melhoria e Qualidade da Atenção Básica e posteriormente o ingresso ao programa de controle do tabagismo, sendo realizada na figura do gestor municipal de saúde que então indicará quais unidades de saúde oferecerão os serviços de abordagem e tratamento antitabagismo.

Após o cadastro da unidade ao programa de controle do tabagismo, a mesma preencherá uma ficha com a estimativa de medicação que será necessária para os próximos 12 meses. Esta estimativa deve ser realizada seguindo as seguintes etapas: 1) conhecer e estimar o número de tabagistas no território, observando os dados do seu estado; 2) estimar o número de fumantes que desejam para de fumar

(registros próprios ou inquéritos locais); 3) Estimar a capacidade da equipe em realizar atendimentos individuais ou em grupo para tratamento do tabagismo (INCA, 2009).

O PNCTOFR preconiza que o tratamento seja feito por abordagem cognitivo-comportamental associado ao tratamento medicamentoso (quando necessário). O modelo cognitivo comportamental objetiva intervenção centrada na mudança de crenças e comportamentos que levam o indivíduo a lidar com determinada situação. Essa abordagem visa não apenas que o usuário abandone o vício mas que mantenha a abstinência, sendo o foco principal o desenvolvimento de habilidades para prevenção de recaídas (INCA, 2009).

As principais abordagens cognitivo-comportamentais a serem utilizadas estão listadas no **Quadro 3**.

**Quadro 3:** Principais abordagens Cognitivo-comportamentais utilizadas no processo de cessação de fumar. São Tiago Dez/2014.

Abordagem breve/mínima	<p>Consiste em perguntar, avaliar, aconselhar e preparar o fumante para que deixe de fumar, sem acompanhá-lo nesse processo.</p> <p><b>Vantagens:</b> realizada por qualquer profissional; estratégia de baixo custo. Duração: 3 minutos</p>
Abordagem básica	<p>Consiste em perguntar, avaliar, aconselhar, preparar e acompanhar o fumante para que deixe de fumar.</p> <p><b>Vantagens:</b> realizada por qualquer profissional; prevê o retorno do paciente para acompanhamento na fase crítica da abstinência; estratégia de baixo custo. Duração: 3 a 5 minutos</p>
Abordagem específica/intensiva	<p>Atendimento em ambulatório específico para atender fumantes que querem deixar de fumar. Individual ou em grupo.</p> <p>Duração: no mínimo 90 minutos distribuídos em quatro sessões com periodicidade semanal.</p>

---

**Fonte:** ROSEMBERG, 2003

As reuniões podem ocorrer na própria unidade de saúde ou a equipe ou usuários julgarem mais adequado, e na frequência de uma vez por semana, totalizando quatro encontros. As reuniões deverão ocorrer sob a coordenação dos enfermeiro; médico; psicólogo, nutricionista, educador físico e assistente social (INCA, 2009).

A partir do segundo encontro aconteceram as consultas individualizadas com os médicos, havendo preenchimento de ficha padronizada e tomada de decisão em relação à necessidade ou não de terapia farmacológica complementar. Após esta primeira consulta cada paciente será submetido a mais uma consulta médica com intervalo de 30 dias, porém continuaria participando das reuniões de grupo concomitantemente (INCA, 2009).

Apesar das reuniões estarem, a cada encontro, sob a coordenação de um profissional diferente da equipe de saúde, todos terão a oportunidade de participar e debater, fazendo das reuniões um ambiente rico de informações provenientes da cada área. Afinal, o trabalho interdisciplinar proporciona maiores chances de se promover saúde (INCA, 2009).

## 6 PLANO DE INTERVENÇÕES

### Primeiro passo: definição dos problemas

O diagnóstico situacional permitiu não só o conhecimento da realidade sociocultural, econômica e de saúde da população como também elencar alguns desafios que precisam ser enfrentados pela equipe de saúde e comunidade de São Tiago.

Dentre os desafios destacados estavam:

- Ausência de grupo de tabagismo na população atendida: Foi observada alta prevalência de tabagistas entre os usuários da unidade de saúde, e de diferentes idades. Acredita-se que a falta de um grupo educativo voltado para o manejo dos usuários tabagistas seja uma das causas dessa alta prevalência. Um outro fator associado a este quadro é a transmissão da cultura de fumar entre os familiares, visto que é comum observarmos membros de uma mesma família e de gerações diferentes com o mesmo hábito.
- Alta incidência de Diabetes *Mellitus*: O comportamento da população de não adesão aos hábitos de vida saudáveis e de valorização apenas das enfermidades agudas favorece o surgimento e agravamento das doenças crônicas, tais como o diabetes.
- Alta incidência de Hipertensão Arterial Sistêmica: Semelhante às causas de ocorrência do Diabetes *Mellitus* tem-se a hipertensão arterial sistêmica. Cabe mencionar ainda que o processo de transição demográfica e epidemiológica nacional atua como um agravamento para o aumento desses índices.
- Uso sem indicação e uso abusivo de psicotrópicos, como é o exemplo dos benzodiazepínicos e antidepressivos: A cultura de medicalização da saúde é uma característica forte da população de São Tiago, associada a isso tem-se a prescrição rotineira desses psicotrópicos pelos médicos da atenção primária, estabelecendo assim um ciclo vicioso e de difícil reversão, exigindo maior nível cultural dos usuários, que devem questionar os receituários

médicos e melhor senso crítico e avaliação dos médicos, antes de prescreverem esta classe de medicamentos.

O quadro 4 apresenta em ordem hierárquica os principais desafios relacionados à atenção primária à saúde segundo realidade do município de São Tiago, o nível de importância e urgência, a capacidade de enfrentamento da equipe.

### Segundo passo: priorização de problemas

**Quadro 4:** Priorização dos desafios relacionados à atenção primária à saúde segundo município de São Tiago-MG. São Tiago/ Dez 2014.

Principais Problemas	Importância	Urgência	Capacidade de enfrentamento da equipe	Seleção
Ausência de grupo de tabagismo a população atendida	Alta	7	Dentro	1
Alta incidência de Diabetes <i>Mellitus</i>	Alta	5	Parcial	2
Alta incidência de Hipertensão Arterial Sistêmica	Alta	5	Parcial	3
Uso sem indicação e uso abusivo de psicotrópicos, como é o exemplo dos benzodiazepínicos e antidepressivos.	Médio	4	Parcial	4

Fonte: o autor. \*Total de pontos distribuídos em 10.

### Terceiro e quarto passo: Descrição e explicação do problema

Dentre os problemas elencados destacou-se a ausência de um grupo voltado à população para abordagem e tratamento do tabagismo.

O tabagismo pode contribuir para a ocorrência de diversas doenças, como as do aparelho cardiovascular, respiratório e as neoplasias e evidências científicas demonstram que o grupo de tabagismo representa uma tentativa de sucesso na redução do hábito de fumar dentre a população (INCA, 2009).

Porém, o excesso de consultas e atividades da equipe de saúde da unidade em que estou alocado, dificulta a disponibilidade de tempo para desenvolvimento de grupos, dentre eles o de tabagismo. O que compromete o esclarecimento dos malefícios do hábito de fumar e dificulta a realização de consultas individualizadas para escolha do melhor tratamento anti-tabaco.

A demanda espontânea não organizada, a cultura e resistência da população e equipe em manter este modelo de atendimento voltado para as condições agudas, comprometem as ações de promoção da saúde e prevenção de agravos, incluindo a realização de grupos educativos.

#### **Quinto, sexto e sétimo passo: Seleção dos nós críticos; Operação, produtos e Recursos necessários**

Para alcançar os objetivos propostos foi necessário a superação dos nós críticos atrelados à questão da criação e implantação do grupo de tabagismo segundo a realidade de São Tiago. Para melhor organização os nós críticos, Operação/projeto, produtos e recursos necessários, foram compilados no Quadro 5.

**Quadro 5:** Nós críticos, Operação/projeto, produtos e recursos necessários. São Tiago Dez/2014.

<b>Nó Crítico</b>	<b>Operação/Projeto</b>	<b>Produtos</b>	<b>Recursos Necessários</b>
<b>Ausência de profissionais de saúde sensibilizados com este problema</b>	<b>Equipe orientada</b> Realizar educação permanente e continuada com equipe levantando importância da temática do tabagismo .	Referenciais epidemiológicos do uso do tabaco em nível (inter)nacional e cartilhas do Ministério da Saúde/INCA sobre tabaco e exposição dialogada	<u>Organizacionais</u> (humanos e materiais) <u>Cognitivos</u> (conhecimentos disponíveis e acumulados)
<b>Resistência da população em adotar hábitos de vida saudáveis (parar de fumar)</b>	<b>Menos cigarro</b> Realizar o grupo de tabagismo e a divulgação do mesmo entre a comunidade.	Cartilhas sobre o tabaco, cartazes educativos e de divulgação do grupo, uso da rádio local e de instituições comunitárias para auxílio da divulgação (igrejas, reuniões de grupos de bairros).	<u>Organizacionais</u> <u>Cognitivos</u> <u>Poder</u> (políticos).
<b>Possibilidade de crise de abstinência e recaídas frequentes por parte dos usuários</b>	<b>Vida sem cigarro</b> Prever abordagem explicativa, dentro das reuniões do grupo de tabagismo, dos sintomas das crises de abstinência salientando seu curto período de duração, os comportamentos que favorecem à não recaída e a importância de retomada do tratamento mesmo após a ocorrência de recaídas.	Cartilhas sobre tabaco elaboradas pelo Ministério da Saúde/INCA e exposição dialogada.	<u>Organizacionais</u> (humanos, materiais e equipamentos) <u>Cognitivos</u> (conhecimentos disponíveis e acumulados).

<b>Excesso de atividades da equipe que não tem tempo hábil para desenvolver grupos</b>	<b>Organizar</b> Sensibilizar a equipe de saúde quanto à necessidade de organização da agenda semanal para a realização de grupos educativos.	Cartilhas do Ministério da Saúde sobre prevenção e promoção da Saúde e Planejamento em Saúde. Exposição dialogada.	<u>Organizacionais</u> (humanos e materiais) <u>Cognitivos</u> (conhecimentos disponíveis e acumulados).
<b>Cultura da população e dos profissionais não voltadas para a prevenção e promoção da saúde</b>	<b>Sem tabaco</b> Sensibilizar a equipe e os usuários da unidade de saúde em relação à importância das ações e adesão de comportamentos voltados para a prevenção e promoção da saúde.	Cartilhas do Ministério da Saúde sobre prevenção e promoção da Saúde e Planejamento em Saúde. Exposição dialogada.	<u>Organizacionais</u> (humanos e materiais) <u>Cognitivos</u> (conhecimentos disponíveis e acumulados).

### Oitavo passo: Análise da viabilidade do projeto

Foi realizada uma análise da viabilidade deste projeto e chegou-se à conclusão que o mesmo é viável de ser operacionalizado, uma vez que necessita de pouco dispêndio de recursos financeiros, materiais e humanos. Dependendo portanto do conhecimento e da intencionalidade dos profissionais envolvidos e da aceitação da população da intervenção que será proposta.

### Nono passo: Elaboração do plano operativo

O quadro 6 apresenta as etapas para desenvolvimento do plano de ação.

**Quadro 6:** Etapas do plano de ações. São Tiago Dez/2014.

<b>Plano de Ação:</b> <b>Equipe Orientada</b>	Realizar educação permanente e continuada com equipe.
<b>Atores sociais</b>	Toda a equipe de saúde da Unidade, NASF e Serviço Social local.
<b>Motivação</b>	Indiferente
<b>Metas</b>	Sensibilizar os profissionais quanto à importância da temática.

<b>Recursos Necessários</b>	<u>Cognitivo</u> <u>Organizacionais</u> (estrutura física, recursos humanos).
<b>Cronograma</b>	Curto prazo (1 mês para o início da atividade) Duração: 2 meses.
<b>Acompanhamento e avaliação</b>	Semestral
<b>Governabilidade</b>	Ação ao alcance da equipe; Apoio dos Gestores locais.

<b>Plano de Ação:</b> <b>Menos Tabaco</b>	Realizar o grupo de tabagismo e a divulgação do mesmo entre a comunidade.
<b>Atores sociais</b>	Toda a equipe de saúde da Unidade e do NASF e Serviço Social local.
<b>Motivação</b>	Favorável
<b>Metas</b>	Reduzir o consumo de tabaco entre a população do município.
<b>Recursos Necessários</b>	<u>Cognitivo</u> <u>Organizacionais</u> (estrutura física, recursos humanos). <u>Poder</u>
<b>Cronograma</b>	Curto prazo (1 mês para o início da atividade) Duração: continuamente.
<b>Acompanhamento e avaliação</b>	Mensal
<b>Governabilidade</b>	Ação ao alcance da equipe; Apoio dos Gestores locais.

<b>Plano de Ação:</b> <b>Vida sem cigarro</b>	Prever abordagem explicativa, dentro das reuniões do grupo de tabagismo, dos sintomas das crises de abstinência salientando seu curto período de duração, os comportamentos que favoreçam a não recaída e a importância de retomada do tratamento mesmo após a ocorrência de recaídas.
<b>Atores sociais</b>	Toda a equipe de saúde da unidade e do NASF
<b>Motivação</b>	Favorável
<b>Metas</b>	Reduzir as possibilidades de crise de abstinência e recaídas entre os usuários de tabaco em processo de tratamento
<b>Recursos Necessários</b>	<u>Cognitivo</u> <u>Organizacionais</u> (estrutura física, recursos humanos).
<b>Cronograma</b>	Curto prazo (1 mês para o início da atividade) Duração: continuamente.
<b>Acompanhamento e avaliação</b>	Mensal
<b>Governabilidade</b>	Ação ao alcance da equipe; Apoio dos Gestores locais.

<b>Plano de Ação:</b> <b>Organizar</b>	Sensibilizar a equipe de saúde quanto à necessidade de organização da agenda semanal para a realização de grupos educativos.
<b>Atores sociais</b>	Médicos e enfermeiros.
<b>Motivação</b>	Indiferente
<b>Metas</b>	Melhora da organização do sistema de trabalho de modo a favorecer a realização de grupos educativos.
<b>Recursos Necessários</b>	<u>Cognitivo</u> <u>Organizacionais</u> (estrutura física, recursos humanos).
<b>Cronograma</b>	Curto prazo (1 mês para o início da atividade) Duração: continuamente.
<b>Acompanhamento e avaliação</b>	Mensal
<b>Governabilidade</b>	Ação ao alcance da equipe e com apoio dos gestores locais.

<b>Plano de Ação:</b> <b>Sem tabaco</b>	Sensibilizar a equipe e os usuários da unidade de saúde em relação à importância das ações e adesão de comportamentos voltados para a prevenção e promoção da saúde.
<b>Atores sociais</b>	Médicos, enfermeiros e profissionais do NASF.
<b>Motivação</b>	Favorável
<b>Metas</b>	Melhora da conscientização da equipe e usuários quanto à prevenção e promoção da saúde.
<b>Recursos Necessários</b>	<u>Cognitivo</u> <u>Organizacionais</u> (estrutura física, recursos humanos).
<b>Cronograma</b>	Curto prazo (1 mês para o início da atividade) Duração: continuamente.
<b>Acompanhamento e avaliação</b>	Mensal
<b>Governabilidade</b>	Ação ao alcance da equipe e com apoio dos gestores locais.

Fonte: O autor.

### Décimo passo: Gestão do Plano

A seguir planilha com consolidado de como se dará a gestão do plano de ações (Quadro 7).

Planilha de acompanhamento das operações/projeto					
Operação "Equipe orientada"					
Coordenação: Médico- Avaliação após seis meses do início do projeto.					
Produtos	Respon sável	Prazo	Situação atual	Justificativa	Novo prazo
Educação	Médico	1 mês	Realizado	-	2

permanente e contínuo com a equipe	e Enfermeiro				meses
Avaliação dos profissionais	Médico e Enfermeiro	4 meses	Desenvolvimento de técnica para avaliação	Dificuldade em desenvolver uma forma de avaliação que seja contínua e não fragmentada.	4 meses
<b>Operação “Menos Cigarro”</b> <b>Coordenação: Enfermeiro – Avaliação após 6 meses do início do projeto</b>					
Produtos	Responsável	Prazo	Situação atual	Justificativa	Novo prazo
Grupo de Tabagismo	Enfermeiro	1 mês	Realizado primeiro grupo	-	4 meses
Divulgação na rádio local	Serviço Social	1 meses	Tentando contato com rádio local	Falta de parceria prévia em sistema de saúde e os meios públicos de divulgação	1 mês
Divulgação em grupos, reuniões da comunidade	Agentes de Saúde	1 mês	Realizado	-	3 meses
<b>Operação “Vida sem Cigarro”</b> <b>Coordenação: Psicólogo – Avaliação após 6 meses do início do projeto</b>					
Produtos	Responsável	Prazo	Situação atual	Justificativa	Novo prazo
Abordagem da temática no grupo de tabagismo	Psicólogo	1 mês	Realizado	-	4 meses
Consultas de retorno com psicólogo	Psicólogo	1 mês	Reagendando as próximas consultas	Alta demanda atrasando os atendimentos	1 mês
Convite para continuar participando de novas reuniões de grupo de tabagismo	Agentes de Saúde, Enfermeiro e Médico	1 semana	Sendo realizado	-	-

Campanhas educativas na rádio local	Serviço Social	1 mese	Tentando contato com rádio local	Falta de parceria prévia em sistema de saúde e os meios públicos de divulgação	1 mês
<b>Operação "Organizar"</b> <b>Coordenação: Enfermeiro – Avaliação após 6 meses do início do projeto</b>					
Produtos	Responsável	Prazo	Situação atual	Justificativa	Novo prazo
Realização de acolhimento e triagem	Enfermeiro	1 mês	Iniciado	-	-
Agendamento dos atendimentos não-agudos	Médico/Enfermeiro	1mês	Iniciado	-	-
Organização da agenda para realização de grupos educativos	Médico/Enfermeiro/Dentista/Assistente Social/Psicólogo	1 mês	Iniciado	-	-
<b>Operação "Sem tabaco"</b> <b>Coordenação: Médico – Avaliação após 6 meses do início do projeto</b>					
Produtos	Responsável	Prazo	Situação atual	Justificativa	Novo prazo
Avaliação da equipe e dos usuários em relação à cultura não voltada para prevenção e promoção de saúde	Médico e Enfermeiro	1 mês	Sendo realizada	-	-
Educação permanente e continuada voltada para importância das ações de prevenção e promoção da saúde	Médico e Enfermeiro	2 meses	Aguardando avaliação anterior	Após a avaliação teremos um levantamento dos temas necessários para realização da educação continuada/permanente	2 meses
Divulgação na rádio local, e realização de palestras voltada para a comunidade com a temática da prevenção e promoção de saúde	Médico, Enfermeiro e Assistente social	3 meses	Aguardando contato com a rádio local; Organizando material didático para realização das minipalestras voltadas para a comunidade.	-	3 meses.

## **7 CONSIDERAÇÕES FINAIS**

O desenvolvimento do plano de intervenções possibilitou aprendizado para toda a equipe e, sobretudo oportunidade para a população de São Tiago receber abordagem e tratamentos sistematizados para o tabagismo.

As dificuldades burocráticas iniciais para registro e cadastro da unidade de saúde no programa de controle de tabagismo do INCA foram superadas com o trabalho conjunto de toda a equipe que se mostrou integrada e proativa em todas as etapas de desenvolvimento e implantação do grupo.

Espera-se que a equipe de saúde do município de São Tiago continue realizando as captações dos usuários e ampliem as ações e divulgações possibilitando crescimento deste tipo de abordagem para o tratamento do tabagismo e assim, alcance resultados cada vez mais satisfatórios.

## REFERÊNCIAS

AMARAL, Maria Tereza Marques. Tabagismo: a estruturação da equipe multidisciplinar como diferencial no tratamento do tabagista.

BELARMINO, Aline Martins. Quer fogo: os meios midiáticos e (des) territorialização do cigarro como sinônimo de prazer. 2013.

BRASIL, Ministério da Saúde. Portaria nº 571, de cinco de abril de 2013. Atualiza 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 dá outras providências. **Diário Oficial da União**. Poder executivo, Brasília, DF, 8 abr. 2013, Seção 1, p.56-57.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção À Saúde. **Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde**. CNES. Disponível em: [http://cnes.datasus.gov.br/Listar\\_Mantidas.asp?VCnpj=19243500000182&VEstado=31&VNome=PREFEITURA%20MUNICIPAL%20DE%20SAO%20PEDRO%20DOS%20FERROS](http://cnes.datasus.gov.br/Listar_Mantidas.asp?VCnpj=19243500000182&VEstado=31&VNome=PREFEITURA%20MUNICIPAL%20DE%20SAO%20PEDRO%20DOS%20FERROS). Acesso em 18 de maio de 2014.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Sistema de Apoio ao Relatório de Gestão – SARGSUS**. Disponível em: <http://aplicacao.saude.gov.br/sargsus/login!consultarRelatorioExterno.action?tipoRelatorio=01&codUf=31&codTpRel=01>. Acesso em: 18 de maio de 2014.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Sistema de Informação da Atenção Básica – SIAB**. Disponível em: <http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/deftohtm.exe?siab/cnv/SIABSMG.def>. Acesso em: 18 de maio de 2014.

BRASIL. Secretaria Nacional de Políticas sobre Drogas. Drogas : cartilha sobre tabaco / Secretaria Nacional de Políticas sobre Drogas ; conteúdo e texto original : Beatriz H. Carlini. – 2. ed. 6. Brasília : Ministério da Justiça, 2013. 36 p.

CAMPOS, F. C. C.; FARIA, H. P.; SANTOS, M. A. **Planejamento e avaliação das ações em saúde**. 2ed. Belo Horizonte: Nescon/UFMG, 2010. 118p.

CARMO JT, PUEYO AA. A adaptação ao português do Fagerström test for nicotine dependence (FTND) para avaliar a dependência e tolerância à nicotina em fumantes brasileiros. **Rev Bras Med.**, v. 59, n. 1/2, p. 73-80, 2002.

COSTA, J. R. B. et al. Formação médica na estratégia de saúde da família: percepções discentes. **Rev Bras Educ Méd**, v. 36, n. 3, p. 387-400, 2012.

DA SILVA, Sandra Tavares et al. Combate ao Tabagismo no Brasil: a importância estratégica das ações governamentais. **Revista Ciência & Saúde Coletiva**, v. 19, n. 2, 2014.

DANTAS, Deborah Rose Galvão. Estudo sobre a prevalência do tabagismo entre adolescentes no Brasil. 2013.

DOS REIS, R C M; FORTES, R C. Fatores associados a não cessação do tabagismo em participantes do grupo de terapia de um centro de saúde do distrito federal. **Revista de Divulgação Científica Sena Aires**, v. 1, n. 1, p. 3-8, 2012.

FIGUEIREDO, A.M.. **Prevalências e características clínico-epidemiológicas do câncer bucal e de cabeça e pescoço no Hospital Estadual de Bauru/SP**. Tese de Doutorado 2013.. Universidade de São Paulo.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA - IBGE (Brasil).

Disponível em:

[http://www.ibge.gov.br/home/estatistica/economia/pibmunicipios/2004\\_2008/](http://www.ibge.gov.br/home/estatistica/economia/pibmunicipios/2004_2008/) Acesso em: 17 de maio de 2014.

INSTITUTO NACIONAL DE CONTROLE DO CÂNCER – inca (Brasil). Disponível em: <http://www.inca.gov.br/tabagismo/#> Acesso em: 28 de Julho de 2014.

INSTITUTO NACIONAL DO CÂNCER (INCA). Relatório de Gestão – Exercício 2009. Rio de Janeiro: Inca; 2009.

LUCCHESI, *et al.* A TECNOLOGIA DE GRUPO OPERATIVO APLICADA NUM PROGRAMA DE CONTROLE DO TABAGISMO. **Texto & Contexto Enfermagem**, v. 22, n. 4, p. 918-926, 2013.

NUNES, T. C. M. Políticas e produção científica: diálogos entre trabalho e educação na saúde. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 18, n. 6, p. 1535-1543, 2013.

PAIM, *et al.* Saúde no Brasil 1 O sistema de saúde brasileiro: história, avanços e desafios. **Veja**, v. 6736, n. 11, p. 60054-8, 2012.

PEREIRA, A. M. *et al.* Prevalência da exposição ao fumo ambiental do tabaco em casa e do tabagismo na população Portuguesa– o estudo in: Asma. **Revista Portuguesa de Pneumologia**, v. 19, n. 3, p. 114-124, 2013.

PEREIRA, *et al.* As principais doenças associadas ao tabagismo e o tratamento medicamentoso no combate ao vício. **Saúde e meio ambiente: revista interdisciplinar**, v. 3, n. 1, p. 51-58, 2014.

PROENÇA, M. *et al.* Efeito imediato e a curto prazo do cigarro sobre o transporte mucociliar nasal de fumadores. **Revista Portuguesa de Pneumologia**, v. 17, n. 4, p. 172-176, 2011.

ROCHA, R. S. *et al.* Consumo de medicamentos, álcool e fumo na gestação e avaliação dos riscos teratogênicos. **Rev. Gaúcha Enferm.**, v. 34, n. 2, p. 37-45, 2013.

ROSEMBERG . J. Nicotina Droga Universal. 2003. Acessado em Agosto 2014. Disponível em: <http://www.inca.gov.br/tabagismo/publicacoes/nicotina.pdf>

SATTLER. A. C. , CADE. N. V. Prevalência da abstinência ao tabaco de pacientes tratados em unidades de saúde e fatores relacionados. **Cien Saude Colet.** v. 18, n.1, p. 253-264, 2013.

SISTEMA DE INFORMAÇÃO SOBRE ORÇAMENTOS PÚBLICOS EM SAÚDE – SIOPS. Disponível em: [http://siops.datasus.gov.br/rel\\_LRF.php](http://siops.datasus.gov.br/rel_LRF.php). Acesso em 18 de maio de 2014.