

**UNIVERSIDADE FEDERAL DE ALFENAS
CURSO DE ESPECIALIZAÇÃO ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA**

KENIO ALVES CUSTODIO DE SOUSA

**TABAGISMO: UM DESAFIO SOCIAL DA ESTRATÉGIA DE SAÚDE
DA FAMÍLIA**

POLO CAMPOS GERAIS/MG

2017

KENIO ALVES CUSTODIO DE SOUSA

**TABAGISMO: UM DESAFIO SOCIAL DA ESTRATÉGIA DE SAÚDE
DA FAMÍLIA**

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

Orientadora: Profa. Dra. Walnéia Aparecida de Souza

POLO CAMPOS GERAIS/MG

2017

KENIO ALVES CUSTODIO DE SOUSA

**TABAGISMO: UM DESAFIO SOCIAL DA ESTRATÉGIA DE SAÚDE
DA FAMÍLIA**

Banca examinadora

Examinador 1: Profa. Dra. Walnéia Aparecida de Souza-UNIFAL

Examinador 2 – Profa. Dra. Matilde Meire Miranda Cadete-UFMG

Aprovado em Belo Horizonte, em 10 de abril de 2017.

RESUMO

Introdução: O tabagismo é um dos grandes problemas de saúde pública e os prejuízos causados à saúde pelo hábito de fumar são amplamente conhecidos, sendo o seu controle considerado pela Organização Mundial de Saúde como um dos maiores desafios da saúde pública atualmente. **Justificativa:** Assim, justifica-se trabalhar esse tema na Estratégia de Saúde da Família, da unidade Doutor Ulisses Luna, no município de Delmiro Gouveia, Alagoas, onde o índice de tabagistas é representativo e persiste de forma ativa e passiva em todas as faixas etárias. **Objetivo:** Portanto, este trabalho objetivou elaborar uma proposta de intervenção para a orientação e o tratamento dos pacientes tabagistas dessa Unidade de Saúde. **Metodologia:** Esta proposta se fundamentou no Planejamento Estratégico Situacional e em uma pesquisa bibliográfica, na Biblioteca Virtual em Saúde, com os descritores: Estratégia Saúde da Família, educação em saúde e tabagismo. **Resultados:** Com base no levantamento realizado pela equipe, elaborou-se o plano de intervenção, onde os nós críticos foram identificados e classificados, de acordo com o seu grau de urgência para serem enfrentados. Após a realização dessa etapa, foi descrito o desenho das operações e analisou-se a sua viabilidade. Por fim, iniciou-se a aplicação do plano operativo e a gestão do mesmo. **Conclusão:** Espera-se que a implantação geral da proposta de intervenção e a participação contínua da equipe multidisciplinar nas atividades sugeridas, possa fazer diferença na saúde pública do grupo de tabagistas da nossa área de abrangência.

Palavras-chave: Estratégia Saúde da Família. Educação em saúde. Tabagismo.

ABSTRACT

Introduction: Smoking is one of the major public health problems and the health damage caused by smoking is widely known, and its control is considered by the World Health Organization as one of the greatest public health challenges today. **Justification:** Thus, it is justified to work on this theme in the Family Health Strategy of the unit Ulisses Luna, in the city of Delmiro Gouveia, Alagoas, where the index of smokers is representative and persists actively and passively in all age groups. **Objective:** This study aimed to elaborate a proposal for intervention for the orientation and treatment of smoking patients in this Health Unit. **Methodology:** This proposal was based on Strategic Situational Planning and a bibliographical research, on the Virtual Health Library, with the descriptors: Family Health Strategy, smoking and health education. **Results:** Based on the survey carried out by the team, the intervention plan was elaborated, where critical nodes were identified and classified according to their degree of urgency to be addressed. After this stage, the design of the operations was described and its feasibility was analyzed. Finally, the implementation of the operational plan and its management began. **Conclusion:** It is expected that the general implementation of the intervention proposal and the continuous participation of the multidisciplinary team in the suggested activities could make a difference in the public health of the group of smokers in our area of coverage.

Keywords: Family Health Strategy. Health Education. Smoking.

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO.....	7
2 JUSTIFICATIVA.....	14
3 OBJETIVOS.....	15
4 METODOLOGIA.....	16
5 REVISÃO BIBLIOGRÁFICA.....	17
6 PROPOSTA DE INTERVENÇÃO.....	21
7 CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	27
8 REFERÊNCIAS.....	28

1 INTRODUÇÃO

O autor desse Trabalho de Conclusão de Curso (TCC) é profissional médico da Equipe de Saúde da Família do Programa Mais Médico, vinculada à Unidade Básica de Saúde (UBS) Doutor Ulysses Luna, município de Delmiro Gouveia, Alagoas. O TCC objetiva apresentar um plano de intervenção sobre um dos problemas de saúde do território da equipe e de sua comunidade adscrita.

No sentido de contextualizar a proposta são apresentados inicialmente:

- Breves informações sobre o município de Delmiro Gouveia
- Histórico do município
- Diagnóstico situacional
- A Equipe de Saúde da Família referida, seu território e sua população

1.1 Informações sobre o município Delmiro Gouveia

Delmiro Gouveia é uma cidade do Estado de Alagoas, Brasil, localizado na Mesorregião do Sertão Alagoano, Microrregião Alagoana do Sertão do São Francisco. Possui uma área de 605.395 km². Faz fronteira com Pariconha, Água Branca e Olho D'Água do Casado. Está localizada a 256 metros acima do mar. É o único município de Alagoas que faz divisa com a Bahia, Pernambuco e Sergipe ao mesmo tempo.

Tem um clima quente e seco, uma população acima de 48.096 habitantes, a economia se baseia na indústria têxtil, comércio, agricultura e pecuária (PREFEITURA MUNICIPAL DE DELMIRO GOUVEIA, 2016).

1.2 Histórico do município

Anteriormente denominado Pedra, teve seu nome alterado para Delmiro Gouveia em uma justa homenagem a esse empreendedor e industrial cearense que ali residiu no início do século XX, tendo fundado ali uma importante indústria de linhas de costura, a *Cia Agro Fabril Mercantil* e também construído a Vila Operária Padrão. O povoado se criou graças à construção de uma estrada de ferro da Great-Western, denominada *Ferrovía Paulo Affonso* (IBGE, 2015).

Delmiro Gouveia foi o responsável também pela implantação da segunda hidrelétrica da América do Sul (sendo a primeira, a Usina Hidrelétrica de Marmelos, em Minas Gerais). Antes de Delmiro, o lugar chamava-se Pedra, devido à grande quantidade desse mineral no solo sertanejo da região. O povoado se constituiu a partir de uma estação da estrada de ferro da então Great-Western. As terras do atual município de Delmiro Gouveia, somadas às de Mata Grande, Piranhas e Água Branca, faziam parte das sesmarias que foram levadas a leilão, em Recife, no ano de 1769. O capitão Faustino Vieira Sandes, arrematador das terras, instalou uma fazenda de gado e, a partir daí começaram a se desenvolver os núcleos de povoamento. Os três irmãos da família Vieira Sandes foram os primeiros habitantes das terras onde hoje está situado o município, segundo consta nos registros da Prefeitura Municipal (IBGE, 2015).

O homem que transformou a história de toda a região somente chegou ao lugarejo no início do século XX, em 1903. Negociando com couros de bovinos e peles de caprinos, Delmiro Gouveia se estabeleceu naquelas plagas. Para poder montar uma indústria de linhas, ele obteve a isenção de impostos. Conseguiu também uma concessão para explorar as terras áridas daqueles rincões, bem como para construir uma usina hidrelétrica, utilizando a energia de uma das várias cachoeiras do rio São Francisco presentes no município. Em 1913, começou a funcionar a usina denominada Angiquinho, fornecendo energia elétrica para todo o vilarejo. A Companhia Agro-Fábrica Mercantil, indústria que fabricava linhas de coser, foi instalada em 1914, atraindo muitos moradores para a região e trazendo o desenvolvimento (IBGE, 2015).

A fábrica proporcionou grande geração de empregos, transformando aquela área na primeira vila operária do Sertão. Além da energia elétrica, a vila dispunha ainda de água encanada, telégrafo, telefone, tipografia, capela, cinema, lavanderias, fábrica de gelo, grandes armazéns de depósitos e escolas para crianças e adultos. Os habitantes não pagavam pela água e pela luz consumidas, mas não podiam portar armas nem consumir bebidas alcoólicas. Quem jogasse lixo nas ruas recebia multa para se conscientizar do seu erro e preservar a limpeza pública. As casas dos moradores tinham um alpendre largo na frente, ao estilo das construções italianas, e possuíam quatro cômodos. Grande foi o progresso e enorme a prosperidade da vila graças ao arrojado empreendimento, que concorria com poderosos grupos multinacionais (IBGE, 2015).

Infelizmente, após o assassinato de Delmiro Gouveia, em 1917, os herdeiros não conseguiram manter a empresa por muito tempo. Em 1927, a firma pernambucana Menezes Irmãos e Cia comprou as ações dos proprietários. Os novos empresários, sem o apoio necessário do governo, não conseguiram superar a crise financeira e restabelecer o funcionamento da fábrica. Enfim, em 1929, sem perspectivas de viabilidade, a fábrica e todos os acessórios foram vendidos a Machine Cottons, empresa britânica (IBGE, 2015).

Em 1º de novembro de 1938, o decreto-lei 846 criou o distrito com o nome “Pedra”. Foi chamado “Delmiro Gouveia” posteriormente, em consequência do Decreto nº 2.909, de 30 de dezembro de 1943. Em 30 de março de 1941 foi criada a Paróquia de Nossa Senhora do Rosário, que hoje se encontra sob jurisdição eclesiástica da Diocese de Palmeira dos Índios. Desmembrado de Pão de Açúcar, conseguiu sua emancipação política quando foi criado o município pela Lei 1.623, de 16 de junho de 1952, tendo sido instalado apenas em 14 de fevereiro de 1954 (IBGE, 2015).

1.3 Diagnóstico Situacional

1.3.1 Aspectos Demográficos

Os dados do Quadro 1 mostram a predominância da população feminina, principalmente na zona urbana. Apesar da urbanização, ainda persiste uma parcela significativa na zona rural.

Quadro 1: População de Delmiro Gouveia apresentada por sexo e local de moradia, 2015.

Localização/Gênero	População Residente		
	2000	2010	2012*
Feminina	22.242	25.044	25.449
Masculina	20.753	23.052	23.427
Rural	9.432	13.242	-
Urbana	33.563	34.854	-
Total	42.995	48.096	48.876

Fonte: Departamento de Estatística do Sistema Único de Saúde - DATASUS, IBGE - Censo Demográfico, IBGE,

* Estimativa da População

Em relação à faixa etária, pode-se observar uma população jovem, sobretudo entre 10 e 50 anos conforme dados da Tabela 1.

Tabela 1: Distribuição da população por sexo, segundo os grupos de idade de Delmiro Gouveia (AL) – (IBGE, 2010).

Idades	Homens N	Homens %	Mulheres %	Mulheres N
Mais de 100 anos	4	0,0	0,0	3
95 a 99 anos	17	0,0	0,0	22
90 a 94 anos	33	0,1	0,1	57
85 a 89 anos	70	0,1	0,2	117
80 a 84 anos	150	0,3	0,4	208
75 a 79 anos	241	0,5	0,7	334
70 a 74 anos	355	0,7	1,0	491
65 a 69 anos	544	1,1	1,3	619
60 a 64 anos	731	1,5	1,7	835
55 a 59 anos	786	1,6	2,0	978
50 a 54 anos	890	1,9	2,3	1.086
45 a 49 anos	1.202	2,5	2,8	1.339
40 a 44 anos	1.322	2,7	3,2	1.532
35 a 39 anos	1.484	3,1	3,4	1.642
30 a 34 anos	1.689	3,5	4,2	2.011
25 a 29 anos	1.921	4,0	4,4	2.127
20 a 24 anos	2.143	4,5	5,1	2.463
15 a 19 anos	2.366	4,9	4,8	2.327
10 a 14 anos	2.564	5,3	5,2	2.484
5 a 9 anos	2.319	4,8	4,7	2.262
0 a 4 anos	2.221	4,6	4,4	2.107

N: número

1.3.2 Aspectos socioeconômicos

A economia do município e os vínculos empregatícios estão diretamente relacionados ao comércio e serviços, como setores mais importantes da cidade, pois tem a maior porcentagem de empregos formais. No que diz respeito aos aspectos agropecuarios, pode-se ressaltar a predominância de ovinos, bovinos e caprinos.

Quadro 2: Aspecto da Agropecuária em Delmiro Gouveia, AL.

Agropecuária*	2012
Banana - (t)	58
Milho - (t)	52
Goiaba - (t)	30
Castanha de Caju - (t)	29
Produção de mel de abelha - (Kg)	3.185
Produção de leite - (mil litros)	1.042
Produção de ovos de galinha - (mil dúzias)	21
Produção de ovos de codorna - (mil dúzias)	0
Ovinos - (Cabeças)	12.700
Bovinos - (Cabeças)	10.694
Caprinos - (Cabeças)	6.528
Galos, frangas, frangos e pintos - (Cabeças)	4.970

Fonte: IBGE/ Produção Agrícola Municipal - PAM, IBGE/ Produção Pecuária Municipal - PPM

t- toneladas

Quadro 3: Número de pessoas com vínculos empregatícios em Ocupações Formais, Delmiro Gouveia, AL, em 2011 e 2012.

Atividades Econômicas	2011	2012
Agropecuária	19	28
Comercio	1181	1179
Construção Civil	38	34
Indústria	668	743
Serviços	1943	1907
Total	3849	3891

Fonte: Ministério do Trabalho e Emprego – TEM / Ministério do Desenvolvimento Social e Combate a Fome – MDS

Percebe-se que após os serviços, o comércio é o espaço que mais oferece emprego aos delmirenses.

1.5 Saneamento Básico

Em relação ao saneamento básico, pode-se inferir que nem todas as famílias ainda tem um acesso digno a um saneamento tão importante para prevenção de agravos. Importante ressaltar que a área de abrangência é urbana, entretanto ainda tem famílias em situações precárias de moradia.

Quadro 4 : Saneamento: serviço de água e esgoto em Delmiro Gouveia, 2011.

Especificação	2011	
	Água	Esgoto
Extensão da Rede	141,89	63
População Total Atendida com Rede	-	32.000
População total atendida com abastecimento	42.209	-
Quantidade de Economias Ativas	12.679	12.400
Quantidade de Ligações Ativas	12.314	12.400
Volume Coletado(1000 m ³)	-	1.500
Volume Consumido(1000 m ³)	3.755,08	-
Volume Faturado(1000 m ³)	4.062,78	0
Volume Produzido(1000 m ³)	8.682,3	-
Volume Tratado(1000 m ³)	-	1.400

Fonte: Sistema Nacional de Informações sobre Saneamento - SNIS

1.6 A Equipe de Saúde da Família - USF

A Unidade Básica de Saúde (UBS) Doutor Ulysses Luna, localizada na Rua Vereador Antônio Pereira, S/N, bairro Bom Sossego é composta por 12 profissionais: um médico, uma enfermeira, uma técnica de enfermagem, cinco Agentes Comunitários de Saúde, um profissional para a farmácia, uma para serviços gerais, uma dentista e um auxiliar de dentista. Todos trabalham em harmonia, de forma sincronizada para melhor atender a população

As atividades desenvolvidas abrangem desde consultas agendadas e cuidados continuados, como demanda imediata e visitas domiciliares. Uma vez por semana é destinado um turno especificamente para consulta médica de Puericultura, de Pré-natal e para visitas domiciliares. Como também, são destinados dois turnos para atendimento médico de pacientes hipertensos e diabéticos e três turnos para atendimento médico de demanda livre. Palestras de orientações sobre os mais diversos temas de saúde também fazem parte da rotina dos serviços oferecidos pela unidade básica de saúde.

Ativamente os ACS trabalham em suas determinadas regiões, facilitando o reconhecimento das fragilidades da cada família e favorecendo um acesso ou meio para a saúde, dessa pequena população. Em relação às consultas médicas, são reservadas 32 horas semanais. Também abrange a cobertura vacinal para crianças de acordo com o Ministério de Saúde, saúde bucal com consultas especializadas com uma dentista e atendimento geral com a enfermeira.

O PSF possui cadastrado um total de 677 famílias em acompanhamento, sendo 71 diabéticos e 273 hipertensos, segundo os registros da unidade.

1.7 Diagnóstico situacional

O diagnóstico situacional realizado na área de abrangência da UBS Doutor Ulysses Luna apontou os seguintes problemas de saúde: Tabagismo, Risco cardiovascular aumentado, Mortalidade infantil elevada, baixa escolaridade dos usuários e saneamento básico deficitário.

Em reunião da equipe de saúde da família, decidiu-se que o problema prioritário a ser trabalhado no momento atual é o tabagismo, tendo em vista os problemas nocivos que traz à população e a capacidade da equipe de enfrentamento do mesmo.

2 JUSTIFICATIVA

Os prejuízos causados pelo tabagismo são muito conhecidos e segundo dados epidemiológicos existe uma forte relação de causalidade entre o tabagismo e 50 diferentes tipos de doenças, principalmente as cardiovasculares, respiratórias e o câncer (PINTO; UGÁ, 2010). Para a Organização Mundial de Saúde, o tabagismo é considerado um grande desafio a ser enfrentado, pois cerca de 6 milhões de pessoas morrem a cada ano devido a esse hábito de vida (WHO,2011). Em um levantamento epidemiológico realizado na Unidade de Saúde Doutor Ulisses Luna, verificou-se alta prevalência de indivíduos tabagistas, em diversas faixas etárias. Também verificou-se, dificuldades na abordagem, tratamento e seguimento desses indivíduos. Portanto, a equipe de saúde optou-se no levantamento dos nós críticos e na elaboração de um plano de intervenção, para essa população, com a finalidade de reduzir o índice de tabagismo.

3 OBJETIVOS

Objetivo geral:

Elaborar uma proposta de intervenção para orientação e tratamento dos indivíduos tabagistas, da Unidade Básica de Saúde Doutor Ulisses Luna, com a finalidade de redução dessa prática.

Objetivos específicos:

1. Identificar o público alvo para intervenção, traçando o perfil de cada um e conhecendo a realidade social e cultural dos tabagistas.
2. Capacitar toda equipe do PSF em relação ao tema abordado, sobretudo em relação aos efeitos nocivos da nicotina e como abordar e orientar os pacientes.
3. Manter o atendimento continuado dos pacientes em estudo com referência e contra referência.

4 METODOLOGIA

Para o desenvolvimento do Plano de Intervenção foi utilizado o Método do Planejamento Estratégico Situacional (PES), que apresenta uma estimativa rápida para determinar o problema prioritário, os nós críticos e ações a serem realizadas (CAMPOS; FARIA; SANTOS, 2010). Também foi realizada uma revisão narrativa da literatura sobre o tema tabagismo no campo de saúde coletiva, nas bases de dados da biblioteca virtual em saúde com os seguintes descritores: Estratégia Saúde da Família, Tabagismo, Educação em saúde.

Para a redação do texto, foi utilizada as normas da Associação Brasileira de Normas Técnicas (ABNT).

5 REVISÃO BIBLIOGRÁFICA

Para registro de bases conceituais ao tema proposto, uma revisão teórica foi apresentada, tomando como referências as palavras-chave a ele relacionadas, no contexto deste Trabalho de Conclusão de Curso.

Tabagismo

O tabagismo surgiu há cerca de 1.000 anos antes de Cristo, tendo como berço de origem a América, onde existia o uso em rituais mágicos - religiosos. O extrato das folhas *da Nicotianatabacum*¹ também era utilizado para matar parasitas, como inseticida (LONGENECKER, 2002).

O cultivo, o costume de fumar e mascar eram práticas comuns entre os indígenas antigos no subcontinente americano, quando os colonizadores europeus exploraram essa região. A partir da observação de tais culturas, no século XVI, o ato de fumar se espalhou para a Europa (RANG et al., 2004).

Cerca de cinquenta anos após a chegada do fumo à Europa, esse estava presente em todas as camadas sociais. Os nobres, marinheiros, plebeus, soldados o usavam em forma de cachimbo. Com o passar do tempo, outras formas de se utilizar foram surgindo, como o mascado e o rapé, no fim do século XVIII; já no século seguinte, foi o uso de charuto. Essa prática logo se disseminou pela África e Ásia (ROSEMBERG, 2003).

O tabaco tornou-se tão popular que, quando chegou à Itália, através do Cardeal Santa Croce, foi cultivado no Vaticano como uma “erva divina”, sendo usada nas igrejas e catedrais durante as missas. A situação se tornou tão extrema que foi preciso que o Papa Urbano VII condenasse à excomunhão os usuários do fumo (ROSEMBERG, 2003).

Em 1880, ocorreu uma verdadeira expansão do tabagismo nos EUA, quando o americano James A. Bonsack inventou uma máquina que fabricava cerca de duzentos cigarros por minuto, o que criou condições para o aparecimento da indústria (MOUTINHO, 2006).

Foi entre 1904 e 1947 que as empresas de tabaco cresceram tão ou mais rapidamente que as de automóveis. No início do século XX, surgem diversas leis contra o tabagismo nos EUA, mas sendo abolidas no final da década de 1920,

através de estratégias combinadas. As leis meramente restritivas acabavam servindo para concentrar o setor, porque os pequenos fabricantes não suportaram a concorrência na busca de brechas na legislação (BOEIRA, 2002).

A distribuição de cigarros aos soldados nas trincheiras, durante a Primeira Guerra e a imagem do cigarro associada ao heroísmo dos soldados, transformou o produto, até então marginalizado, em um produto de massa. A guerra tratou de calar as campanhas contra o cigarro e este se tornou símbolo de liberdade na América vitoriosa e poderosa com o fim da guerra (CARVALHO, 2001).

Ribeiro et al. (1996) expõem que o consumo do cigarro cresceu consideravelmente depois da Primeira Guerra Mundial e, até a Segunda Guerra Mundial, o consumo por pessoa já aumentava de 5 a 15% por ano.

O cigarro é composto por mais de quatro mil substâncias das quais quase a metade é encontrada na folha verde do tabaco, ou seja, na forma “in natura”. A outra metade é resultante do uso de agrotóxicos, compostos orgânicos e metais pesados, sendo muitas destas substâncias responsáveis pelo efeito reforçado positivo da dependência do tabaco. Estudos clínicos e pré-clínicos demonstram que a nicotina é a principal responsável por esta dependência ao tabaco (STOLERMAN;JARVIS,1995).

A nicotina presente no fumo do tabaco a torna uma droga – adição deixando o usuário cada vez mais dependente. O usuário vai a procura de forma compulsiva, mesmo sendo consciente de suas consequências negativa para saúde (VOLKOW, 2006).

Há fortes evidências de que o tabaco faça parte da cadeia de causalidade de quase 50 diferentes doenças, principalmente o grupo das doenças cardiovasculares, cânceres e doenças respiratórias (OLIVEIRA, 2008). Destacam-se entre as doenças cardiovasculares a hipertensão, o infarto, a angina e o derrame.

Os fumantes apresentam piores indicadores de saúde do que os não fumantes e uma esperança de vida menor. Sabe-se que o consumo do tabaco tem efeitos devastadores na saúde e na longevidade dos fumantes, atingindo praticamente todos os órgãos e funções. Trata-se de um fator de risco totalmente evitável. Parar de fumar tem benefícios em qualquer idade. Os efeitos na saúde decorrentes da exposição ao fumo do tabaco continuam em investigação e novas situações patológicas, para as quais as evidências não são hoje suficientes, poderão vir a ser incluídos em futuros relatórios científicos (NUNES, 2006).

A literatura apresenta três pesquisas em grande escala sobre o tabagismo no país: a Pesquisa Nacional Sobre Saúde e Nutrição - *PNSN* (BRASIL, 1990), o Inquérito Domiciliar Sobre Comportamentos de Risco e Morbidade Referida de Doenças e Agravos não Transmissíveis - *InqDANT* (BRASIL, 2004), e a Pesquisa Especial de Tabagismo – PETab (IBGE, 2009). Ao se comparar os dados é possível notar que a prevalência de tabagismo diminuiu de 30,2% em 1989 para 19,4% em 2003, totalizando 17,5% (24,6 milhões) em 2008. Em relação ao gênero, todas as pesquisas mostram que o número de homens é quase duas vezes maior que o de mulheres. Em 1989, os mais elevados percentuais encontravam-se entre os indivíduos de 30 e 49 anos de idade; em 2003, na faixa dos 40 aos 59 anos de idade; enquanto que, em 2008 concentravam-se na faixa dos 45 a 64 anos de idade (WÜNSCH FILHO et al., 2010).

A Pesquisa Especial do Tabagismo (PETab) foi realizada como um Estudo Nacional por Amostra de Domicílios – PNAD 2008, abrangendo as pessoas de 15 ou mais anos de idade. É derivada da *Global Adult Tobacco Survey – GATS*, pesquisa que segue um modelo global para o monitoramento sistemático do uso de tabaco (fumado ou não fumado) e para o acompanhamento de indicadores-chave de controle do tabaco. De acordo com esse estudo, a maior prevalência está entre os homens (21,6%), os moradores da região Sul do país (19,0%), os que viviam na área rural (20,4%), os menos escolarizados (25,0% entre os sem instrução ou com menos de um ano de estudo) e os de menor rendimento domiciliar per capita (19,9% entre os sem rendimento ou com menos de ¼ de salário mínimo). Entretanto, em cidades economicamente mais desenvolvidas, a diferença entre homens e mulheres é bem menor. Outro dado importante foi o considerável número de fumantes passivos por residência (27,9%), pois sugere maior risco de doenças, bem como um fator indutor para que esses se tornem tabagistas (BRASIL, 2009).

Ainda de acordo com a PETab, na região Nordeste 22,9% dos homens, 11,9% das mulheres e 17,2% no total de pessoas de 15 anos ou mais de idade eram fumantes correntes de tabaco. Dentre todas as regiões do país, o Nordeste apresenta o maior percentual de homens fumantes, pessoas que vivem em área rural (21,0%) e fumantes passivos por residência (23,0%). Em relação à tentativa de cessar com o hábito de fumar, a região apresenta os menores percentuais, tanto no uso de remédios, 3,6%, quanto no aconselhamento, 12,1% (BRASIL, 2009).

O Brasil é o maior exportador de folha de fumo e o segundo maior produtor de tabaco do mundo, o que torna mais complexa as estratégias de redução e/ou diversificação das culturas em função da pressão da indústria fumageira (VARGAS; CAMPOS, 2005).

Economicamente, o cigarro provoca um prejuízo anual para o sistema público de saúde, de pelo menos R\$ 338 milhões. 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 (PINTO; UGÁ, 2010).

O Brasil, apesar de ser o maior exportador de fumo do mundo, paralelamente, possui um Programa Nacional de Controle do Tabagismo exemplar, coordenado pelo Instituto Nacional de Câncer (INCA), com ações educativas, legislativas e econômicas (IGLESIAS, 2006).

A indústria tabagista é sistematicamente rentável. Esse cenário põe em evidência que a expansão do consumo de tabaco é um problema altamente complexo que envolve muito mais do que questões de bioquímica e clínica médica.

6 PROPOSTA DE INTERVENÇÃO

6.1 Identificação dos problemas

Na unidade de saúde, podem-se notar diversos problemas, tais como: baixo nível de escolaridade; deficiência de saneamento básico; má adesão dos pacientes ao uso contínuo de medicamentos para doenças crônicas; alta prevalência de doenças com alto risco cardiovascular, como diabéticos e hipertensos; alta mortalidade infantil, com uma taxa pouco mais que o dobro da considerada aceitável pela OMS, que seria 10 óbitos para cada mil nascidos vivos, dentre outros.

Como problema primordial, pode-se observar uma grande prevalência do tabagismo na população nas diversas faixas etárias, sendo responsável por grandes complicações em todos os sistemas do organismo, sobretudo o respiratório. Em relação às ações sobre cada nó crítico do problema principal, serão detalhadas no quadro 5.

6.2 Priorização dos Problemas

Quadro 5 - Classificação de prioridades para os problemas identificados no diagnóstico da comunidade do PSF Doutor Ulysses Luna.

Comunidade de Delmiro Gouveia – PSF Doutor Ulysses Luna				
Principais Problemas	Importância	Urgência*	Capacidade de enfrentamento	Seleção
Tabagismo	Alta	7	Parcial	1
Risco cardiovascular aumentado	Alta	7	Parcial	2
Mortalidade infantil	Alta	5	Parcial	2
Escolaridade	Alta	5	Fora	3
Saneamento básico	Alta	4	Fora	4

6.3 Descrição do Problema

Como problema principal, optou-se por escolher o tabagismo para o estudo e proposta de intervenção, pois apesar das complicações naturais dos efeitos da nicotina no organismo, observa-se ainda resistência na cessação do tabagismo, mesmo com orientações adequadas.

Quadro 6 - Descritores do problema Tabagismo e suas implicações.

Descritores	Valores	Fontes
Mortes por doenças pulmonares crônicas	85%	INCA
Diversos tipos de câncer	30%	INCA
Doença coronariana	25%	INCA
Doenças cerebrovasculares	25%	INCA
Óbitos relacionados a doenças crônicas não transmissíveis	63%	INCA

6.4 Explicação do problema

Muitos pacientes referem que tem o desejo de abandonar o fumo, entretanto não conseguem se libertar. Surge dessa forma um problema de saúde pública característica apenas da espécie humana (ARAUJO et al., 2004), que abrange além dessa pequena comunidade, todas as populações existentes. De acordo com a Organização Mundial da Saúde (OMS, 2011), 1,3 bilhões de pessoas fumam no mundo e estima-se que o tabaco seja responsável por aproximadamente 6 milhões de mortes por ano, sendo calculado 600 mil mortes/ano de fumantes passivos. É relevante salientar também que o consumo de tabaco induz dependência física e psicológica na grande maioria dos consumidores, constituindo, atualmente, a primeira causa de morbidade e de mortalidade evitáveis. Durante as consultas, tal dependência era notória, como o desejo sem sucesso de abandonar o cigarro. Muitos pacientes referiam que já fumavam há décadas e que se não morreram até

agora, não seria o cigarro que iria fazer isso, demonstrando a falta de conhecimento adequado sobre o assunto. Vários pacientes, mesmo com vários quadros de desconforto respiratório, apresentam consciência de que o tabagismo era o principal protagonista; mas, mesmo assim não conseguiam parar de fumar. Dessa forma, fica evidente a complexidade na abordagem e tratamento de tais pacientes.

6.5 Identificação dos nós críticos

O tabagismo está diretamente relacionado à baixa renda, ao menor acesso à informação, à educação, à assistência à saúde. Na maioria dos países existe uma correlação entre tabagismo, baixa renda e baixo nível de escolaridade. Na China, indivíduos com nenhuma escolaridade têm uma probabilidade cerca de 7 vezes maior de serem fumantes do que indivíduos que têm o terceiro grau. No Brasil, entre os grupos de indivíduos com baixo nível de escolaridade, essa probabilidade é 5 de vezes maior (WORLD BANK, 2003). Na comunidade em que trabalho, tal relação é muito evidente, comprovando indubitavelmente tal tese.

Outro problema agravante é o relato inclusive de gestantes e menores de idade de abuso excessivo do cigarro, apesar de conhecerem as possíveis complicações danosas à saúde do organismo com essa prática. Há uma estatística alarmante: 87% das fumantes que engravidam não abrem mão do cigarro durante a gestação (BRASIL, 2016).

6.6 Desenho das operações

Quadro 7 – Desenho das operações para os “nós críticos” do problema primordial na Unidade de Saúde Doutor Ulysses Luna, no município Delmiro Gouveia - AL.

Nós críticos	Operação Projeto	Resultados Esperados	Produtos Esperados	Recursos Necessários
Escolaridade baixa e desinformação da população	Cuidando-se mais Aumentar o nível de conhecimento da população sobre o tabagismo e a	População com mais conhecimento sobre o tabagismo e necessidade de cuidados de prevenção e	Campanha educativa através de palestras de orientação, distribuição de cartilhas explicativas,	Recursos financeiros para aquisição de materiais educativos como folders, panfletos e cartilhas,

	importância de se cuidar, mesmo sem apresentar sintomas.	controle do mesmo.	dentro de uma programação local da unidade de saúde.	material audiovisual.
Tabagismo assintomático	Saber + Aumentar o nível de conhecimento da população sobre o tabagismo e a importância de se cuidar, mesmo sem apresentar sintomas.	População com mais conhecimento sobre os efeitos nocivos da nicotina.	Campanha educativa através de palestras de orientação, distribuição de cartilhas explicativas, dentro de uma programação local da unidade de saúde.	Recursos financeiros para aquisição de materiais educativos como folders, panfletos e cartilhas, material audiovisual.
Tabagismo na Gestaçã	Saúde materna Promoção à saúde. Modificar hábitos de vida inadequados, estimulando prática de exercícios físicos em substituição ao tabagismo.	Diminuir o número de gestantes tabagistas, evitando problemas na formação do feto.	Programa de caminhada orientada pela equipe de saúde e campanhas educativas.	Adquirir folhetos educativos e recursos audiovisuais para a campanha educativa. Disponibilidade da equipe de saúde para organizar as caminhadas.
Equipe com poucos conhecimentos sobre efeitos nocivos da nicotina	Orientação sobre triagem adequada e identificação de possíveis complicações do tabagismo, sobretudo na fase inicial.	Equipe sensibilizada e capacitada para orientar a população quanto ao efeito prejudicial do tabagismo.	Orientações através de palestras orientadoras	Organizar Capacitação e recursos financeiros para compra de material usado na campanha educativa.

Para a realização de uma proposta de intervenção plausível é fundamental identificar o público alvo para intervenção, traçar o perfil de cada um e conhecer a realidade social e cultural dos tabagistas. Essa medida pode ser realizada por meio de uma triagem e consultas, ressaltando essa abordagem.

Posteriormente, capacitar toda a equipe da UBS, em relação aos efeitos nocivos da nicotina, em como abordar o paciente, a melhor forma de passar as

informações em uma linguagem acessível para o indivíduo e saber quando e para onde referenciar o paciente. A capacitação ou orientação, sobretudo dos ACS, poderá ser feita pelo médico ou pela coordenação da atenção básica, por meio de profissionais capacitados.

Fazer grupos de reuniões ou atendimentos específicos para os tabagistas e manter o atendimento continuado, por meio do auxílio dos agentes comunitários de saúde, nas visitas e orientações nos domicílios, resgatando os ausentes dos atendimentos e adicionando mais informações quando necessário.

Mas, não deverá ser realizada apenas a orientação, e sim, introduzir o uso de terapêutica e apoio de especialistas, quando for necessário, pois nem sempre será possível intervir na dependência da nicotina apenas com a atenção primária a saúde. Algumas complicações graves e irreversíveis podem surgir em consequência do tabagismo crônico. Nesse caso, a participação de uma equipe multidisciplinar, tais como pneumologista, psicólogo, oncologista, dentre outros, seria um apoio de suma importância. A secretaria de saúde do município já possui tais profissionais aderidos ao SUS que podem ajudar nesse dilema.

6.7 Identificação dos recursos críticos

Os recursos críticos para elaboração da intervenção poderão ser por meios políticos, financeiros e organizacionais.

Pela ótica da política, recursos para maior articulação e agilidade entre os setores de saúde com mais adesão de profissionais capacitados.

Por meio do financeiro, recursos necessários para contratação de mais profissionais, cursos de capacitação e meios de comunicação educativos e didáticos.

Por fim, meios organizacionais com mobilização social para conscientização dos riscos iminentes do tabagismo.

6.8 Análise da viabilidade do plano

A viabilidade do plano está atrelada, de certa forma, a motivação dos atores protagonistas, pois tal motivação é passível de modificação ao decorrer do tempo. É fundamental realizar ações estratégicas que visam mobilizar, convencer, cooptar ou

até mesmo pressionar os responsáveis para que mudem sua posição com a finalidade favorável ao plano, pois divergências e empecilhos sempre vão ocorrer. Dessa forma, por meio de apresentação de projetos e busca constante de apoio dos diversos setores, que envolvem a saúde pública será possível à efetivação do projeto.

6.9 Plano operativo

A designação de responsáveis pelas operações do projeto e prazos para cumprimento das medidas necessárias será dividida por toda equipe da unidade de saúde em conjunto.

Para identificar o perfil dos tabagistas, a técnica de enfermagem ficará responsável durante a triagem, em todas as consultas.

A secretaria de saúde do município ficará responsável por providenciar a capacitação de toda equipe, por meio de profissionais especialistas na área. Seria ideal tal ato antes de iniciar o projeto, entretanto, caso houvesse alguma dificuldade na execução desse ato, o médico da unidade ficaria responsável em orientar toda equipe antes de tudo.

Os grupos de reuniões seriam elaborados com uma consulta médica por mês inicialmente, para tentar acompanhar e obter aderência da população alvo, com orientações, exame físico, solicitação de exames e encaminhamentos quando necessário. Além dos grupos, os ACS ficariam responsáveis em resgatar os ausentes durante todo o processo.

Por fim, o apoio de uma equipe multidisciplinar, que aproveitaria os profissionais já vinculados ao município, na rede do SUS.

6.10 Gestão do Plano

O modelo de gestão será gerenciado pela coordenação do PSF, que no caso é a enfermeira da unidade. A cada três meses, todas as atividades serão avaliadas, com a finalidade de identificar possíveis falhas ou dificuldades no processamento do projeto, para possível correção. Dessa forma, com organização, compromisso, disciplina e dedicação, espera-se obter uma proposta intervencionista digna de sucesso.

7 CONSIDERAÇÕES FINAIS

O tabagismo e suas implicações na saúde do indivíduo envolvem uma diversidade de fatores sociais, culturais e econômico, os quais exigem a participação da equipe multidisciplinar, com estratégias combinadas para superação dessa prática tão nociva para saúde da comunidade. O plano de intervenção teve como objetivo a redução da porcentagem de tabagistas e o adequado manejo das complicações oriunda da nicotina, haja vista a grande possibilidade de prevenção de tais males.

Após a identificação do perfil social do público alvo, através da capacitação adequada de toda equipe envolvida no projeto, associado ao trabalho contínuo, pode-se conseguir fazer a diferença na saúde pública desse grupo abordado. Mas, para que tais objetivos se tornem uma realidade, vai depender do financiamento dos recursos, do interesse dos pacientes e da disponibilidade e motivação da equipe durante todo o processo.

REFERÊNCIAS

ARAUJO, A. J. et al . Diretrizes para Cessação do Tabagismo. **J. Bras. Pneumol.**, São Paulo , v. 30, supl. 2, p. S1-S76, Aug. 2004 . Disponível em: <<http://www.scielo.br/scielo>

BOEIRA, S.L. **Atrás da cortina de fumaça**. Tabaco, tabagismo e meio ambiente: estratégias da indústria e dilemas da crítica. Itajaí: UNIVALI, 2002.

BRASIL. Ministério da Saúde. Instituto Nacional de Alimentação e Nutrição. **Pesquisa nacional sobre saúde e nutrição**: perfil de crescimento da população brasileira de 0 a 25 anos. Brasília: Instituto Nacional de Alimentação e Nutrição; 1990.

BRASIL. Ministério da Saúde. Instituto Nacional de Câncer - INCA. Ministério da Saúde. **Inquérito domiciliar sobre comportamentos de risco e morbidade referida de doenças e agravos não transmissíveis**: Brasil, 15 capitais e Distrito Federal, 2002-2003. Rio de Janeiro: INCA; 2004

BRASIL. Ministério da Saúde. Instituto Nacional do Câncer – INCA. Ministério da Saúde. **Grávidas fumantes**: os malefícios do cigarro na gestação. 2009 Disponível em: <http://www2.inca.gov.br/wps/wcm/connect/agencianoticias/site/home/noticias/2016/gravidas-fumantes-os-maleficios-do-cigarro-na-gestacao>. Acesso em 20 de agosto de 2016.

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

CARVALHO, M.C. **O Cigarro**. São Paulo: Publifolha, 2001.

IGLESIAS, E. **A economia do controle do tabaco nos países do mercosul e associados**: Brasil. Biblioteca Sede OPAS – Catalogação-na-fonte. Washington, D.C.:OPAS, 2006.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA-IBGE **Pesquisa nacional por amostra de domicílio, 2008**. Rio de Janeiro: IBGE, 2009. Disponível em: <<http://www.inca.gov.br/inca/Arquivos/publicacoes/tabagismo.pdf>>. Acesso em: 20 de agosto de 2016.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA-IBGE. **IBGE cidades**, 2015. Disponível em: cidades. Ibge. gov.br

LONGENECKER, G.L. **Drogas: ações e reações**. São Paulo: Market Books, 2002.

MOUTINHO, A.V. Marlboro: o discurso político mudou? **Cadernos de Estudos Mediáticos**. Porto: Edições Universidade Fernando Pessoa, 2006 Disponível em: <http://bdigital.ufp.pt/bitstream/10284/745/1/comunicacao_politica.pdf>. Acesso em: 24 de agosto de 2016.

NUNES, E. Consumo de tabaco. Efeitos na saúde. **Revista Portuguesa de Clínica Geral**, v.22, n.2, p.225-44, mar. 2006.

OLIVEIRA, A.F. et al. Aspecto da mortalidade atribuível ao tabaco: revisão sistemática; **Revista de Saúde Pública**, v. 42, n. 2, p. 335-45, 2008;. Disponível em <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-89102008000200020&lng=pt&nrm=iso>. Acesso em: 20 de agosto 2016.

ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD. **Informe OMS sobre la epidemia mundial de tabaquismo, 2011**. Genebra, 2011.

PINTO, M.; UGÁ, M.A.D. Os custos de doenças tabaco-relacionadas para o Sistema Único de Saúde. **Caderno de Saúde Pública**, v. 26, n. 6, p. 1234-1245, jun 2010.

PREFEITURA MUNICIPAL DE DELMIRO GOUVEIA, 2016. Disponível em: www.delmirogouveia.al.gov.br/

RANG, H.P.; DALE, M.M.; RITTER, J.M.; MOORE, P.K. **Farmacologia**. 5 ed. Rio de Janeiro: Elsevier, 2004.

RIBEIRO, S.A. et al. Prevalência de tabagismo na Universidade Federal de São Paulo, 1996 – dados preliminares de um programa institucional. **Rev. Ass. Med. Brasil.**, v. 45, n. 1, p. 39-44, 1999. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/%0D/ramb/v45n1/1697.pdf>>. Acesso em: 20 de agosto de 2016.

ROSEMBERG, J. **Nicotina: Droga Universal**. São Paulo: SES/CVE, 2003.

STOLERMAN, I.P.; JARVIS, M.J. The Scientific Case that Nicotine Is Addictive. **Psychopharmacology**. v.117, p. 2-10, 1995.

VARGAS, M.A.; CAMPOS, R.A. **Crop Substitution and Diversification Strategies: Empirical Evidence from Selected Brazilian Municipalities**. Washington, DC: The International Bank for Reconstruction Development, The World Bank; 2005.

VOLKOW, N.D. Tobacco Addiction. National Institute on Drug - Abuse Research Report Series 06; 4342, 2006.

WORLD BANK. Tobacco & Health in the Developing World. A Background Paper for the HighLevel Round Table On Tobacco Control and Development Policy. Organized by the EuropeanCommission in collaboration with the World Health Organization and the World Bank, Brussels, 2003.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. Who Report on the Tobacco Epidemic, 2011. Spanish.-Disponível em: http://www.who.int/tobacco/global_report/2011/exec_summary/en/ Acesso em: 20/08/2016.

WÜNSCH FILHO, V; MIRRA, A.P.; LÓPEZ, R.V.M.; ANTUNES, L.F. Tabagismo e câncer no Brasil: evidências e perspectivas. **Rev. Bras. Epidemiol.**, v.13, n.2, p. 175-87, São Paulo, 2010.