

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

JOÃO VICTOR VELOSO GONÇALVES GODINHO

**PLANO DE AÇÃO PARA DIMINUIR O ÍNDICE DE TABAGISMO NA
UBS MANOEL JACY TORQUATO, NA CIDADE DE MORADA NOVA
DE MINAS/MG**

**SETE LAGOAS/MG
2015**

JOÃO VICTOR VELOSO GONÇALVES GODINHO

**PLANO DE AÇÃO PARA DIMINUIR O ÍNDICE DE TABAGISMO NA
UBS MANOEL JACY TORQUATO, NA CIDADE DE MORADA NOVA
DE MINAS, MG.**

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

Orientador: Prof. Bruno Leonardo de Castro Sena

**SETE LAGOAS/MG
2015**

JOÃO VICTOR VELOSO GONÇALVES GODINHO

**PLANO DE AÇÃO PARA DIMINUIR O ÍNDICE DE TABAGISMO NA
UBS MANOEL JACY TORQUATO NA CIDADE DE MORADA NOVA
DE MINAS/MG**

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

Orientador: Prof. Bruno Leonardo de Castro Sena

BANCA EXAMINADORA

Prof. Bruno Leonardo de Castro Sena (UFMG)

Prof.: _____

Aprovada em Belo Horizonte em ____/____/____

DEDICATÓRIA

Dedico este trabalho a toda Equipe de Saúde Manoel Jacy Torquato, em Morada Nova de Minas/MG, e ao povo moradense pela forma acolhedora como recebeu minha noiva e eu, desde a nossa chegada ao município.

AGRADECIMENTOS

Agradeço a Deus por ter me proporcionado coragem e determinação necessárias para a realização de todas estas atividades.

A minha noiva, Thais, o companheirismo, o amor e o apoio dispensados a mim para a realização deste propósito.

À equipe de saúde, Manoel Jacy Torquato, a disponibilidade e o suporte para que este trabalho pudesse ser implementado no município de Morada Nova de Minas, MG.

Agradeço, ainda, a todos que se envolveram neste trabalho; professores, a população moradense, em especial da minha área de atuação, e à secretaria de saúde de Morada Nova de Minas.

RESUMO

O tabagismo caracteriza-se como um problema de saúde pública e está associado à causa de diversas doenças. Por esse motivo, entende-se que ele precisa ser combatido com o propósito de tentar reduzir os casos já existentes e impedir o surgimento de outros novos. Isso pode ser alcançado através do acesso à informação, da orientação à população sobre as ocorrências associadas a esse vício. No bairro São Geraldo, na cidade de Morada Nova de Minas/MG, o tabagismo foi apontado como o principal problema de saúde da comunidade, após realização de um diagnóstico situacional pelo método da Estimativa Rápida. Portanto, o objetivo geral deste TCC foi o de elaborar um plano de ação para conter a quantidade de tabagistas, na área urbana da ESF Manoel Jacy Torquato, nessa cidade. Também foi realizada revisão de literatura com os descritores (hábito de fumar, abandono do uso de tabaco, produtos para abandonar o uso de tabaco). Esse fato se deu com o objetivo de embasar as ações desejadas por meio de um banco de dados: SciELO, LILACS, MEDLINE, através da seleção de artigos, sobre o referido tema, publicados entre os anos de 1990 e 2015. Na elaboração do plano, foi adotado o método do Planejamento Estratégico Situacional, com proposição de 4 projetos de intervenção: Mais Saúde; Saber Mais; Força a Mais; Linha de Cuidado. Eles atuam diretamente sobre o nó crítico eleito. Diante dos fatos, constatou-se, que é essencial criar um planejamento local que valorize as peculiaridades da população e que aborde tanto os adictos quanto a prevenção à dependência. Além do mais, o trato multiprofissional dado ao tabagismo é um estímulo para alcançar sucesso no abandono desse vício e é de extrema importância, também, a existência uma articulação dos profissionais da saúde com outros de setores governamentais.

Descritores: hábito de fumar; abandono do uso de tabaco; produtos para o abandono do uso de tabaco.

ABSTRACT

Smoking it is a public health problem and is involved in the pathogenesis of several diseases. For this reason it is understood that must be fought trying to reduce existing cases and avoiding the emergence of new cases by informing, educating the population of the problems related to this addiction. In São Gerardo neighborhood, Morada Nova de Minas/MG, smoking was chosen as the main health problem of the community. The district has an estimated population of 1100 using the UBS Manoel Jacy Torquato. Thus, this project aimed to an action plan aiming to reduce smoking in São Geraldo neighborhood, in Morada Nova de Minas/MG from the preparation of situational diagnosis of the area. The aim of this work was to draw up a plan of action to reduce the number of smokers in urban areas of the ESF Manoel Jacy Torquato in Morada Nova de Minas/MG .We carried out the method of rapid estimation using data Unit and the Department of Health. Literature review was also made with the keyword (smoking; tobacco use cessation; tobacco use cessation products) to support the planning through the following databases: SCIELO, LILACS, MEDLINE, selecting articles on that topic published between the years 1990 and 2015. In developing the action plan was adopted by the following dynamics: step description to be developed following the theoretical framework discussed in the Department of Planning and Evaluation Actions on Health, Specialization Course in Primary Care in the Family of the Federal University of Minas Gerais Health and specifics of the intervention related to the stages described. Four action projects have been proposed: More Health; Learning more; More forces; Care line. Projects act on critical situation: lifestyle habits of smokers; Level of information about smoking; Access to medicines in the cessation aids; Working process in health. It was concluded that it is essential to develop a local plan that values the community's particular addressing both addicts as preventing initiation. In addition, the multidisciplinary approach of smoking is the main factor for greater success in the abandonment of this addiction and it is very important there is an articulation of these health professionals with other government sectors.

Keywords: smoking; tobacco use cessation; Tobacco use cessation products.

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

ACS	Agente Comunitário de Saúde
CRAS	Centro de Referência de Assistência Social
ESF	Equipe de Saúde da Família
IBGE	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
MS	Ministério da Saúde
NASF	Núcleo de Apoio à Saúde da Família
SUS	Sistema Único de Saúde
UBS	Unidade Básica de Saúde

LISTA DE TABELAS

Tabela 1: Aspectos demográficos.....	14
---	----

LISTA DE QUADROS

Quadro 1: Desenho de operações para os “nós críticos” no “Plano de ação para diminuir o índice de tabagismo na UBS Manoel Jacy Torquato na cidade de Morada Nova de Minas/MG”	32
Quadro 2: Recursos críticos para o desenvolvimento das operações definidas para o enfrentamento dos “nós críticos” no “Plano de ação para diminuir o índice de tabagismo na UBS Manoel Jacy Torquato na cidade de Morada Nova de Minas/MG”	33
Quadro 3: Propostas de ações para a motivação dos atores no “Plano de ação para diminuir o índice de tabagismo na UBS Manoel Jacy Torquato na cidade de Morada Nova de Minas/MG”	34
Quadro 4: Os responsáveis por cada operação e os prazos necessários para realização dos projetos no “Plano de ação para diminuir o índice de tabagismo na UBS Manoel Jacy Torquato na cidade de Morada Nova de Minas/MG”	35
Quadro 5: Operações sobre o nó crítico “Hábitos de vida dos tabagistas” relacionado ao “Plano de ação para diminuir o índice de tabagismo na UBS Manoel Jacy Torquato na cidade de Morada Nova de Minas/MG”	36
Quadro 6: Operações sobre o nó crítico “Nível de informação sobre o tabagismo” relacionado ao “Plano de ação para diminuir o índice de tabagismo na UBS Manoel Jacy Torquato na cidade de Morada Nova de Minas/MG”	37
Quadro 7: Operações sobre o nó crítico “Acesso aos medicamentos auxiliares na cessação” relacionado ao “Plano de ação para diminuir o índice de tabagismo na UBS Manoel Jacy Torquato na cidade de Morada Nova de Minas/MG”	39
Quadro 8: Operações sobre o nó crítico “Processo de Trabalho em saúde” relacionado ao “Plano de ação para diminuir o índice de tabagismo na UBS Manoel Jacy Torquato na cidade de Morada Nova de Minas/MG”	40
Quadro 9: Monitoramento da cessação de tabagismo na área urbana da UBS Manoel Jacy Torquato, em Morada Nova de Minas/MG	42

LISTA DE FIGURAS

- Figura 1:** Mapa de Localização da cidade de Morada Nova de Minas/MG.....15
- Figura 2:** Unidade Básica de Saúde Manoel Jacy Torquato.....16

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO.....	13
1.1 Contexto Geral.....	14
1.2 Diagnóstico Situacional	15
2 JUSTIFICATIVA	19
3 OBJETIVOS.....	21
3.1 Objetivo Geral.....	21
3.2 Objetivos Específicos.....	21
4 METODOLOGIA	22
5 REVISÃO DE LITERATURA	23
5.1 O Tabagismo.....	23
5.2 Epidemiologia	24
5.3 Fatores de Risco	25
5.4 Consequências	27
5.5 Controle do Tabagismo	29
6 PLANO DE AÇÃO	31
6.1 Identificação dos problemas da comunidade.....	31
6.2 Priorização do problemas.....	31
6.3 Descrição e explicação do problema: tabagismo.....	31
6.4 Seleção dos nós críticos.....	32
6.5 Desenho das operações.....	32
6.6 Análise dos recursos críticos, atores e viabilidade.....	33
6.7 Elaboração do Plano Operativo.....	35
6.8 Gestão do Plano.....	42
7 CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	43
REFERÊNCIAS.....	44

1 INTRODUÇÃO

O Tabagismo, hoje, é visto como um problema de saúde pública e está associado à origem de inúmeras outras doenças. Atualmente, existem mais de cinquenta delas relacionadas a essa dependência, segundo a diretriz clínica sobre tabagismo, da Associação Médica Brasileira e Agência Nacional de Saúde Complementar (2011). E conforme dados da Organização Mundial da Saúde, é a principal causa de morte evitável no mundo e, aproximadamente, um terço da população global, com 15 anos ou mais, é tabagista (WHO, 2004).

O cigarro contém inúmeras substâncias, várias delas têm caráter cancerígeno e outras tantas são consideradas tóxicas. Segundo dados do Instituto Nacional de Câncer (INCA, 2001), temos hoje 1,1 bilhão de fumantes no mundo e mortalidade mundial anual relacionada ao tabagismo de 4 milhões de pessoas. No Brasil ocorrem 200 mil óbitos por ano (INCA, 2015). Nota-se, porém, uma redução do tabagismo no Brasil, a partir da década de 1990, mesmo porque existem políticas de saúde pública cada vez mais rigorosas na tentativa de reduzir ainda mais este número.

As autoridades de saúde começaram a defender o controle do tabaco no Brasil durante a década de 1970. Mas, o contexto social da época não possibilitava a adoção de políticas contra o tabagismo: fumar era uma prática aceita socialmente, além de ser apoiada pela mídia. Assim, apenas em meados dos anos 80 é que foram iniciadas intervenções públicas e uma abordagem mais sistemática dessa questão (BRASIL, 2000).

Devido ao efeito de dependência da nicotina, a taxa de pacientes que consegue cessar o tabagismo sem auxílio de medicação é baixo, bem como o número de profissionais da saúde para auxiliá-los. Essa taxa é considerada baixa se comparada a daqueles que recebem a assistência dos profissionais, segundo dados da Associação Médica Brasileira e Agência Nacional de Saúde Complementar. Em vista disso, é importante avaliar o grau dessa dependência para planejar as ações de abordagem desses pacientes.

A atenção primária tem grande importância no combate ao tabagismo, dada a sua capacidade de envolver os atores da comunidade, de entender o problema e suas peculiaridades, inerentes de cada local. Diretrizes específicas para cessação

desse vício devem ser usadas como fonte de ações auxiliares para se chegar ao objetivo final que é o de eliminar o tabagismo.

1.1 Contexto Geral

O município de Morada Nova de Minas localiza-se no Alto do São Francisco, (represa de Três Marias), no Centro Oeste do Estado de Minas Gerais. Possui uma área territorial de 2.085km², dos quais 550,94 km², de área alagada. Distante 300km de Belo Horizonte, a capital mineira. Seus limites territoriais são as cidades de São Gonçalo do Abaeté, Três Marias, Felixlândia, Pompéu, Abaeté, Biquinhas e Tiros.

A localidade tem como atual prefeito Walter Francisco de Moura - (2014-2017) e, Sra. Maria Helena Álvares de Moura como secretária municipal de saúde.

Atualmente, o lugar conta com uma população de 8.255 habitantes (IBGE – Censo 2010), possui uma taxa de crescimento populacional de 1,31% e sua densidade demográfica é de 3,98 hab/km². Estimativa para 2014 foi de 8712 habitantes, segundo IBGE.

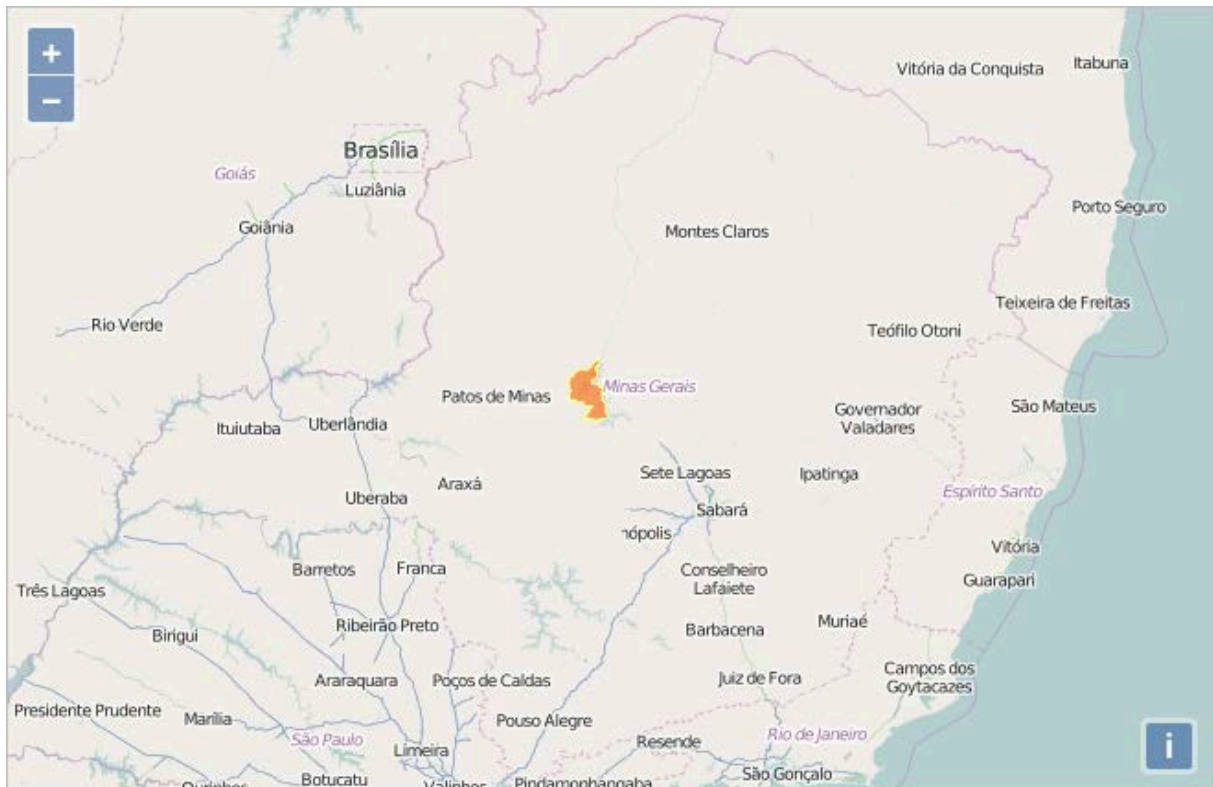
TABELA 1: Aspectos Demográficos

POPULAÇÃO POR FAIXA ETÁRIA E SEXO – 2012			
FAIXA ETÁRIA	MASCULINO	FEMININO	TOTAL
<1	66	56	122
1-4	215	209	424
5-9	290	313	603
10-14	386	387	773
15-19	369	329	698
20-59	2415	2266	4681
60-79	465	477	942
80+	53	57	110
TOTAL	4259	4094	8353

Fonte: Datasus (2012).

O município de Morada Nova de Minas localiza-se na microrregião de Sete Lagoas, segundo Plano Diretor de Regionalização, e conta com três Equipes de Saúde da Família (ESF), que, de acordo com dados da Prefeitura Municipal, abrange 100% da população.

Figura 1: Mapa de Localização da cidade de Morada Nova de Minas/MG.



Fonte: IBGE (2015).

1.2 Diagnóstico Situacional

A UBS “Manoel Jacy Torquato” está localizada no bairro São Geraldo e contempla uma população de 2200 pessoas, das quais 1112 são da área rural. A unidade também possui estrutura física adequada para atendimento, boa recepção, área externa reservada para atividades, sala de curativos, sala de observação, consultório médico, sala da enfermagem, sala de reuniões, copa e sanitários. A cobertura dessa UBS abrange a zona rural do município e além dela, situada na área urbana, ele conta com postos de saúde nas áreas rurais (Posto de Saúde de Vau das Flores; Posto de Saúde de Frei Orlando; Posto de Saúde de Caçimbas; Posto de Saúde de Traçadal).

Figura 2: Unidade Básica de Saúde Manoel Jacy Torquato



Fonte: Autoria Própria (2015).

A ESF conta com 1 médico, 1 enfermeira, 5 técnicos de enfermagem, 1 recepcionista, 6 agentes comunitários de saúde e 5 profissionais de serviços gerais. A UBS recebe apoio, além do mais, de acadêmicos de medicina da UFMG. O período de atendimento da UBS é de 7h às 16h. Com o intuito de obter mais organização e devido a estrutura já ter sido estabelecida há algum tempo, com boa aceitação pela comunidade, outros horários, (fora do expediente), foram estabelecidos para puericultura e pré-natal. A maioria das consultas são agendadas, e 10% dos atendimentos são de urgência. Algumas ações básicas que são efetuadas pela ESF: curativo, injeção, inalação, puericultura, visitas domiciliares, colpocitologia oncótica (“preventivo”), pré-natal, puerpério, teste do pezinho, entre

outros. Realizam-se, mensalmente, reuniões com os grupos de risco: gestantes e diabéticos e hipertensos.

A localidade conta, além do mais, com uma equipe de Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF2), (implantado em abril 2015), composta por profissionais de Fonoaudiologia, Nutrição, Psicologia e Educação Física, e tem como sede a Unidade Básica de Saúde “Tito José Álvares da Silva”.

Morada Nova de Minas possui também o Hospital Casa de Caridade de São Sebastião (HCCSS), que realiza atendimento de urgência e emergência, e serviço de internações/enfermaria. Nele são efetuados alguns exames laboratoriais básicos, em caráter de urgência ou eletivos.

A população local ainda conta com atendimentos periódicos de profissionais nas especialidades de Psiquiatria, Ortopedia, Ginecologia e Obstetrícia. Esses atendimentos ocorrem no ambulatório do hospital da cidade, HCCSS. Outras demandas de especialidades e de exames complementares mais complexos são encaminhados a cidades parceiras (“referências”): Três Marias, Abaeté, Sete Lagoas e Belo Horizonte.

Na área da ESF, durante consultas médicas, constatou-se alta incidência de tabagismo, ainda sem cuidado específico. Acontecimento curioso e que despertou grande interesse na abordagem do tema foi o fato de muito pacientes manifestarem o desejo de cessar o tabagismo. Embora muitos deles tenham usado como empecilho para acabar com a dependência, a gama de sintomas quando ficavam sem o cigarro.

Diante de dois problemas, o da associação do tabagismo com outras drogas e o da influência do tabagismo na gênese de diversas doenças, utilizou-se o documento “Diretrizes para a coleta e análise de dados”, proposto na referência básica, para definição das informações a serem colhidas no Diagnóstico Situacional: informações sobre a população e identificação do número total de tabagistas da área urbana da nossa ESF. De acordo com dados da ESF Manoel Jacy Torquato, há 166 tabagistas cadastrados, (7,54% da população total da área), entre eles, 98 são homens e 68 são mulheres.

Informações sobre o ambiente e o perfil de doenças - Identificar os principais problemas de saúde apresentados pelos pacientes tabagistas (HAS, DM, DAP, IAM, AVC, entre outras).

Informações sobre os serviços – Além da criação de grupo operativo específico para a questão do tabagismo, buscar-se-á apoio psicológico da equipe do NASF, recém implantado no município, para os pacientes com nível de dependência elevado, de acordo com escala de Fagerström. O grupo disponibilizará reuniões mensais e será útil para sanar dúvidas dos pacientes através de pequenas palestras a fim de esclarecê-los sobre os malefícios do cigarro. Além do mais, haverá troca de experiências entre esses pacientes, que ao interagirem, acabarão por compartilhar o mesmo problema, uns com os outros.

Informações sobre a política de saúde – Identificar, no município, políticas de saúde presentes que tenham como foco o tabagismo, sua prevenção, seu tratamento e o amparo continuado a esses pacientes. É relevante também o apoio prestado pelos gestores ao projeto, visto que esse suporte viabilizá esforços para se chegar à terapia medicamentosa destinada aos dependentes.

Os ACS (agentes comunitários de saúde) serão essenciais na busca ativa de pacientes para compor o projeto antitabagismo.

Diante desses elementos, intensifica-se a necessidade de atender esses usuários, por meio de ações de intervenção, promoção e prevenção de complicações advindas desse condição de dependência, com o propósito de reduzir a morbimortalidade.

2 JUSTIFICATIVA

O tabagismo é uma questão de saúde pública de grande importância, haja vista a sua influência na gênese de várias outras doenças. E por considerar todo conhecimento já adquirido sobre os malefícios desse hábito, tem sido possível sensibilizar os fumantes de forma mais efetiva, o que facilitou muito a intervenção nesse grupo de pessoas.

Na literatura há diversos estudos que comprovam o benefício da interrupção do vício. Quando comparadas com as pessoas que continuam a fumar, as que deixam de fumar antes dos 50 anos de idade apresentam uma redução de 50% no risco de morte por doenças relacionadas ao tabagismo após 16 anos de abstinência. O risco de morte por câncer de pulmão sofre uma redução de 30 a 50% em ambos os sexos após 10 anos sem fumar e o risco de doenças cardiovasculares cai pela metade após um ano sem fumar (CDC, 1990; DOLL *et al.*, 1994, 2004).

Com relação ao tabagismo durante a gravidez, as mulheres que param de fumar, antes ou durante os primeiros 3 ou 4 meses de gestação, têm risco igual ao das mulheres que nunca fumaram, de ter bebês com baixo peso (CDC, 1990).

No Brasil, há dados que demonstram os custos para o Sistema Único de Saúde (SUS) referentes ao tratamento das principais doenças tabaco-relacionadas (câncer, doenças cardiovasculares e doenças respiratórias); foram da ordem de R\$ 338.692.516,02, em 2005. Enquanto isso, o Ministério da Saúde gastou R\$ 21.123.032,98, na compra de medicamentos (adesivo transdérmico de nicotina 7, 14 e 21 mg; goma de mascar de nicotina 2 mg; cloridrato de bupropiona 150mg) disponíveis no SUS em 2006 (SBPT, 2010).

Com relação aos aspectos sexuais e reprodutivos, o tabagismo está relacionado à impotência masculina, à redução da fecundidade da mulher, (reduz em cerca de 40% as chances engravidar), à maior morbimortalidade da gestante e feto e à maior taxa de mortalidade perinatal (SBPT, 2004).

Hoje existem mais de 50 enfermidades vinculadas ao fumo, e elas atingem principalmente os aparelhos respiratório (doença pulmonar obstrutiva crônica – DPOC, algumas doenças intersticiais, agravamento da asma), cardiovascular (aterosclerose, arterial coronariana, acidente vascular cerebral, aneurisma, tromboangiíte obliterante, associação tabaco-anovulatório), digestivo (refluxo gastroesofágico, úlcera péptica, doença de Crohn, cirrose hepática), geniturinário

(disfunção erétil, infertilidade, hipogonadismo, nefrite), neoplasias malignas (cavidade oral, faringe, esôfago, estômago, pâncreas, cólon, reto, fígado e vias biliares, rins, bexiga, mama, colo de útero, vulva, leucemia mielóide), na gravidez e no feto (infertilidade, abortamento espontâneo, descolamento prematuro da placenta, placenta prévia, pré-eclampsia, gravidez tubária, menor peso ao nascer, parto prematuro, natimortos, mortalidade neonatal, malformações congênitas, prejuízo no desenvolvimento mental em idade escolar) e outras (envelhecimento da pele, psoríase, osteoporose, artrite reumatoide, doença periodontal, cárie dental, estomatites, leucoplasias, língua pilosa, pigmentação melânica, halitose, queda das defesas imunitárias). Entre as repercussões socioeconômicas citamos: desvio de renda (menos gastos com as necessidades básicas) e perda de produtividade (por retenção no leito, absenteísmo no trabalho, pensões, acidentes, assistência médica, invalidez e mortes precoces) (SBPT, 2010).

A criança sujeita à exposição tabágica, em seu domicílio, tem um risco acrescido de síndrome de morte súbita, doença do ouvido médio, e otite média aguda; de aparecimento da asma ou exacerbação dos sintomas quando o mal já existe; do aumento da hiperreatividade brônquica; do aumento dos sintomas respiratórios crônicos; da doença respiratória aguda como bronquite, pneumonia e bronquiolite com maior necessidade de hospitalização (BARRADAS, 2010).

O risco de doença é reduzido com a interrupção do tabagismo e continua a cair com a manutenção da interrupção. A cessão do vício é uma prioridade clara para os trabalhadores da saúde (SAMET, 1991).

Com relação ainda aos benefícios de cessação do tabagismo, todo o ganho que se tem com a interrupção desse hábito vai muito além de apenas o ganho de peso esperado, em média 2.3kg, devem-se considerar também os ganhos psicológicos associados à suspensão desse vício (CDC, 1990).

Revisão sistemática evidencia que intervenções para interrupção do tabagismo - terapia comportamental e ou medicamentosa - em atenção primária consegue prevenir e interromper o vício em crianças e adolescentes (PATNODE *et al.*, 2013). A maioria dos jovens não têm consciência do poder viciante do tabaco e, quando desejam parar de fumar, têm dificuldade de fazê-lo sozinhos. (BARRADAS, 2010).

3 OBJETIVOS

3.1 Objetivo Geral

Elaborar um plano de ação para reduzir o número de tabagistas na área urbana da ESF Manoel Jacy Torquato, em Morada Nova de Minas/MG.

3.2 Objetivos Específicos

- Informar para a comunidade sobre os riscos do tabagismo e aumentar as informações da equipe de saúde sobre o problema;
- Obter dados, através do registro feito pela equipe, acerca de condições associadas ao tabagismo como comorbidades associadas e outras dependências;
- Diminuir o risco de doenças cardiovasculares, respiratórias e câncer associados ao tabagismo e indiretamente diminuir mortalidade;
- Criar um grupo de tabagistas para uma abordagem mais específica deste problema com estímulo para mudança de hábitos de vida como uma alimentação saudável e a prática regular de exercícios físicos
- Fornecer suporte psicoemocional com auxílio do Núcleo de Apoio à Saúde da Família aos paciente com grau elevado de dependência da nicotina, na intenção de aumentar as chances de sucesso na interrupção do problema;
- Ofertar medicamentos auxiliares na contenção do tabagismo, de forma regular, para permitir o tratamento necessário;

- Estimular uma alimentação saudável e a prática regular de exercícios físicos com a finalidade de se evitar o ganho de peso, ao interromper os hábitos tabagistas.

4 METODOLOGIA

Inicialmente realizou-se o Diagnóstico situacional do problema através do método de estimativa rápida. Os dados coletados foram baseados nos seguintes princípios: registros da Unidade de saúde e de fontes secundárias como Sistema de Informação da Atenção Básica (SIAB), Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE); entrevistas com informantes-chave da comunidade e observação ativa da área pelos membros da equipe especialmente os agentes comunitários de saúde.

Após a realização do diagnóstico situacional, iniciou-se a construção do plano de ação por meio do PES. Em reuniões de equipe, verificamos os problemas mais comuns da comunidade e, em seguida, priorizamos a questão – tabagismo - a começar de sua importância bem como da nossa capacidade de enfrentamento. Descrevemos esse assunto e o caracterizamos do modo mais claro possível. Através da identificação de suas causas, descobrimos os nós críticos necessários para impactá-lo e transformá-lo. A partir desse detalhamento, iniciamos o planejamento para operacionalização das estratégias de enfrentamento. Logo após, analisamos os recursos financeiros, organizacionais, cognitivos e políticos para realização das ações propostas. A viabilidade do projeto foi analisada e os prazos e responsáveis escolhidos.

Para a fundamentação teórica deste trabalho, foi feita pesquisa bibliográfica, na modalidade de revisão de literatura, nos seguintes bancos de dados: SciELO, LILACS, MEDLINE. Aplicaram-se os seguintes descritores: hábito de fumar, abandono do uso de tabaco e produtos para o abandono desse uso. Também utilizaram-se manuais do Ministério da Saúde e da Organização Mundial de Saúde.

A metodologia empregada na confecção e implantação do plano de ação foi baseada no método do Planejamento Estratégico Situacional (PES) (MATUS, 1993).

5 REVISÃO DE LITERATURA

5.1 O Tabagismo

O tabaco é uma erva que o ser humano faz uso há mais de 300 anos. A planta tem o nome “nicotiana”. Essa denominação se deu porque o embaixador francês em Portugal, Jean Nico, exaltou, em 1560, em público pela primeira vez a virtude curativa dessa planta. O tabagismo é um comportamento complexo que reflete influências de estímulos ambientais, hábitos pessoais, condicionamentos psicossociais e das ações biológicas da nicotina (SBPT, 2004).

A nicotina é uma substância altamente indutora de dependência, pois tem alto poder de modificar a biologia e a fisiologia do sistema nervoso central (SBPT, 2004). A dependência faz com que os fumantes inalem mais de 4.720 substâncias tóxicas, tais como: monóxido de carbono, amônia, cetonas, formaldeído, acetaldeído, acroleína, além de 43 substâncias cancerígenas, entre elas as principais são: arsênio, níquel, benzopireno, cádmio, chumbo, resíduos de agrotóxicos e substâncias radioativas (INCA, 2015).

Durante séculos, o uso do tabaco foi difundido das Américas para todo o mundo, por acreditar-se que era uma erva dotada de propriedades medicinais, capazes de curar doenças diversas como bronquite crônica, asma, doenças do fígado e dos intestinos, reumatismo e outras. Assim, o consumo do tabaco, sob diferentes formas, embora com controvérsias sobre o seu real poder de cura, foi progressivamente ganhando espaço através dos séculos (BRASIL, 2001).

O tabaco é considerado droga lícita e é largamente utilizada em todo o mundo. Atualmente, nos países desenvolvidos, é a principal causa de enfermidades evitáveis e de mortes prematuras (MALCON *et al.*, 2003a).

O tabagismo integra o grupo dos transtornos mentais e comportamentais porque envolve o uso de substância psicoativa; na Revisão da Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados à Saúde (CID-10, 1997), e é a maior causa isolada evitável de adoecimento e mortes precoces em todo o mundo (INCA, 2015).

A Organização Mundial de Saúde (OMS) afirma que o tabagismo é uma pandemia e deve ser considerado a principal causa de morte evitável em todo o mundo (WHO, 2004).

Nos mercados nacional e internacional há uma variedade de produtos derivados do tabaco que podem ser usados de várias formas: fumado ou inalado (cigarro, cachimbo, charuto, cigarro de bali ou Kreteks ou cigarro de cravo, cigarro de palha, cigarrilha, bidis, narguillé); aspirado (rapé); mascado (fumo-de-rolô, snuff); absorvido pela mucosa oral (snus). Todos contêm nicotina, causam dependência e aumentam o risco de contrair doenças crônicas não transmissíveis (INCA, 2015).

5.2 Epidemiologia

Durante o século XX, ocorreram 100 milhões de mortes atribuíveis ao uso do tabaco, o maior número delas, em países desenvolvidos. Caso perdurem os padrões atuais de consumo, o número de mortes anuais associadas ao tabaco deverá elevar-se para 10 milhões até 2030. No século XXI, provavelmente, deverão ser registrados 1 bilhão de óbitos ligados ao tabagismo, a maior parcela deles ocorrerão em países de baixa renda (IGLESIAS *et al.*, 2007).

De acordo com as atuais tendências, a epidemia do tabaco deverá afetar principalmente as economias dos países em ascensão econômica. Eles, por sua vez, já buscam melhorias nas condições de vida de suas populações. Estima-se que 1,1 bilhão de pessoas fumam, atualmente, no mundo inteiro, e, cerca de 900 milhões delas, (84% do total), vivem nos países emergentes e em economias de transição. Em contrapartida, apenas 16% desses fumantes moram em países desenvolvidos, onde o consumo de cigarros caiu acentuadamente, durante as últimas décadas. Por outro lado, nos países em desenvolvimento o consumo vem crescendo desde 1970, em especial, entre os grupos populacionais mais pobres e com menor nível de educação (IGLESIAS *et al.*, 2007).

Apesar da maior ocorrência em homens, o número de mulheres fumantes tem aumentado consideravelmente. Nos países desenvolvidos, a prevalência nos homens tem mostrado algum decréscimo, o que não está ocorrendo em relação às mulheres (COSTA E SILVA; KOIFMAN, 1998). Enquanto, nos países em desenvolvimento, os fumantes constituem 48% da população masculina e 7% da população feminina, nos países desenvolvidos a porcentagem de mulheres é mais que três vezes maior, ou seja, 24% delas têm o comportamento de fumar e nos homens essa porcentagem diminui para 42% (WHO, 2004).

Em 1989, o percentual de fumantes com 18 anos ou mais, no Brasil, era de 34,8%. Já em 2013, de acordo com pesquisas mais recentes, para essa mesma faixa etária, em áreas urbanas e rurais, o número reduziu a 14,7% (INCA, 2015).

O Inquérito Domiciliar sobre Comportamentos de Risco e Morbidade Referida de Doenças e Agravos Não Transmissíveis realizado em 2002 e 2003, entre pessoas com 15 anos ou mais, residentes em 15 capitais brasileiras e no Distrito Federal, mostrou que a prevalência do tabagismo variou de 12,9 a 25,2% nas cidades estudadas. Os homens representam parcela mais elevada do que a de mulheres, em todas as capitais. Em Porto Alegre, encontram-se os maiores índices de fumantes, tanto do sexo masculino quanto do feminino, e, em Aracaju, os menores. Essas pesquisas também mostraram que a concentração de fumantes é maior entre as pessoas com menos de oito anos de estudo; já as que apresentam oito ou mais, a incidência é menor. (INCA, 2015).

O comportamento do tabagismo no Brasil, segundo nível educacional, mostra uma incidência até 2 vezes mais alta entre os que possuem pouca ou nenhuma escolaridade, se compararmos com os que adquiriram mais anos de estudo. Por outro lado, surge um fato inesperado, ao se constatar uma proporção mais alta de fumantes entre as pessoas que possuem nível superior, (graduação e pós-graduação), do que entre as que têm apenas a educação secundária. Entre os fumantes com menor escolaridade, tende a prevalecer o consumo de outros produtos do tabaco, e a diferença entre a prevalência de consumo de produtos do tabaco e cigarros é maior entre as pessoas que não possuem nenhum nível educação, ou entre as que não completaram a escola primária (IGLESIAS *et al.*,2007).

5.3 Fatores de Risco

Como todas as outras dependências químicas, a nicotina está mais frequentemente associada a indivíduos que se encontram em alguma situação de vulnerabilidade: a iniciação é mais comum em divorciados, desempregados, viúvos e principalmente adolescentes (SBPT, 2004).

A idade média de iniciação é 15 anos, o que levou a OMS a considerar o tabagismo como uma doença pediátrica (WHO, 2001). Já que o fumo é de fácil

acesso físico e de preço baixo, fatores potencializadores da iniciação (GUINDON *et al.*, 2002).

A maioria dos estudos mostrou que o aumento da prevalência de tabagismo, entre os adolescentes, está diretamente associado à idade (20, 23, 27, 30, 31, 41). Análise multivariada demonstrou razão de chances (*odds ratio*, OR) para tabagismo; de 9,9 no grupo de 14 a 16 anos e de 28,7 no grupo de 17 a 19 anos, em relação aos jovens de 10 a 13 anos (MALCON *et al.*, 2003b).

Tabagismo da mãe, no estudo de Segat *et al.* (1998), em Santa Maria (Estado do Rio Grande do Sul), resultou em risco relativo (RR) de 1,8 para o desenvolvimento de tabagismo na adolescência, em comparação com adolescentes cujas mães não fumavam (MALCON *et al.*, 2003b). Menor prevalência de experimentação de cigarro encontrada entre os adolescentes de mães de escolaridade mais elevada (23,2% vs. 47,9%). Outros estudos também comprovaram que existe uma associação inversa entre escolaridade e prevalência de tabagismo (SILVA *et al.*, 2008).

O hábito tabagista entre amigos ou entre irmãos foi apontado como fator de risco para prática de fumo em adolescentes, na maioria dos estudos (MALCON *et al.*, 2003b). Ter amigos fumantes é um fator descrito como determinante para a decisão de experimentar ou querer tornar-se fumante (FRAGA *et al.*, 2006).

Outro dado relevante foi observado: pais fumantes geram filhos com maior probabilidade de se tornarem fumantes. Ter irmãos mais velhos fumantes também é um fator associado ao hábito de fumar (FRAGA *et al.*, 2006). Filhos de pais separados têm 23% a mais de chances de experimentar o cigarro do que aqueles cujos pais vivem juntos (SILVA *et al.*, 2008).

Mães com idade inferior a 20 anos, baixa escolaridade, baixo índice de massa corporal pré-gestacional e tabagismo se mostraram independentes e significativamente associados ao nascimento espontâneo e prematuro para os desfechos acima (GRILLO *et al.*, 2011).

Baixo rendimento escolar tem sido apontado como fator de risco para fumo na adolescência (MALCON *et al.*, 2003a).

A dependência da nicotina ocorre com o uso regular do tabaco e, adolescentes que fumam têm alta probabilidade de se tornarem adultos fumantes. No Brasil, a idade de início desse vício está cada vez mais precoce e ocorre aumento da prevalência de tabagismo em adolescentes (MALCON *et al.*, 2003a).

Os fatores de risco para o vício, na adolescência, citados na literatura são: sexo, idade, nível socioeconômico, fumo dos pais, irmãos e dos amigos, rendimento escolar, trabalho remunerado e separações familiares. Os estudos mostram que o hábito de fumar, dos amigos e dos irmãos mais velhos, está fortemente associado ao tabagismo em pessoas muito jovens. Baixo rendimento escolar e trabalho remunerado também mostram associação com tabagismo em adolescentes. Estudos mais recentes mostram que não há diferenças entre os sexos. Nível socioeconômico e fumo dos pais são achados controversos na literatura. (MALCON *et al.*, 2003a).

5.4 Consequências

A fumaça do cigarro provoca vários danos ao trato respiratório. Os dois principais são a inflamação e os efeitos mutagênicos/carcinogênicos. Alguns de seus componentes são irritantes, outros exercem efeito tóxico sobre as vias aéreas e, assim, podem causar inflamações locais, lesões ou morte. Outro número deles diminuem ainda a capacidade de limpeza dos cílios e provoca hiperplasia de células mucosas, o que aumenta a produção de muco (BEHR; NOWAK, 2002).

Doenças pulmonares obstrutivas crônicas (DPOC) caracterizam-se pela redução progressiva do fluxo aéreo, de maneira não reversível, e tem como principal fator de risco o tabagismo. A inflamação das vias aéreas é considerada o principal fator responsável pelo desenvolvimento da DPOC (CALVERLY; WALKER, 2003).

Revisão sistemática com meta-análise confirma a relação causal entre tabagismo, enfisema, doença pulmonar obstrutiva crônica e bronquite crônica (FOREY *et al.*, 2011).

As doenças pulmonares intersticiais caracterizam-se por tosse seca, dispneia, infiltrado intersticial difuso, padrão restritivo na função pulmonar e alteração nas trocas gasosas. Algumas dessas doenças estão associadas ao tabagismo: fibrose pulmonar idiopática, pneumonia intersticial descamativa, bronquiolite respiratória associada a doenças intersticiais, doenças intersticiais relacionadas à colagenose (BEHR; NOWAK, 2002).

O cigarro pode causar CA em locais ainda não bem estabelecidos pela literatura, como rins, colo uterino e medula óssea (SBPT, 2004).

As doenças cardíacas são as principais causas de morte em quase todas as regiões do mundo. Os três fatores de risco preveníveis para os distúrbios

coronarianos são o tabagismo, hipertensão arterial e alteração no colesterol; posto que o tabagismo isolado dobra a possibilidade de doença cardíaca (SBPT, 2004).

O tabaco prejudica demasiadamente a saúde dos fumantes. E em se tratando de descendentes de pais que fumam, seus efeitos iniciam antes mesmo do nascimento e continuam ao longo da vida. O fumo contribui para o desenvolvimento da catarata, da osteoporose e aumenta, conseqüentemente, as comorbidades no idoso (SBPT, 2004).

Além do mais, o tabagismo afeta a vida sexual de homens e mulheres, pois aumenta a impotência e diminui a fecundidade (SBPT, 2004).

O tabagismo passivo é a inalação, por não fumantes, de fumaça da queima de derivados do tabaco (cigarro, cigarro de palha, cigarro de cravo, charuto, cachimbo, narguilé, etc.), é também denominado exposição involuntária ao fumo ou à poluição tabagística ambiental - PTA (SBPT, 2008).

A contribuição do tabaco para elevar o risco de doenças está bem documentada. No entanto, pouca atenção tem sido dispensada à ligação entre ele e as carências sociais. A erva em questão tende a ser consumida por aqueles que são mais pobres. Quer dizer, somados, tabaco e condições sociais desfavoráveis formam um círculo vicioso do qual, muitas vezes, torna-se difícil de desvencilhar. De várias maneiras, o uso do tabaco intensifica as necessidades individuais, familiares e nacionais. Em caráter individual e familiar, a soma gasta com o fumo pode ter um custo muito alto. É uma importância utilizada, desnecessariamente, que poderia ser investida em alimentação, moradia, educação e cuidados com a saúde. Além disso, deve-se levar em conta que os usuários provavelmente sofrerão de enfermidades; haverá perda de produtividade e de renda, o que incorre em maiores despesas médicas e prejuízos para a vida. No âmbito nacional, os países sofrem perdas econômicas gigantescas como resultado dos altos custos em cuidados de saúde; acontecem ainda perda de produtividade, devido a doenças relacionadas ao tabaco, e registros de mortes prematuras. Para os países que cultivam a folha dessa erva, ocorre ainda degradação do meio ambiente. Em suma, as contribuições do comércio dessa planta para a economia, (por meio de emprego e receitas fiscais do governo), são superadas pelos custos às famílias, à saúde pública, ao meio ambiente e às economias nacionais (WHO, 2004).

5.5 Controle do Tabagismo

Entre 1996 e 2005, as hospitalizações relacionadas ao tabagismo corresponderam a aproximadamente R\$1,1 bilhão de reais - em torno de meio bilhão de dólares - ou 1,6% dos recursos disponibilizados para o pagamento de internações no âmbito do SUS. Tendo em vista esse custo elevado e as inúmeras consequências do tabagismo faz-se imperioso seu controle (IGLESIAS *et al.*, 2007).

O Programa Nacional do tabagismo, coordenado pelo Instituto Nacional de Câncer - INCA, identifica alguns passos necessários para se reduzir o tabagismo: evitar a dependência, em especial entre crianças e adolescentes; favorecer ações a fim de estimular a cessação; proteger os não fumantes dos perigos da fumaça ambiental do tabaco e promover a redução dos danos causados por ele, através de medidas de regulamentação do produto (INCA, 2015).

A Política Nacional de Controle do Tabaco, ao fortalecer mecanismos de governança intersetoriais, cria um ambiente social, legislativo e econômico o que, junto com ações educativas, geram mudanças de atitude e comportamento e contribuem para a redução das taxas de iniciação no tabagismo e de cessação de fumar (INCA, 2015).

O Brasil, mesmo que seja o segundo grande produtor mundial de tabaco e o maior exportador, em folhas, há cerca de 15 anos, o Ministério da Saúde, por meio do Instituto Nacional de Câncer - INCA, tem articulado, nacionalmente, ações de natureza intersetorial e de abrangência nacional, junto a outros setores do governo, com a parceria das secretarias estaduais e municipais de Saúde e de vários setores da sociedade civil organizada (CAVALCANTE, 2005).

Não existe nenhuma intervenção - chave para o controle do tabagismo. O consenso atual referente aos programas de controle do tabaco sugere que as medidas mais eficazes são aquelas destinadas a reduzir a demanda e incluem: impostos elevados sobre os cigarros, medidas de preços independentes para controle do consumo (informações aos consumidores, proibição de propaganda e de promoção de cigarros, advertências e restrições sobre o fumo em locais públicos) e maior acesso aos programas de cessação (IGLESIAS *et al.*, 2007).

Outras medidas de grande importância são a de reduzir o comércio ilegal dos produtos do tabaco; limitar as vendas a menores e as realizadas por eles; proibir propagandas e regulamentar o teor dos produtos derivados do tabaco (IGLESIAS *et al.*, 2007).

A elevação da carga tributária é o principal instrumento para reduzir a demanda do fumo, especialmente entre jovens e população de baixa renda (WHO, 2015).

Em nosso país existe um rol de leis que objetivam restringir o acesso, principalmente das crianças e jovens, aos itens de tabaco. Temos como exemplo a proibição da venda desses produtos a menores de idade, bem como de brinquedos e alimentos que imitem produtos do gênero. Não estão autorizados também o uso de descritores *light*, *suave*, *leve*, nem o de propagandas em veículos de comunicação ou em pontos de venda, nem o uso de patrocínio em eventos culturais e esportivos; inserção de imagens e frases de advertências nas embalagens; política de preços mínimos, entre outras (INCA, 2015).

O impacto do uso do tabaco não se limita aos próprios usuários. Existem evidências claras que demonstram o risco maior de câncer de pulmão entre os não-fumantes expostos ao chamado fumo passivo – risco estimado em 20% para as mulheres e 30% para os homens que vivem com fumantes (IGLESIAS, 2007).

Há evidências que comprovam que os não-fumantes expostos durante a vida inteira à fumaça têm maior risco de desenvolverem câncer de pulmão. As conclusões sobre os efeitos negativos do fumo passivo acrescentaram uma nova dimensão aos argumentos em defesa de políticas legais direcionadas à restrição do fumo em locais privados e públicos, além de locais de trabalho. Essas restrições protegem os não-fumantes, reduzem o consumo de cigarros entre os fumantes e estimulam a cessação (IGLESIAS, 2007).

6 PLANO DE AÇÃO

Inicialmente foi realizado o Diagnóstico situacional através do método de estimativa rápida. Os dados foram coletados das seguintes fontes: registros da Unidade de Saúde e de fontes secundárias como Sistema de Informação da Atenção Básica (SIAB), Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), entrevistas com informantes-chave da comunidade e observação ativa da área pelos membros da equipe, especialmente, os agentes comunitários de saúde. Após a realização do diagnóstico situacional, iniciou-se a construção do plano de ação por meio do PES.

6.1 Identificação dos Problemas da Comunidade

A partir das informações acima, foi possível conhecermos melhor o território e sua área de abrangência. Foram identificados como principais problemas na comunidade:

- 1) Tabagismo
- 2) Hipertensão arterial sistêmica
- 3) Diabetes Mellitus

6.2 Priorização dos Problemas

O principal critério utilizado para escolha das prioridades partiu do fato de que o problema em questão havia sido deixado de lado, sem nenhum programa de abordagem específico na comunidade, uma vez que ele interfere direta e negativamente em outras morbidades como hipertensão e diabetes.

6.3 Descrição e explicação do problema: tabagismo

O tabagismo é um assunto de saúde pública de grande importância, pois tem influência na gênese de várias doenças. O seu controle depende de fatores políticos, sociais, econômicos e culturais. Há vários elementos de risco associados à iniciação desse vício. Ele possui ação sinérgica junto a outros fatores de risco e na origem de diversas patologias como câncer, doenças pulmonares, doenças cardiovasculares,

entre outras. Tudo isso tem implicações diretas e indiretas nas taxas de morbimortalidade e nos gastos do SUS.

6.4 Seleção dos Nós Críticos

Os nós críticos são causas fundamentais de um problema. Quando ações recaem sobre eles, é possível impactar e transformar efetivamente esse problema.

Eles, por sua vez, foram selecionados porque considerou-se a capacidade de intervenção da equipe responsável pela questão e analisou-se também o quanto esses nós interferem para manter o tabagismo. São eles:

- 1) Hábitos de vida dos tabagistas
- 2) Nível de informação acerca do tabagismo
- 3) Acesso aos medicamentos auxiliares na cessação
- 4) Processo de trabalho em saúde

6.5 Desenho das Operações

Quadro 1: Desenho de operações para os “nós críticos” no “Plano de ação para diminuir o índice de tabagismo na UBS Manoel Jacy Torquato, na cidade de Morada Nova de Minas/MG”.

Nó Crítico	Operação/Projeto	Resultados esperados	Produtos
Hábitos de vida dos tabagistas	Mais Saúde Modificar hábitos de vida dos tabagistas.	Evitar o ganho de peso > 10% com a cessação; Estimular a prática regular de atividade física (caminhada de 30min pelo menos 3 vezes por semana); Obtenção de pelo menos 10% do total de pacientes do grupo operativo tenham cessado o tabagismo ao final dos 03 meses do projeto.	Grupo Operativo; Consultas médica e nutricional; Programa de atividade física com educador físico.
Nível de informação sobre o tabagismo.	Saber Mais Aumentar o conhecimento dos pacientes sobre os	População mais informada sobre os riscos do Tabagismo e o quanto pode-se	Consulta médica; Grupo Operativo;

	malefícios do tabagismo.	melhorar com a cessação do hábito; Obtenção de pelo menos 10% do total de pacientes do grupo operativo tenham cessado o tabagismo ao final dos 03 meses do projeto.	
Acesso aos medicamentos auxiliares na cessação.	Força a mais Oferecer medicamentos auxiliares na cessação de forma regular.	Aumentar a taxa de pacientes que conseguirão cessar o tabagismo; Fornecer os medicamentos auxiliares pelo menos para 10% do total de pacientes do grupo operativo no prazo de 03 meses.	Grupo operativo; Programa do ministério da saúde para cessação do tabagismo com fornecimento das medicações auxiliares; Consultas médicas.
Processo de Trabalho em saúde.	Linha de Cuidado Fornecer suporte psicoemocional aos pacientes com grau elevado de dependência.	Aumentar a adesão ao tratamento e as chances de sucesso da cessação do hábito; Obtenção de pelo menos 10% do total de pacientes do grupo operativo tenham cessado o tabagismo ao final dos 03 meses do projeto.	Grupo operativo; Consulta com psicóloga para paciente com grau de elevada ou muito elevada dependência a partir da Escala de Fagerström.

Fonte: Autoria própria (2015)

6.6 Análise dos recursos críticos, atores e viabilidade

Quadro 2: Recursos críticos para o desenvolvimento das operações definidas no enfrentamento dos “nós críticos” no “Plano de ação para diminuir o índice de tabagismo na UBS Manoel Jacy Torquato na cidade de Morada Nova de Minas/MG”.

Operação	Recurso Crítico
Mais Saúde	Financeiro – exames complementares necessários para diagnóstico de problemas associados ao tabagismo Organizacional – estrutura para realização dos atendimentos (médico, e nutricional), ambiente para realização do Grupo Operativo e ambiente para a realização das atividades desenvolvidas pela educadora física.

	Cognitivo – conhecimentos sobre o tema, sobretudo para diagnóstico e abordagem adequados.
Saber Mais	Organizacional – estrutura para realização do grupo operativo, mobilização da equipe para fomentar a adesão. Cognitivo – conhecimentos sobre o tema, sobretudo para diagnóstico e abordagem adequados. Político – mobilização social.
Força a mais	Financeiro – fornecimento de forma regular dos medicamentos úteis para auxiliar na cessação do tabagismo. Político – mobilização social. Cognitivo – conhecimentos sobre o tema, sobretudo para diagnóstico e abordagem adequados.
Linha de Cuidado	Organizacional – ambiente para realização dos atendimentos pela psicóloga. Cognitivo – conhecimentos sobre o tema, sobretudo para diagnóstico e abordagem adequados.

Fonte: autoria própria (2015)

Quadro 3: Propostas de ações para a motivação dos atores no “Plano de ação para diminuir o índice de tabagismo na UBS Manoel Jacy Torquato, na cidade de Morada Nova de Minas/MG”.

Operações	Ator que controla	Motivação	Ação estratégica
Mais Saúde	Equipe da ESF	Favorável	Não necessita
	Gestão Municipal (SMS)	Favorável	Apresentar o Projeto
Saber Mais	Equipe da ESF	Favorável	Não necessita
	Tabagistas	Variável	Incentivar a participação, através da busca ativa dos participantes, verificação de disponibilidades
Força a mais	Equipe da ESF	Favorável	Não necessita
	Gestão Municipal (SMS)	Variável	Buscar junto ao Ministério da saúde o fornecimento adequado dos medicamentos
Linha de Cuidado	Equipe da ESF	Favorável	Não necessita
	Gestão Municipal (SMS)	Variável	Apresentar o Projeto

Fonte: autoria própria (2015)

6.7 Elaboração do Plano Operativo

Quadro 4: Os responsáveis por cada operação e os prazos necessários para realização dos projetos no “Plano de ação para diminuir o índice de tabagismo na UBS Manoel Jacy Torquato, na cidade de Morada Nova de Minas/MG”.

Operação/Projeto	Resultados esperados	Produtos	Responsável	Prazo
Mais Saúde Modificar hábitos de vida dos tabagistas.	Evitar o ganho de peso com a cessação e estimular a prática regular de atividade física.	Grupo Operativo; Consultas médica e nutricional; Programa de atividade física com educador físico;	Mariana (enfermeira), João Victor (médico), Mônica (nutricionista) e Yonara (ed.física)	3 meses
Saber Mais Aumentar o conhecimento dos pacientes sobre os malefícios do tabagismo.	População mais informada sobre os riscos do Tabagismo e o quanto pode-se melhorar com a cessação do hábito.	Grupo Operativo; Consulta médica;	Mariana (enfermeira) e João Victor (médico)	3 meses
Força a mais Oferecer medicamentos auxiliares na cessação, de forma regular.	Aumentar a taxa de pacientes que conseguirão cessar o tabagismo.	Programa do Ministério da Saúde para cessação do tabagismo.	Secretaria Municipal de Saúde	3 meses
Linha de Cuidado Fornecer suporte psicoemocional aos pacientes com grau elevado de dependência.	Aumentar a adesão ao tratamento e as chances de sucesso da cessação do hábito.	Consulta com psicóloga para paciente com grau de elevada ou muito elevada dependência a partir da Escala de Fagerström.	Daniele (psicóloga)	3 meses

Fonte: Autoria própria (2015)

A partir dos nós críticos selecionados, dos atores envolvidos nos processos, dos recursos necessários e das propostas pretendidas para a abordagem do problema selecionado, foi elaborado um plano de ação. Seguem abaixo os quadros que explicitam os vários pontos de cada operação do projeto de intervenção.

Quadro 5: Operações sobre o nó crítico “Hábitos de vida dos tabagistas” relacionado ao “Plano de ação para diminuir o índice de tabagismo na UBS Manoel Jacy Torquato, na cidade de Morada Nova de Minas/MG”.

Nó crítico 1	Hábitos de vida dos tabagistas.
Operação	Mais Saúde
Projeto	Modificar hábitos de vida dos tabagistas.
Resultados esperados	Evitar o ganho de peso > 10% com a cessação; Obtenção de pelo menos 10% do total de pacientes do grupo operativo tenham cessado o tabagismo ao final dos 03 meses do projeto.
Produtos esperados	Grupo Operativo; Consultas médica e nutricional; Prática regular de atividade física (caminhada 30min pelo menos 3 vezes por semana); Programa de atividade física com educador físico; Visitas domiciliares pelos ACSs.
Atores sociais/ responsabilidades	Equipe da ESF Gestão Municipal (SMS)
Recursos necessários	Financeiro – exames complementares necessários para diagnóstico de problemas associados ao tabagismo. Organizacional – estrutura para realização dos atendimentos (médico, e nutricional), ambiente para realização do Grupo Operativo e ambiente para a realização das atividades desenvolvidas pela educadora física. Cognitivo – conhecimentos acerca do tema, sobretudo para diagnóstico e abordagem adequados.
Recursos críticos	Financeiro
Controle dos recursos críticos / Viabilidade	Ator que controla: Gestão Municipal (SMS). Motivação: por todos da equipe.
Ação estratégica de motivação	Melhora dos indicadores de saúde do município.

Responsáveis:	Médico com realização de consulta, solicitação de exames necessários em cada caso e prescrição de medicamentos auxiliares na cessação do hábito; Enfermeira com coordenação das atividades do grupo e interação com os participantes; Nutricionista com orientações nutricionais nas palestras e nos folhetins; Educadora física com orientação das atividades físicas; Psicóloga com suporte emocional para cessação do hábito; Agentes comunitários de saúde na busca ativa dos pacientes para participação do grupo operativo; Gestão municipal no correto cadastramento do grupo operativo para obtenção dos medicamentos para o período de 03 meses junto ao Ministério da Saúde.
Cronograma / Prazo	Realização de palestras mensais com entrega de folhetins informativos ao final das reuniões. Uma palestra por mês com duração máxima de 1 hora. Início em 30 dias e finalização em 3 meses; Programa de atividade física com educadora física. Início em 30 dias e finalização em 3 meses. Consultas médica e nutricional. Em andamento. Finalização em 03 meses.
Gestão, acompanhamento e avaliação	Através da redução do número de tabagistas da área. Consta no quadro de gestão do plano, Quadro 5, no item plano de ação.

Fonte: Autoria própria (2015)

Quadro 6: Operações sobre o nó crítico “Nível de informação sobre o tabagismo” relacionado ao “Plano de ação para diminuir o índice de tabagismo na UBS Manoel Jacy Torquato na cidade de Morada Nova de Minas/MG”.

Nó crítico 2	Nível de informação sobre o tabagismo
Operação	Saber Mais
Projeto	Aumentar o conhecimento dos pacientes sobre os malefícios do tabagismo
Resultados esperados	Pacientes mais bem informados sobre os riscos do Tabagismo e o quanto pode-se melhorar a saúde com a cessação do hábito; Obtenção de pelo menos 10% do total de pacientes do grupo operativo tenham cessado o tabagismo ao final dos 03 meses do projeto.

Produtos esperados	Grupo Operativo; consulta médica
Atores sociais/ responsabilidades	Equipe da ESF Gestão Municipal (SMS)
Recursos necessários	Organizacional – estrutura para realização do grupo operativo, mobilização da equipe para fomentar a adesão. Cognitivo – conhecimentos sobre o tema, sobretudo para diagnóstico e abordagem adequados. Político – mobilização social
Recursos críticos	Organizacional e políticos
Controle dos recursos críticos / Viabilidade	Ator que controla: Equipe da ESF e Tabagistas Motivação: por todos da equipe
Ação estratégica de motivação	Melhora dos indicadores de saúde do município e da saúde individual.
Responsáveis:	Médico com realização de consulta, solicitação de exames necessários em cada caso e prescrição de medicamentos auxiliares na cessação do hábito; Enfermeira com coordenação das atividades do grupo e interação com os participantes; Nutricionista com orientações nutricionais nas palestras e nos folhetins; Educadora física com orientação das atividades físicas; Psicóloga com suporte emocional para cessação do hábito; Agentes comunitários de saúde na busca ativa dos pacientes para participação do grupo operativo; Gestão municipal no correto cadastramento do grupo operativo.
Cronograma / Prazo	Realização de palestras mensais com entrega de folhetins informativos ao final das reuniões. Uma palestra por mês com duração máxima de 1 hora.
Gestão, acompanhamento e avaliação	Através da redução do número de tabagistas da área. Consta no quadro de gestão do plano, Quadro 5 no item plano de ação.

Fonte: Autoria própria (2015)

Quadro 7: Operações sobre o nó crítico “Acesso aos medicamentos auxiliares na cessação” relacionado ao “Plano de ação para diminuir o índice de tabagismo na UBS Manoel Jacy Torquato, na cidade de Morada Nova de Minas/MG”.

Nó crítico 3	Acesso aos medicamentos auxiliares na cessação.
Operação	Força a mais
Projeto	Oferecer medicamentos auxiliares na cessação de forma regular.
Resultados esperados	Aumentar a taxa de pacientes que conseguirão acesso aos medicamentos de auxílio para cessação do tabagismo; Fornecer os medicamentos auxiliares pelo menos para 10% do total de pacientes do grupo operativo no prazo de 03 meses.
Produtos esperados	Grupo operativo; Programa do Ministério da saúde para cessação do tabagismo
Atores sociais/ responsabilidades	Equipe da ESF Gestão Municipal (SMS)
Recursos necessários	Financeiro – fornecimento de forma regular dos medicamentos úteis para auxiliar na cessação do tabagismo Político – mobilização social
Recursos críticos	Financeiro e político
Controle dos recursos críticos / Viabilidade	Ator que controla: Gestão Municipal (SMS) Motivação: por todos da equipe
Ação estratégica de motivação	Melhora dos indicadores de saúde do município

Responsáveis:	Médico com realização de consulta, solicitação de exames necessários em cada caso e prescrição de medicamentos auxiliares na cessação do hábito; Enfermeira com coordenação das atividades do grupo e interação com os participantes; Nutricionista com orientações nutricionais nas palestras e nos folhetins; Educadora física com orientação das atividades físicas; Psicóloga com suporte emocional para cessação do hábito; Agentes comunitários de saúde na busca ativa dos pacientes para participação do grupo operativo; Gestão municipal no correto cadastramento do grupo operativo; Ministério da saúde no fornecimentos dos medicamentos de forma regular para o período de 03 meses para cada participante do grupo operativo.
Cronograma / Prazo	Realização de palestras mensais com entrega de folhetins informativos ao final das reuniões. Uma palestra por mês com duração máxima de 1 hora.
Gestão, acompanhamento e avaliação	Através da redução do número de tabagistas da área. Consta no quadro de gestão do plano, Quadro 5, no item plano de ação.

Fonte: Autoria própria (2015)

Quadro 8: Operações sobre o nó crítico “Processo de Trabalho em saúde” relacionado ao “Plano de ação para diminuir o índice de tabagismo na UBS Manoel Jacy Torquato, na cidade de Morada Nova de Minas/MG”.

Nó crítico 4	Processo de Trabalho em saúde
Operação	Linha de cuidado
Projeto	Fornecer suporte psicoemocional aos pacientes com grau elevado de dependência.
Resultados esperados	Aumentar a adesão ao tratamento e as chances de sucesso da cessação do hábito; Obtenção de pelo menos 10% do total de pacientes do grupo operativo tenham cessado o tabagismo ao final dos 03 meses do projeto.
Produtos esperados	Grupo operativo; Consulta com psicóloga para paciente com grau de elevada ou muito elevada dependência a partir da Escala de

	Fagerström.
Atores sociais/ responsabilidades	Equipe da ESF Gestão Municipal (SMS)
Recursos necessários	Organizacional – ambiente para realização dos atendimentos pela psicóloga. Estrutura para realização do grupo operativo, mobilização da equipe para fomentar a adesão. Cognitivo – conhecimentos sobre o tema, sobretudo para diagnóstico e abordagem adequados.
Recursos críticos	Organizacional
Controle dos recursos críticos / Viabilidade	Ator que controla: equipe de ESF Motivação: por todos membros da equipe.
Ação estratégica de motivação	Melhora dos indicadores de saúde do município.
Responsáveis:	Médico com realização de consulta, solicitação de exames necessários em cada caso e prescrição de medicamentos auxiliares na cessação do hábito; Enfermeira com coordenação das atividades do grupo e interação com os participantes; Nutricionista com orientações nutricionais nas palestras e nos folhetins; Educadora física com orientação das atividades físicas; Psicóloga com suporte emocional para cessação do hábito; Agentes comunitários de saúde na busca ativa dos pacientes para participação do grupo operativo; Gestão municipal no correto cadastramento do grupo operativo; Ministério da saúde no fornecimentos dos medicamentos de forma regular para o período de 03 meses para cada participante do grupo operativo.
Cronograma / Prazo	Realização de palestras mensais com entrega de folhetins informativos ao final das reuniões. Uma palestra por mês com duração máxima de 1 hora.
Gestão, acompanhamento e avaliação	Através da redução do número de tabagistas da área. Consta no quadro de gestão do plano, Quadro 5, no item plano de ação.

Fonte: Autoria própria (2015)

6.8 Gestão do Plano

Tão importante quanto a elaboração do plano é definir o processo de acompanhamento das ações - a gestão do plano.

Quadro 9: Monitoramento da cessação de tabagismo na área urbana da UBS Manoel Jacy Torquato, em Morada Nova de Minas/MG.

Indicadores	Momento Atual		Julho/15		Outubro/15	
	Número	%	Número	%	Número	%
Total de tabagistas da área urbana	166	100				
Total de mulheres tabagistas da área urbana	68	82				
Total de homens tabagistas da área urbana	98	47				
Total de tabagistas participantes do Grupo Operativo	0	0				

Fonte: Secretaria de Saúde de Morada Nova de Minas/MG (2015).

7 CONSIDERAÇÕES FINAIS

O projeto de intervenção proposto, apesar de, inicialmente, ser trabalhado a curto prazo, 03 meses, tem como objetivo despertar a necessidade de abordagem específica do grupo de indivíduos na comunidade. Fato surpreendente foi que muitos deles manifestaram interesse em cessar o vício e, ao mesmo tempo, desejaram conhecer os vários malefícios do tabagismo, no entanto, ainda perpetuavam o hábito. Desse modo, fica evidente o quão difícil é o problema e a necessidade de abordá-lo de modo multidisciplinar, para assim, atingir o objetivo maior que é reduzir o número de tabagistas da comunidade. É importante também medidas para evitar que o tabagismo seja iniciado na população mais propícia, os adolescentes.

A busca por ações que desestimulem a prática desse hábito é frequente em todos os governos. O investimento em ações preventivas, taxaçoão elevada sobre produtos derivados do tabaco, capacitação de equipe de saúde para lidar com essa doença, fornecimento gratuito de medicação auxiliar para cessação do tabagismo são algumas das estratégias governamentais para combater esse vício.

Com base no trabalho proposto concluiu-se que:

- ✓ Para o enfrentamento do tabagismo é necessário equipe multidisciplinar capacitada;
- ✓ O conhecimento das particularidades locais é importante para a seleção das melhores medidas que atendam aquela comunidade;
- ✓ Deve-se atuar também na difusão de informações com intuito de se prevenir novos casos de tabagismo e não apenas combater os casos já existentes;
- ✓ É importante insistir em ações para mudança de hábitos de vida com o objetivo de manter a abstinência do vício e ainda melhorar outras morbidades também presentes na maioria dos indivíduos doentes, como diabetes e hipertensão arterial sistêmica.
- ✓ Articulação das estratégias de combate ao tabagismo entre diferentes setores sociais, governamentais e não governamentais, tem implicação nas chances de sucesso no combate ao tabaco.

REFERÊNCIAS

- BARRADAS L. **Environmental involuntary exposure to tobacco smoke in children. Smoking in young people.** *Rev Port Pneumol*, 17 (2010), pp. 3–4
- BEHR, J.; NOWAK, D. Tobacco smoke and respiratory disease. *Eur Respir Mon.*, v.7, p.161-79, 2002.
- BRASIL. Biblioteca Virtual em Saúde. **Descritores em Ciências da saúde.** Brasília,[online], 2014. Disponível em: <http://decs.bvs.br>.
- BRASIL. **Ministério da Saúde.** Instituto Nacional de Câncer - INCA. Coordenação de Prevenção e Vigilância (CONPREV). Abordagem e Tratamento do Fumante - Consenso 2001. Rio de Janeiro: INCA, 2001
- BRASIL. Ministério da Saúde. O Cigarro brasileiro: análises e propostas para a redução do consumo. **Ministério da saúde.** Rio de Janeiro, 2000.
- BRASIL. Instituto Brasileiro de Geografia Estatística. Censo 2010. Disponível em: <http://www.ibge.gov.br/home/estatistica/populacao/censo2010/default.shtm>. Acesso em 18 abril de 2015.
- BRASIL. Instituto Brasileiro de Geografia Estatística. <http://www.cidades.ibge.gov.br/painel/painel.php?lang=&codmun=314350>. Acesso em 30 de outubro de 2015.
- CALVERLY, P. M. A.; WALKER, P. Chronic obstructive pulmonary disease. *Lancet*, n.362, p.1053-61, 2003.
- CAMPOS, F. C. C.; FARIA, H. P.; SANTOS, M. A. Planejamento e avaliação das ações de saúde. **NESCON/UFMG - Curso de Especialização em Atenção Básica em Saúde da Família.** Belo Horizonte: Nescon/UFMG, 2010. 110p.
- CAVALCANTE, T. M. O controle do tabagismo no Brasil: avanços e desafios. *Rev. Psiquiatr. Clín.*, v. 32, n.5, p. 283-300, 2005.
- CENTER FOR DISEASE CONTROL (CDC). The Health benefits of smoking cessation. **A report of the Surgeon General.** Rockville, n. 90, p.8416, 1990.
- COSTA E SILVA, V. L.; KOIFMAN, S. Smoking in Latin America: a major public health problem. *Cad Saúde Pública*, v.14, p.99-108, 1998.
- DOLL, R. *et al.* Mortality in relation to smoking: 40 years' observations on male British doctors. *British medical journal*, n. 309, p. 901-910, 1994.
- DOLL, R. *et al.* Mortality in relation to smoking: 50 years' observations on male British doctors. *British medical journal*, n.328, p.1519-1528, 2004.
- FRAGA, S.; RAMOS, E.; BARROS, H. Uso de tabaco por estudantes adolescentes portugueses e fatores associados. *Rev. Saúde Pública*, São Paulo , v. 40, n. 4, p. 620-626, ago. 2006. Disponível em <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-89102006000500010&lng=pt&nrm=iso>. Acesso 24 out. 2015. <http://dx.doi.org/10.1590/S0034-89102006000500010>.

FOREY, B. A.; THORNTON, A. J.; LEE, P. N. Systematic review with meta-analysis of the epidemiological evidence relating smoking to COPD, chronic bronchitis and emphysema. **British medical journal**, p.11:36, 2011.

GRILLO, E; FREITAS, P. F. Smoking and other pre-gestational risk factors for spontaneous preterm birth. **Rev. Bras. Saude Mater. Infant.**, Recife , v. 11, n. 4, p. 397-403, Dec. 2011. Available from <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1519-38292011000400006&lng=en&nrm=iso>. Access on 24 Oct. 2015. <http://dx.doi.org/10.1590/S1519-38292011000400006>.

GUINDON, E.; TOBIN, D.; YACH, D. Trends and affordability if cigarettes prices: ample room for tax increases and related health gains. **Tobacco Control**, v.11, p.35-43, 2002.

IGLESIAS, R. *et al.* Controle do Tabagismo no Brasil. **Banco Internacional para Reconstrução e Desenvolvimento/ Banco Mundial**, 2007.

INCA. Ministério da Saúde. Disponível em: <http://www.inca.gov.br/tabagismo>. Acesso em: 12 out.2015.

INCA. Ministério da Saúde. Falando sobre tabagismo. **Ministério da saúde**. Brasília, DF, n.75, 1992.

MALCON, M. C.; MENEZES, A. M. B.; CHATKIN, M. Prevalência e fatores de risco para tabagismo em adolescentes. **Rev Saúde Pública**, v.37, n.1, p.1-7, 2003a.

MALCON, M.C. *et al.* Prevalência e fatores de risco para tabagismo em adolescentes na América do Sul: uma revisão sistemática da literatura. **Pan Am J Public Health**, n.13, p.222-228, 2003b.

MARQUES, A. C. P. R. *et al.* Abuso e Dependência – Nicotina. In Diretrizes, vol. II, Coordenação Jatene F, et al. São Paulo, Brasília: Associação Médica Brasileira, **Conselho Federal de Medicina**; 2003. p.97-110.

MATUS, C. **Política, planejamento e governo**. Brasília: IPEA, 1993.

PATNODE, C. D. *et.al.* Primary care-relevant interventions for tobacco use prevention and cessation in children and adolescents: a systematic evidence review for the US Preventive Services Task Force. **Annals of Internal Medicine**, v.158, n.4, p. 253-260, 2013.

SAMET, J. M. Health benefits of smoking cessation. **Clin Chest Med.**, v.12, n.4, p.669-79, 1991.

SBPT. Sociedade Brasileira de Pneumologia e Tisiologia. Diretrizes para Cessação do Tabagismo. **Jorn Bras Pneu.**, v.30, n.2, p.1-75, 2004.

SBPT. Sociedade Brasileira de Pneumologia e Tisiologia. Diretrizes para Cessação do Tabagismo. **Jorn Bras Pneu.**, v. 34, n.10, p. 845-880, 2008.

SBPT. Tabagismo - Parte 3. **Rev. Assoc. Med. Bras.**, São Paulo , v. 56, n. 4, p. 384-388, 2010. Available from <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-42302010000400005&lng=en&nrm=iso>. access on 24 Oct. 2015. <http://dx.doi.org/10.1590/S0104-42302010000400005>.

SEGAT, F. M. *et al.* Fatores de risco associados ao tabagismo em adolescentes. **Adolesc Latinoam** 1998;1(3):163–169.

SILVA, M. P.; SILVA, R. M. V. G.; BOTELHO, C. Fatores associados à experimentação do cigarro em adolescentes. **J. bras. pneumol.**, São Paulo , v. 34, n. 11, p. 927-

935, nov. 2008. Disponível em
<http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1806-37132008001100007&lng=pt&nrm=iso>. acessos
em 24 out. 2015. <http://dx.doi.org/10.1590/S1806-37132008001100007>.

TABAGISMO. **Diretrizes clínicas na saúde complementar.** Disponível em:
<http://www.projetodiretrizes.org.br/ans/diretrizes/tabagismo.pdf>. 2011.

WHO. World Health Organization. Tobacco & the Rights of the Child, 2001.

WHO. World Health Organization. World no-Tobacco Day. Tobacco and poverty: a vicious circle. **WHO**, 2004.

WHO. World Health Organization. Disponível em:
<http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs339/en/>. Acesso em 17 nov. 2015.