

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

**LÍDIA DE SOUZA BRAZ**

**PROJETO DE INTERVENÇÃO PARA COMBATE AO TABAGISMO NA ESF  
CAENSA, MUNICÍPIO DE ALFENAS - MG**

**UAB CAMPOS GERAIS**

**2015**

**LÍDIA DE SOUZA BRAZ**

**PROJETO DE INTERVENÇÃO PARA COMBATE AO TABAGISMO NA ESF  
CAENSA, MUNICÍPIO DE ALFENAS - MG**

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado  
ao Curso de Especialização em Estratégia  
Saúde da Família, da Universidade Federal de  
Minas Gerais.

Orientador: Marco Túlio de Feitas Ribeiro.

**UAB CAMPOS GERAIS**

**2015**

**LÍDIA DE SOUZA BRAZ**

**PROJETO DE INTERVENÇÃO PARA COMBATE AO TABAGISMO NA ESF  
CAENSA, MUNICÍPIO DE ALFENAS - MG**

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado  
ao Curso de Especialização em Estratégia  
Saúde da Família, da Universidade Federal de  
Minas Gerais.

Orientador: Marco Túlio de Feitas Ribeiro.

**Banca examinadora**

**Aprovado em \_\_\_\_\_**

**UAB CAMPOS GERAIS**

**2015**

## RESUMO

A queima do tabaco produz substâncias tóxicas e cancerígenas, cuja ação nociva independe das formas de uso. O consumo geralmente se inicia na adolescência e evolui para a dependência e doença crônica. Este trabalho tem como objetivo descrever uma proposta de intervenção para sistematização da abordagem dos tabagistas a fim de diminuir suas repercussões socioeconômicas, ambientais e de saúde pública na área de abrangência da unidade de saúde. Após pesquisa bibliográfica, na modalidade de revisão narrativa, de 2005 a 2015, e com base no que foi debatido nas reuniões com a equipe, foi elaborado plano de ação para abordagem dos “nós críticos” - hábitos e estilos de vida; pressão social; nível de informação; processo de trabalho da equipe de saúde -, designação dos responsáveis pelas operações estratégicas e seus prazos e definição do modelo de acompanhamento. A análise situacional de uma área, a discussão e o planejamento sistematizam as ações necessárias, aumentando as chances de um enfrentamento mais bem-sucedido, algo crucial na abordagem de um problema tão sério.

**Palavras-chave:** Tabaco, Hábito de fumar, Abandono do uso de tabaco.

## **ABSTRACT**

The burning of tobacco produces toxic and carcinogenic substances whose harmful effects is independent of the forms of use. Consumption usually begins in adolescence and progresses to dependence and chronic disease. This paper aims to describe an intervention proposal to systematize the approach of smokers to decrease their socioeconomic impact, environmental and public health in the area covered by the health unit. After bibliographic research, in the form of narrative review, from 2005 to 2015, and based on what was discussed in meetings with the team, was prepared action plan to address the "critical nodes" - habits and lifestyles; social pressure; level of information; health team work process - the designation of responsible for strategic operations and deadlines and definition of the monitoring model. A situational analysis of an area, the discussion and planning systematize the necessary actions, increasing the chances of a more successful coping, something crucial in addressing such a serious problem.

**Keywords:** Tobacco, Smoking, Tobacco use cessation.

## LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

ACS – Agente Comunitário de Saúde

CID-10 – Décima Revisão da Classificação Internacional de Doenças

DM 2 – *Diabetes Mellitus* tipo 2

DPOC – Doença Pulmonar Obstrutiva Crônica

ESF – Estratégia Saúde da Família

HAS – Hipertensão Arterial Sistêmica

HIPERDIA – Sistema de Cadastramento e Acompanhamento de Hipertensos e Diabéticos

INCA – Instituto Nacional de Câncer

g – grama

MAO – Enzima Monoamino Oxidase

min – minutos

mg – miligrama

MS – Ministério da Saúde

NASF – Núcleos de Apoio à Saúde da Família

nAChR – Receptores Colinérgicos Nicotínicos

OMS – Organização Mundial da Saúde

PNCT – Programa Nacional de Controle do Tabagismo

PSF – Programa Saúde da Família

SAM – *Smoking Attributable Mortality*

SERT – *Serotonin Transporter Gene*

SNC – Sistema Nervoso Central

SUS – Sistema Único de Saúde

UNIFAL – Universidade Federal de Alfenas

UNIFENAS – Universidade José do Rosário Vellano

## SUMÁRIO

1. INTRODUÇÃO .....	7
2. JUSTIFICATIVA .....	9
3. OBJETIVOS.....	11
3.1. OBJETIVO GERAL .....	11
3.2. OBJETIVOS ESPECÍFICOS.....	11
4. MÉTODOS.....	12
5. REVISÃO DE LITERATURA .....	13
6. PROPOSTA DE INTERVENÇÃO .....	23
7. CONSIDERAÇÕES FINAIS .....	31
8. REFERÊNCIAS .....	32
9. ANEXO 1.....	35
10. ANEXO 2.....	40

## 1. INTRODUÇÃO

Localizado na mesorregião do Sul e Sudoeste de Minas, Alfenas, em 2010, segundo o Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística, apresentava 73.774 habitantes e Índice de Desenvolvimento Humano Municipal de 0,761, com destaque à agropecuária e aos estabelecimentos de ensino superior, como a UNIFAL e a UNIFENAS.

O município conta hoje com 15 Estratégias Saúde da Família (ESF), com cobertura assistencial por volta de 70%. Uma das ESF de Alfenas é a Caensa, cuja área de abrangência está situada próxima ao centro da cidade e apresenta características diversas: altas taxas de desemprego e baixa escolaridade coexistem com elevado poder aquisitivo e acesso a planos de saúde. A presença de Delegacia de Polícia Civil não foi capaz de inibir pontos de tráfico de drogas e prostituição na região e, aparentemente, as instituições locais não guardam estreitos laços entre si.

A unidade foi inaugurada há cerca de 12 anos, após remanejamento do território do Centro de Saúde Aparecida, e tem uma população adscrita de 2.651 pessoas (dados de março de 2015). Funciona no térreo do prédio de uma escola municipal, em um espaço adaptado, mas com instalação independente. Não possui farmácia, sala de vacina e instrumentos para pequenas cirurgias, tampouco expurgo – a dispensação de medicamentos e a vacinação são efetuadas no Centro de Saúde Aparecida, a alguns metros de distância; já as pequenas cirurgias são realizadas em ambulatório próprio; e é no tanque, que está praticamente dentro do banheiro dos pacientes, que se higienizam máscaras para inalação e o pano usado na limpeza do chão (é recente o envio de lençóis e aventais para uma lavanderia). A ventilação e a iluminação locais também são inadequadas. Entretanto, os equipamentos da unidade, parte daqueles que seriam imprescindíveis, estão em bom estado, como mesa ginecológica, nebulizador, glicosímetro. Também não existe espaço para reuniões, tanto da equipe, quanto dos grupos operativos do HIPERDIA – Sistema de Cadastramento e Acompanhamento de Hipertensos e Diabéticos – e das gestantes.



Estes ocorrem na recepção, na sala utilizada pelos profissionais do Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF) ou na cozinha, conforme a atividade planejada, enquanto a equipe geralmente se reúne na sala dos agentes comunitários de saúde (ACS). As diversas atividades físicas, que ocorrem todos os dias pela manhã, são realizadas na quadra escolar, ao lado da ESF, ou nas ruas próximas quando se trata de caminhada. A área da recepção é pequena, mas apresenta cadeiras bem conservadas e em número suficiente. Existia uma televisão grande com imagem de boa qualidade, que entretinha os pacientes enquanto esperavam a consulta, porém foi roubada no início do ano. Uma parcela da população demonstra certa resistência em ter a sua condição de saúde acompanhada na ESF Caensa, uma vez que tiveram que deixar de frequentar a outra unidade onde já possuíam vínculo estabelecido, por não mais estarem adscritos no território desta última.

A equipe é formada por sete ACS, um assistente administrativo/recepcionista, uma técnica em enfermagem, uma enfermeira, uma cirurgiã-dentista, uma auxiliar de saúde bucal, uma auxiliar de serviços gerais e uma médica, além da equipe do NASF (fonoaudióloga, fisioterapeuta, assistente social e nutricionista), dos residentes de enfermagem, de odontologia e de nutrição e da pediatra, que atende na unidade quinzenalmente.

Além do atendimento à demanda espontânea, cujo agendamento das consultas tem sido realizado diariamente, durante todo o período de funcionamento, realizam-se exame preventivo do câncer de colo de útero e de mama, acompanhamento pré-natal, puericultura, assistência a crianças com baixo peso, visitas domiciliares e atendimento individual a hipertensos e diabéticos e a outros cuidados continuados.

Durante o levantamento de priorização de problemas da ESF Caensa, realizado como atividade do módulo “Planejamento e Avaliação em Saúde” do Curso de Especialização em Saúde da Família, definiu-se a questão do tabagismo como problema prioritário da unidade.

## 2. JUSTIFICATIVA

A queima do tabaco produz cerca de 4.720 substâncias, das quais 60 apresentam atividade cancerígena e outras são reconhecidamente tóxicas, independente das formas de uso. Além da nicotina, monóxido de carbono e hidrocarbonetos aromáticos, há metais pesados e substâncias radioativas.

Dados do Ministério da Saúde (MS) apontam que o tabaco, principal causa evitável de doença pulmonar obstrutiva crônica (DPOC), é responsável por cerca de seis milhões de mortes em todo o mundo, seja pelo consumo direto, seja pelo indireto - no Brasil, estima-se 200 mil óbitos ao ano. A poluição tabágica ambiental é tida como a terceira causa de morte evitável no mundo, após o tabagismo ativo e o alcoolismo - vale ressaltar que milhões de crianças com menos de cinco anos de idade acabam sendo expostas nos próprios ambientes domiciliares.

O consumo geralmente se inicia na adolescência, por razões próprias dessa fase da vida (curiosidade, influência de terceiros, ansiedade), o que, aliado à predisposição genética, propicia o estabelecimento da dependência pelas modificações provocadas na fisiologia do sistema nervoso central.

Doença crônica – por vezes pediátrica, já que a idade média de iniciação é de 15 anos, e incluída na Décima Revisão da Classificação Internacional de Doenças (CID-10) no grupo dos transtornos mentais e de comportamento decorrentes do uso de substância psicoativa, o tabagismo, por sua vez, relaciona-se a tantas outras – mais de 50 – atingindo principalmente os aparelhos respiratório (DPOC, agravamento da asma), cardiovascular (aterosclerose, coronariopatia, acidente vascular encefálico e outros eventos tromboembólicos, aneurisma), digestivo (refluxo gastroesofágico, úlcera péptica, doença de Crohn, cirrose hepática), e genitourinário (disfunção erétil, infertilidade, nefrite), desencadeando neoplasias malignas (cavidade oral, faringe, esôfago, estômago, pâncreas, cólon, reto, fígado e vias

biliares, rins, bexiga, mama, colo de útero, vulva, leucemia), problemas gestacionais (infertilidade, abortamento espontâneo, descolamento prematuro da placenta, placenta prévia, pré-eclâmpsia, gravidez tubária, menor peso ao nascer, prematuridade, mortalidade neonatal, malformações congênitas), bem como prejudicando o sistema imune e a pele. Afora suas repercussões socioeconômicas: o desvio de renda, gastando-se menos com as necessidades básicas, e perda de produtividade, absenteísmo no trabalho, assistência médica, invalidez e mortes precoces, além dos custos vinculados a tratamentos, internações e pensões. Há também impacto no âmbito ecológico, pois o cultivo do tabaco implica desmatamento, empobrecimento do solo, contaminação deste e dos recursos hídricos pelo uso de pesticidas e fertilizantes e incêndios, provenientes do descarte inadequado de pontas ainda em chamas de cigarro ou de charuto já fumados.

Na ESF Caensa, os fechamentos anuais de 2012 e 2014 apontam pouco mais de 300 fumantes na área. Entretanto, como bem ressalta o texto “Elaboração do Plano de Ação”, há deficiências quanto aos nossos sistemas de informação. Além disso, a produção de informações adicionais pela equipe para auxiliar no processo de planejamento ainda é incipiente.

### **3. OBJETIVOS**

#### **3.1. OBJETIVO GERAL**

Elaborar uma proposta para sistematização do combate ao tabagismo, sobretudo dos indivíduos que possuem de leve a média dependência, a fim de diminuir as repercussões socioeconômicas, ambientais e de saúde pública da doença na área de abrangência da ESF Caensa.

#### **3.2. OBJETIVOS ESPECÍFICOS**

Verificar o número de tabagistas presentes no território adscrito;

Identificar e cadastrar os usuários visando sua inserção em ações para mudança de comportamento e hábito, mediante ações de educação em saúde;

Capacitar a equipe quanto à abordagem dos pacientes que têm o hábito de fumar, à motivação para abandonar o tabaco e ao levantamento, registro e análise dos dados;

Estruturar grupos anti-tabagistas, com graus de dependência afins e sob apoio multiprofissional, e instituí-los como rotina anual ou semestral do serviço.

#### 4. MÉTODOS

Foi realizada uma revisão narrativa de literatura por meio de pesquisa bibliográfica nas bases de dados *SciELO* e *Google Acadêmico* e no portal de pesquisa da *Biblioteca Virtual em Saúde*, de 2005 a 2015, utilizando os descritores *Tabaco*, *Hábito de fumar* e *Abandono do uso de tabaco*. Em seguida, foi desenvolvido um projeto de intervenção, utilizando o método *Planejamento Estratégico Situacional (PES)*.

O PES foi desenvolvido de acordo com os seguintes passos: “definição dos problemas”, “priorização do problema”, “descrição do problema selecionado”, “explicação do problema”, “seleção dos ‘nós críticos’”, “desenho das operações”, “identificação dos recursos críticos”, “análise de viabilidade do plano”, “elaboração do plano operativo” e “gestão do plano”.

O PES apresentado neste trabalho foi desenvolvido no módulo “Planejamento e Avaliação em Saúde” na Plataforma *Nescon*.

## 5. REVISÃO DE LITERATURA

De acordo com o estudo realizado por Pinto e Ugá (2010), a Organização Mundial da Saúde (OMS) estima que até 2030 o número de óbitos anuais pelo tabagismo terá um crescimento significativo de 48%, passando para oito milhões de óbitos, dos quais 80% ocorrerão em países em desenvolvimento.

Oliveira, Valente e Leite (2008) analisaram as metodologias publicadas e empregadas no cálculo da mortalidade atribuível ao fumo. Tido pela OMS como um dos maiores desafios da saúde pública atualmente, o controle do hábito de fumar apresenta variadas formas de medição do seu impacto multifatorial na sociedade, como a *Smoking Attributable Mortality* (SAM) – “do total de óbitos gerais ou por determinada causa específica, quantos são atribuíveis ao tabagismo” –, amplamente utilizada nos estudos e apontada como de maior relevância dada à sua capacidade de mostrar os prejuízos para saúde advindos de tal hábito. A comparação dos resultados dos vários estudos, confirmaram que “o câncer de traquéia/brônquios/pulmão, doença isquêmica do coração, DPOC e doenças cerebrovasculares são os que mais contribuem para a SAM” (EZZATI & LOPEZ, 2004 *apud* OLIVEIRA; VALENTE; LEITE, 2008), bem como que esses eram as três principais causas de morte relacionadas ao fumo em 2000, principalmente dos 35 aos 64 anos e em homens. Isso mesmo com as diferenças observadas em relação a SAM nessas doenças, em decorrência da heterogeneidade do método de cálculo, inclusão ou não de determinadas doenças tabaco-relacionadas, faixa etária considerada, inclusão de mortes por queimaduras, fumo passivo e incorporação do consumo de outros produtos tabágicos (charuto, cachimbo), por exemplo.

Chatkin (2006) expôs que, tradicionalmente, a experimentação e o início do hábito de fumar eram mais associados ao comportamento rebelde adolescente, à necessidade de afirmação de maturidade, ao desafio às regras/autoridades, à imitação de ídolos, à pressão de amigos fumantes e à correspondência do tabagismo às pessoas bem resolvidas do ponto de vista profissional, financeiro e

sexual. Mais recentemente, o padrão específico de personalidade de busca de desafios e características do desenvolvimento neuropsicológico começaram a ser considerados. Os motivos pelos quais os fumantes têm tanta dificuldade em cessar o tabagismo são provavelmente semelhantes, acrescidos ao problema da compulsão orgânica.

Nos Estados Unidos, estima-se que 80% dos fumantes regulares manifestam o desejo de parar de fumar, mas somente 35% desses tentam de fato e menos de 5% são bem-sucedidos sozinhos, isto é, sem ajuda especializada, segundo Planeta e Cruz (2005). Todavia, as taxas de abstinência com as terapias de cessação do tabagismo variam meramente de 30% a 41%, tal qual expôs Echer (2006). Muitas substâncias da fumaça do cigarro contribuem para os efeitos reforçadores do tabaco, sendo a nicotina a principal agente responsável pelo desenvolvimento da dependência ao tabaco, esta similar à provocada pela heroína e cocaína, por exemplo.

Cerca de 70% dos fumantes querem parar de fumar, mas poucos conseguem ter sucesso, sendo que a maior parte deles precisa de cinco a sete tentativas antes de deixar o cigarro definitivamente. A dependência à nicotina é uma desordem complexa e difícil de ser superada. A motivação para deixar o hábito é um dos fatores mais importantes na cessação do tabagismo e está inter-relacionada a uma gama de variáveis hereditárias, fisiológicas, ambientais e psicológicas. Além da motivação, o fumante terá que enfrentar alguns fatores que dificultam o processo. Dentre esses, a intensidade da síndrome de abstinência é uma das principais causas que contribui para a manutenção do vício [...] os sintomas de compulsão podem durar por muitos meses ou anos (RONDINA; GORAYEB; BOTELHO, 2007, p. 593).

Chatkin (2006) acrescenta que aproximadamente um terço dos 70% dos fumantes que querem abandonar o fumo tem êxito por apenas um dia e menos de 10% ficam em abstinência por 12 meses.

A nicotina exerce sua ação farmacológica ligando-se aos receptores colinérgicos nicotínicos (nAChR), presentes nos gânglios autonômicos, junção neuromuscular e sistema nervoso central (SNC). Neste último, a interação da nicotina com nAChR pré-sinápticos axonais resultam no aumento da liberação de vários neurotransmissores. As alterações moleculares do sistema dopaminérgico mesocorticolímbico (parte do sistema de recompensa), induzidas pela exposição prolongada à droga, bem como aos estímulos condicionados associados ao fumo provocam efeito reforçador positivo e sensibilização comportamental. Em estudos animais, os antagonistas dopaminérgicos ou lesões do núcleo acumbens reduzem a auto-administração de nicotina. Além disso, demonstrou-se também, por tomografia de emissão de pósitrons, que agudamente o tabaco pode inibir a enzima monoamino oxidase (MAO) A e B em humanos, gerando um aumento da disponibilidade de dopamina e, subsequentemente, contribuindo para o aumento dos efeitos reforçadores da nicotina. Como a dopamina medeia a sensação subjetiva de prazer e regula o impulso motivacional e a atenção a estímulos salientes, a sensibilização tornaria os estímulos (uso da droga e comportamentos relacionados) ainda mais salientes, atrativos e desejados, características essas progressivamente intensificadas sob o uso repetido, capaz de desenvolver a fissura pela substância e seu uso compulsivo. Além da fissura, a síndrome de abstinência à nicotina inclui bradicardia, desconforto gastrointestinal, aumento do apetite, ganho de peso, dificuldade de concentração, ansiedade, disforia, depressão e insônia. Sugere-se que tanto os nAChR centrais, como os periféricos, participam na precipitação dos sinais somáticos da retirada de nicotina. Entretanto, os aspectos afetivos parecem ser mediados apenas pelos receptores localizados no SNC.

Na revisão publicada por Dani e Heinemann (1996 *apud* PLANETA; CRUZ, 2005), várias evidências indicam que baixas concentrações de nicotina causariam inicialmente dessensibilização dos nAChR. Com a exposição prolongada à droga, tais receptores passariam do estado dessensibilizado para o estado inativo, forçando um aumento do número dos receptores a fim de restaurar a homeostase. Dessa forma, fumantes teriam um excesso de nAChR, mas com parcela significativa deles inativa. O período de abstinência faz com que ocorra queda acentuada da concentração de nicotina, ativando os receptores, formando então, um número excessivo de



receptores responsivos. Como consequência, as vias colinérgicas tornam-se hiperexcitáveis à acetilcolina liberada fisiologicamente, o que contribuiria para os sinais e sintomas da abstinência. Assim, o indivíduo fumaria novamente para restaurar a concentração de nicotina. Daí o reinício do ciclo.

Rondina, Gorayeb e Botelho (2007), apontam que, além da síndrome de abstinência, o grau de dependência nicotínica, sugerido pelo teste de Fagerström, configura-se como obstáculo.

Os fumantes pesados geralmente fumam o primeiro cigarro antes de 30 min após acordar, têm a percepção de dificuldade de abandonar o vício, e pouca autoconfiança. Dentre as diversas formas de abordagens para esses pacientes, destaca-se a necessidade do fortalecimento da motivação, sem a qual esses pacientes não conseguirão deixar de fumar. Muitos deles afirmam que estão querendo parar de fumar; porém, na verdade, esse desejo expresso verbalmente não traduz com fidelidade seus verdadeiros sentimentos em relação ao tabagismo, pois não estão devidamente motivados para tal ato (RONDINA; GORAYEB; BOTELHO, 2007, p. 593).

Eles afirmam que o período de ganho de peso que ocorre após a cessação do tabagismo também dificulta a mudança desse hábito e geralmente cursa com alterações dos padrões de comportamento e personalidade – depressão, impulsividade, abstenção, autopunição, irritabilidade e agressão – as quais intensificam a questão. O aumento do peso corporal estaria relacionado com a grande taxa metabólica, diferenças na qualidade e quantidade dos alimentos ingeridos e na ação redutora do apetite provocados pela nicotina.

Em relação ao binômio tabagismo-personalidade, Rondina, Gorayeb e Botelho (2007) relatam três dimensões predominantes: extroversão, neuroticismo e psicoticismo. O primeiro, composto por fatores como sociabilidade, assertividade, emoções positivas, vivacidade e nível de atividade, aponta que, sob níveis equivalentes de estimulação para o bem-estar, pessoas extrovertidas apresentam baixa excitação cortical (talvez resultante de herança genética) estando propensas a

se sentirem pouco estimuladas e, então, levadas à tentativa de modificar seu ambiente externo através do aumento de atividades ou seu ambiente interno por meio da ingestão de substâncias, como a nicotina e outras drogas – o fato de o tabagismo estar sendo considerado um hábito socialmente não desejável tem diminuído a interferência desse fator nos últimos anos. Quanto ao neuroticismo, formado pela ansiedade, depressão, vulnerabilidade psicológica, hostilidade e ira, por estar associado à alta frequência e intensidade de afeto negativo devido ao ineficiente mecanismo auto-regulador para afetos e para modulação da excitação, facilita o tabagismo uma vez que contribui para a homeostase interna: “indivíduos mais ‘neuróticos’ parecem menos inclinados a abandonar o tabagismo, mesmo em face à recente pressão social; e podem sentir os efeitos da nicotina mais reforçadores, em comparação a indivíduos mais estáveis emocionalmente”. Já o vínculo da dimensão psicoticismo com o hábito de fumar está na impulsividade, cinismo, frieza, tendências anti-sociais, afabilidade/conformidade reduzidas e constrangimento/inibição reduzidos, busca de sensações estimulantes ou excitantes e baixa conscienciosidade pertencentes a ela.

[...] os indivíduos considerados fumantes leves ou moderados têm pouca motivação para abandonar o tabaco, pois acham que podem parar quando bem o quiserem. Os fumantes pesados, por sua vez, apresentam-se com pouca motivação devido à falta de confiança de conseguirem o intento, acham-se incapazes e têm medo do sofrimento que a síndrome de abstinência produz, pois já tentaram e fracassaram outras vezes (ECHER, 2006, p. 24).

Além disso, o tabagismo também está relacionado com os transtornos mentais, como depressão, ansiedade, esquizofrenia, transtorno do déficit de atenção e alcoolismo, uma vez que a nicotina interfere no funcionamento dos sistemas neurotransmissores e exerce diversas ações neuroendócrinas, podendo influenciar no quadro psicopatológico e, ainda, na responsividade do paciente ao tratamento, o que é corroborado por Castro, Matsuo e Nunes (2010).

Chatkin (2006) menciona que a contribuição genética pode ter papel significativo no hábito tabágico, sendo possivelmente responsável por 40% a 60% do início e cerca

de 67% da manutenção da dependência, além da dificuldade de cessação, embora reforçe a complexidade do problema, principalmente em face às múltiplas inter-relações entre os genes e o meio ambiente. Segundo este autor, são conhecidos cinco receptores diferentes de dopamina e, dentre os genes que os codificam, o DRD2 é o mais investigado por sua relação com outros comportamentos aditivos, como uso de drogas lícitas ou ilícitas, jogo compulsivo, obesidade, e pelos conhecidos efeitos liberadores deste neurotransmissor pela nicotina. Uma metanálise apontou que indivíduos com determinados polimorfismos nos alelos DRD2 são mais comuns entre fumantes do que entre não fumantes, e apresentam déficit na regulação da dopamina e, portanto, necessitam de estímulos extras, como o uso de nicotina, para a liberação de quantidades de neurotransmissores suficientes para produzir a sensação de prazer ou de bem estar. Assim, esses pacientes, que já apresentam naturalmente um menor número de receptores dopaminérgicos, começam a fumar mais precocemente, fumam maior quantidade por dia e apresentam maior dificuldade em parar de fumar. Polimorfismos ligados ao transporte de dopamina na fenda sináptica também têm sido vinculados: cita-se o genótipo SLC6A3 como responsável pela codificação da proteína transportadora de dopamina e pela possível menor predisposição a se tornar fumante, consumir menos tabaco e apresentar maior facilidade em cessar o hábito tabágico que o indivíduo que possui o polimorfismo SLC6A3-9, acarretando taxas significativamente maiores de abstinência ao final do tratamento e período maior de latência para recaída. Outro exemplo se refere àqueles envolvidos na biossíntese da serotonina ou os da sua recaptação: a nicotina aumenta a secreção de serotonina e sua retirada diminui a liberação do neurotransmissor, envolvendo possivelmente as mudanças de humor relacionadas à abstinência tabágica – ademais, como já foi dito anteriormente, tanto depressão, quanto ansiedade são situações clínicas ligadas ao tabagismo. Foi encontrada também associação altamente significativa com o polimorfismo no *Serotonin Transporter Gene* (SERT), sugerindo que este gene influencia a iniciação do tabagismo.

Outra questão importante, revelada por Echer (2006), são os estágios pelos quais atravessa a mudança de comportamento na luta contra a doença. Na pré-contemplação, a descontinuação do tabagismo não se configura um plano futuro; na

contemplação, já existe uma avaliação mais realista a respeito do consumo e a consideração de uma possível modificação de conduta; na fase de preparação esses pensamentos vão ficando mais fortes, a ponto de ponderar na definição de uma data para parar de fumar. O primeiro passo para interromper o hábito de fumar passa pela determinação e motivação pessoal, as quais muitas vezes podem partir não só de uma iniciativa própria, mas de entrevistas motivacionais/orientações terapêuticas realizadas ao longo do tempo. Em seguida vem a fase de ação, na qual tudo começa a se concretizar, sob a forma de diminuição da auto-administração, da busca de auxílio profissional/especializado, da escolha de uma data para não mais fumar. O estágio de manutenção é período no qual o paciente está abstinente há mais de seis meses e, para tal, é exigido transformações significativas no estilo de vida e sua consolidação. As recaídas são frequentes e esperadas, não devendo ser vistas como fracasso, mas como momento de revisão, discussão e proposição de estratégias de superação e reinício da tentativa. Daí a importância do planejamento e do apoio de amigos e familiares e da assistência multiprofissional preparada, capaz de lidar com o sofrimento, incentivar e garantir ações sustentadas.

Echer (2006) também refere que a abordagem cognitivo-comportamental é imprescindível no alcance do êxito, podendo ser breve/mínima (com duração de poucos minutos, dentro da consulta de rotina, como meio de identificação do uso, classificação da dependência, avaliação da motivação e aconselhamento), básica (também em poucos minutos, porém com acompanhamento programado, através de consultas subsequentes), específica/intensiva (individual ou em grupo, com profissional específico – psicólogos, psiquiatras – em várias sessões, com frequência variável a longo de um ano), nas recaídas, nas situações em que não se deseja cessar o hábito tabagista (estímulo à reflexão) e de não-fumantes (educação em saúde).

A autora supracitada ainda revela que mesmo com eficácia bem estabelecida, às vezes a terapia cognitivo-comportamental não é suficiente, especialmente nos casos de elevada dependência, sendo necessária, então, a associação de medicamentos que serão coadjuvantes no processo, facilitando-o, por exemplo, ao reduzir os

sintomas da abstinência. São eles os nicotínicos, que repõem a nicotina, representados pelos adesivos, gomas de mascar, inalador e aerossol, e os não nicotínicos, como os antidepressivos Bupropiona e Nortripilina e anti-hipertensiva Clonidina. Infelizmente não são comumente e regularmente disponibilizados no Sistema Único de Saúde (SUS).

Aliás, o hábito de fumar gera uma carga substantiva para as sociedades, cujos custos podem ser tangíveis (mensuráveis; recaem sobre o sistema de saúde, a produtividade laboral, o sistema previdenciário e o meio ambiente - devido à poluição ambiental gerada pela fumaça e ao processo de cura da folha de tabaco, e ao uso intensivo de agrotóxicos, responsáveis pela degradação de florestas e do solo) e intangíveis (como a morte e o sofrimento de fumantes, ex-fumantes e de seus familiares), de acordo com Pinto e Ugá (2010).

Além do mais, essa análise pode ser realizada sob a perspectiva da sociedade, do paciente, do prestador de serviços de saúde e do órgão financiador do sistema de saúde, derivando resultados diferenciados na apuração dos custos de cada uma dessas perspectivas. No caso dos custos tabaco-relacionados, grande parcela dos trabalhos tem adotado a perspectiva da sociedade, por ser mais abrangente ao mensurar custos diretos (recursos utilizados em prevenção, tratamento e reabilitação) e indiretos (tocante à perda de produtividade econômica devido à morbidade e à mortalidade; medidos por meio de aposentadorias e pensões precoces e perda de renda).

Estimativas conservadoras indicam que os custos em saúde atribuíveis às doenças associadas ao tabagismo alcançam em termos globais cerca de US\$ 200 bilhões por ano [...] tais custos variam de 6% a 15% das despesas nacionais com saúde e, para todas as faixas etárias, o custo médio da assistência aos fumantes supera o de não-fumantes. Nas economias menos desenvolvidas essas informações estão pouco disponíveis, porém estima-se que proporcionalmente os custos da assistência médica são tão elevados quanto os verificados nas economias industrializadas (PINTO; UGÁ, 2010, p. 1236).

Seguem os resultados, em termos relativos, da carga econômica do tabagismo sobre o SUS.

Tabela1

Internações totais e atribuíveis ao tabagismo por câncer, doenças cardiovasculares, cerebrovasculares e respiratórias, segundo diagnóstico principal, por sexo. Brasil, 2005.

Doenças	Sexo masculino		Sexo feminino			
	Internações	%	Internações atribuíveis ao tabagismo	Internações	%	Internações atribuíveis ao tabagismo
<b>Câncer</b>						
Lábio, cavidade oral e faringe	13.810	3,4	9.529	6.380	1,2	2.361
Esôfago	7.665	1,9	4.292	2.930	0,6	1.436
Estômago	11.1195	2,8	2.015	6.146	1,2	307
Pâncreas	1.569	0,4	361	1.552	0,3	233
Laringe	6.441	1,6	4.831	1.814	0,4	1.143
Traquéia, pulmão e brônquios	8.042	2,0	6.675	4.785	0,9	3.015
Colo do útero	-	-	-	24.253	4,7	1.940
Bexiga	3.292	0,8	1.119	1.792	0,3	269
Leucemia mielóide	2.258	0,6	361	2.687	0,5	54
<b>Cardiovasculares</b>						
Doença isquêmica do coração						
35-64 anos	20.254	5,0	5.874	42.722	8,3	9.826
65 anos ou mais	42.007	10,5	4.201	41.560	8,1	3.325
Cerebrovasculares						
35-64 anos	13.740	3,4	4.672	38.584	7,5	11.575
65 anos ou mais	55.576	13,8	6.669	55.978	10,9	3.918
Artérias, arteríolas e dos capilares	21.350	5,3	5.124	26.256	5,1	2.888
<b>Respiratórias</b>						
Influenza e pneumonia	99.021	24,6	13.863	126.316	24,7	17.684
Bronquite e enfisema	95.712	23,8	74.655	128.418	25,1	78.335
<b>Total</b>	<b>401.932</b>	<b>100,0</b>	<b>144.241</b> (35,9%)	<b>512.173</b>	<b>100,0</b>	<b>138.308</b> (27,0%)

Fonte: PINTO; UGÁ, 2010

Tabela 2

Custos totais e tabaco-relacionados de internações e procedimentos de quimioterapia, segundo grupos de enfermidades. SUS, 2005.

Grupos de enfermidades	Custo total de internações e procedimentos de quimioterapia (R\$)	Custo total de internações e procedimentos de quimioterapia atribuíveis ao tabagismo (R\$)	%
Câncer	316.083.126,11	114.668.026,24	36,3
Aparelho circulatório	723.169.661,35	145.757.575,25	20,2
Aparelho respiratório	189.952.995,36	78.266.914,53	41,2
<b>Total</b>	<b>1.229.205.782,82</b>	<b>338.692.516,02</b>	<b>27,6</b>

Fonte: PINTO; UGÁ, 2010

Pinto e Ugá (2010) destacam que os dados estão subestimados pelas limitações do estudo, relativas ao financiamento da assistência, ao processo de geração de informações por meio dos bancos de dados administrativos e às medidas epidemiológicas utilizadas. Entretanto, mesmo que não possam ser comparados com as pesquisas internacionais, serve para alertar sobre a necessidade de aprimorar a qualidade e aumentar o quantitativo de pesquisas para fortalecer os argumentos dos gestores acerca da carga econômica que o tabagismo impõe ao país e subsidiar a implantação de novas ações e estratégias ou aprimorar as já existentes.

Echer (2006), em sua tese de doutorado, relata que foi nos Estados Unidos, em 1964, a primeira publicação sobre os malefícios do tabaco à saúde, sucedido pelo lançamento mundial de uma campanha antitabagista, mas que, no Brasil, foi somente no fim da década de 1980 que houve a adoção de leis, que restringem o fumo em diversos ambientes e a assunção da organização de ações sistemáticas, continuadas e abrangentes no controle do tabagismo, pelo MS, via Instituto Nacional de Câncer (INCA), lançando mão de abordagem cognitivo-comportamental, farmacoterapia, acompanhamento clínico e grupos terapêuticos, bem como a difusão midiática das informações pertinentes ao não início e à cessação do uso do tabaco. Tal qual publicação do INCA (2009), para que o Programa Nacional de Controle do Tabagismo (PNCT) abrangesse todo o território brasileiro, houve uma descentralização das ações e parceria com as Secretárias Estaduais e Municipais de Saúde, respeitando os princípios do SUS. A fim de assegurar o tratamento na rede, o ministério criou várias portarias, inclusive a Portaria SAS/MS 442/04, a qual estende a abordagem do tabagismo para a Atenção Básica e Média Complexidade e determina que os produtos para o tratamento do tabagismo serão adquiridos pelo MS e direcionados aos municípios com unidades de saúde capacitadas e credenciadas para tal finalidade.

## 6. PROPOSTA DE INTERVENÇÃO

### Primeiro passo: definição dos problemas

Os principais problemas levantados pela equipe de saúde da ESF Caensa foram hipertensão arterial sistêmica (HAS), diabetes mellitus tipo 2 (DM 2), tabagismo/DPOC, dor crônica, dengue, difícil acesso a alguns recursos de média e alta complexidade, cadastramento individual no sistema de informação da plataforma eletrônica e-SUS, violência/tráfico de drogas e desemprego/subemprego.

### Segundo passo: priorização do problema

Quadro 1 – Classificação de prioridades para os problemas identificados no diagnóstico da ESF Caensa. 2015

Principais problemas	Importância	Capacidade de enfrentamento	Seleção
Tabagismo/ DPOC	Alta	Parcial	1
HAS e DM 2	Alta	Parcial	2
Dor crônica	Alta	Parcial	3
Dengue	Alta	Parcial	4
Cadastramento individual no sistema de informação da plataforma do e-SUS	Alta	Parcial	5
Difícil acesso a alguns recursos de média e alta complexidade	Alta	Fora	6
Violência/tráfico de drogas	Alta	Fora	7
Desemprego/subemprego	Alta	Fora	8

### Terceiro passo: descrição do problema selecionado

Dados do MS apontam que o tabaco, principal causa evitável de DPOC, é responsável por cerca de seis milhões de mortes em todo o mundo, seja pelo consumo direto, seja pelo indireto - no Brasil, estima-se 200 mil óbitos ao ano. O tabagismo se relaciona a vários tipos de câncer (principalmente o de pulmão, com um risco maior de 90% em homens e de 70% em mulheres), além de aumentar o risco de doenças cardiovasculares e respiratórias, por exemplo, inclusive para fumantes passivos. A poluição tabágica ambiental é tida como a terceira causa de

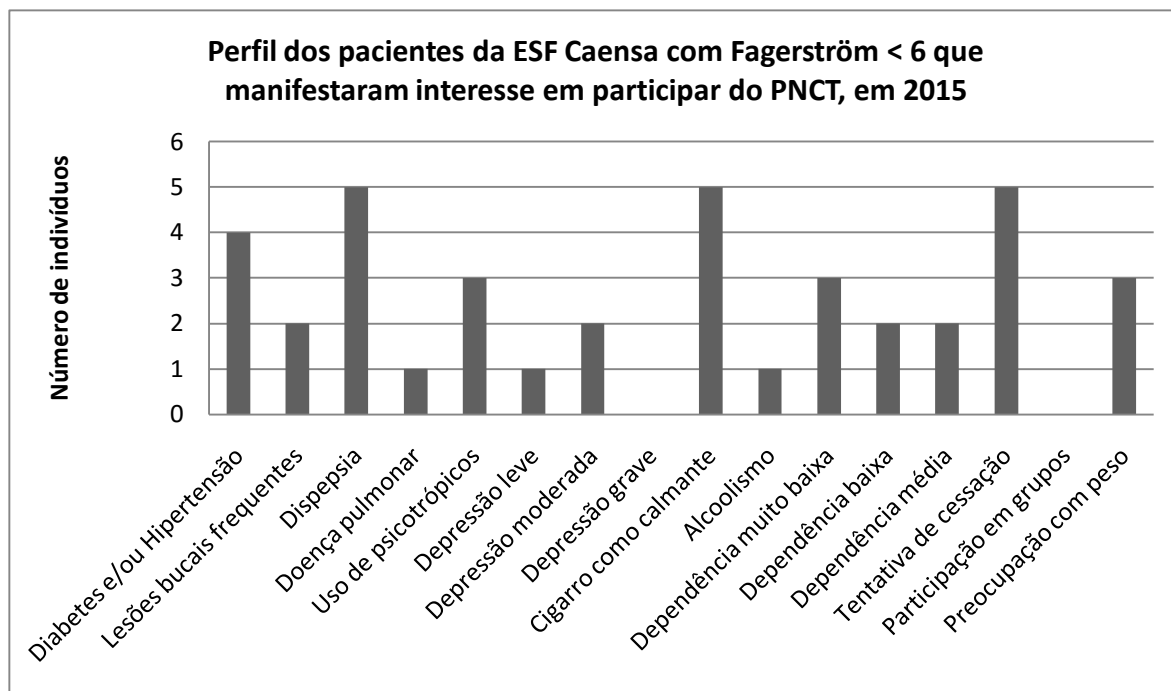


morte evitável no mundo, após o tabagismo ativo e o alcoolismo - vale ressaltar que milhões de crianças com menos de cinco anos de idade acabam sendo expostas nos próprios ambientes domiciliares. E ele não traz repercussões apenas para a saúde: suas consequências também afetam a esfera socioeconômica e ambiental.

Na ESF Caensa, os fechamentos anuais de 2012 e 2014 apontam pouco mais de 300 fumantes na área. Entretanto, como bem ressalta o texto “Elaboração do Plano de Ação”, há deficiências quanto aos nossos sistemas de informação. Além disso, a produção de informações adicionais pela equipe para auxiliar no processo de planejamento ainda é incipiente.

Em 17 de agosto de 2015, foi implantado PNCT em Alfenas, o qual priorizou tabagistas com alto grau de dependência, através da formação de grupos de combate ao tabagismo, ante termo de compromisso, com dispensação de medicamentos de primeira linha, enviados pelo Ministério da Saúde, aos participantes cadastrados, conforme prescrição do médico da rede pública registrado no programa – Bupropiona de 150mg, Adesivos de Nicotina de 21mg, 14mg e 7mg, Goma de Mascar 2g. Após curso de capacitação dos profissionais envolvidos e identificação dos tabagistas altamente dependentes, selecionados a partir de questionário pré-elaborado (presente no anexo 1 deste trabalho), tiveram início os encontros, com profissionais de várias áreas da saúde e atividades previstas em cronograma (possível de ser verificado no anexo 2). Por causa da disponibilidade limitada de fármacos e materiais de apoio, os grupos foram reduzidos e alguns, aglutinados: os pacientes do PSF Caensa que possuíam dependência elevada ou muito elevada foram designados a se juntarem aos do PSF Boa Esperança.

Dos 285 tabagistas da ESF Caensa, número referente ao período de janeiro a novembro de 2015, 13 tiveram interesse em participar do PNCT, respondendo ao questionário, e seis foram elegidos. Os sete restantes, que ficaram sem tratamento, traziam as seguintes características:



Visto que de 30% a 50% das pessoas que começam a fumar tornam-se dependentes (ECHER, 2006); que qualquer usuário, independente do grau de dependência à nicotina, tem condições de ser bem-sucedido no tratamento (ASSOCIAÇÃO MÉDICA BRASILEIRA E AGÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE SUPLEMENTAR, 2011) e que provavelmente os pacientes com leve a média dependência não requererão medicamentos específicos e, por consequência, não precisarão se submeter à espera de recursos de alto custo, foi proposta a abordagem sistematizada dos outros tabagistas, com formação de grupos, ao menos uma vez ao ano, segundo seus graus de dependência, e que estejam nos estágios de preparação e ação quanto à mudança de comportamento na luta contra o tabagismo.

#### **Quarto passo: explicação do problema**

A queima do tabaco produz mais de 4.000 substâncias, muitas das quais apresentam atividade cancerígena e são tóxicas. Além da nicotina, monóxido de carbono e hidrocarbonetos aromáticos, há metais pesados e substâncias radioativas. Sua ação nociva independe das variadas formas de uso do tabaco.

O consumo geralmente se inicia na adolescência, por razões próprias dessa fase da vida, o que, aliado à predisposição genética, propicia o estabelecimento da dependência, uma vez que ocorrem modificações no sistema nervoso central pelas substâncias já citadas.

O tabagismo, então, é considerado doença crônica e, por sua vez, relaciona-se a tantas outras – mais de 50 – atingindo principalmente os aparelhos respiratório, cardiovascular, digestivo, e genitourinário, desencadeando neoplasias malignas, problemas gestacionais, bem como prejudicando o sistema imune e a pele.

Suas repercussões socioeconômicas são o desvio de renda, gastando-se menos com as necessidades básicas, e perda de produtividade, absenteísmo no trabalho, assistência médica, invalidez e mortes precoces, além dos custos vinculados a tratamentos, internações e pensões. No âmbito ecológico, o cultivo do tabaco implica desmatamento, empobrecimento do solo, contaminação deste e dos recursos hídricos pelo uso de pesticidas e fertilizantes, afora os incêndios provenientes do descarte inadequado de pontas ainda em chamas de cigarro ou de charuto já fumados.

#### **Quinto passo: seleção dos “nós críticos”**

Configuram-se os “nós críticos”: dependência, tolerância e abstinência; hábitos e estilos de vida; pressão social; nível de informação; processo de trabalho da equipe de saúde.

#### **Sexto passo: desenho das operações**

A partir da discussão com a equipe, aventou-se a necessidade de atualizar o número de tabagistas, cuja busca seria direcionada pelas informações das ACS e sua observação ativa, pelos dados adquiridos durante a consulta médica e/ou com outros profissionais, no acolhimento e na renovação de receitas de medicamentos utilizados no tratamento da DPOC e pela verificação da lista dos que estão à espera

de interconsulta com o especialista; em seguida, avaliar os anseios individuais e a dependência nicotínica a partir da aplicação da escala de Fagerström, oferecendo-lhes o apoio multidisciplinar adequado. O estabelecimento do vínculo com as escolas da região seria o próximo passo, principalmente no que tange à prevenção.

Quadro 2 – Desenho de operações para os “nós” críticos do problema tabagismo

“Nó crítico”	Operações	Resultados esperados	Meios	Recursos necessários
Hábitos e estilos de vida inadequados	Estímulo à atividade física, à alimentação equilibrada e à saúde bucal. Apoio aos que desejam cessar o tabagismo	Condicionamento físico e promoção da saúde mental e bucal. Diminuição do número de fumantes em 10%	Organização de grupos de esportes, ginástica, caminhada; oficinas culinárias. Grupos operativos. Acompanhamento odontológico. Encaminhamento de alguns pacientes, segundo critérios de Tolerância de Fagerström, para programas municipais anti-tabagismo	Espaço físico amplo e adequado; cozinha com equipamentos básicos; participação de educador físico, fisioterapeuta, nutricionista e dentista. Organização da agenda. Apoio dos órgãos municipais e comércio. Elaboração de folhetos educativos
Pressão social	Conhecimento aprofundado da comunidade; busca de redes de apoio	Melhora nas relações interpessoais e com o meio e empoderamento da população	Psicoterapia; estabelecimento/ fortalecimento da liderança comunitária	Apoio de psicólogo. Organização da agenda. Mobilização social. Financiamento de projetos
Nível de informação	Investigação da visão que se tem sobre o assunto	Educação em saúde; autonomia dos indivíduos	Palestras, folhetos educativos, grupos operativos,	Material informativo. Organização da

	para difundir, complementar as informações		programas de rádio (entrevistas sobre temas variados, por exemplo) em prol da saúde	agenda. Articulação com setor de educação e outros setores da saúde. Mobilização social.
Processo de trabalho da equipe de saúde	Promoção da consciência do tabagismo como doença; preparo da equipe no manejo do problema	Maior identificação do tabagismo e suas conseqüências e estabelecimento de linhas de cuidado	Capacitação dos profissionais de saúde; elaboração de protocolos	Articulação com outros setores da saúde e adesão dos profissionais. Auxílio de pneumologista. Organização da agenda. Adequação da referência e contra-referência

Embora tenham sido especificados apenas alguns profissionais no quadro acima, deve-se salientar a imprescindibilidade de cada membro da equipe no enfrentamento do problema.

### **Sétimo passo: identificação dos recursos críticos**

Os recursos críticos identificados pela equipe para o desenvolvimento das operações definidas para o enfrentamento dos “nós críticos” do problema tabagismo são:

- conseguir o espaço na rádio local e recursos financeiros para aquisição de materiais e medicamentos e elaboração de folhetos educativos;
- mobilizar a comunidade, a qual ainda tem postura passiva e mentalidade hospitalocêntrica, apresentando-se, de certa maneira, desarticulada;
- consolidar articulação intersetorial, mesmo entre setores da saúde;
- alcançar o comprometimento de todos os profissionais.

### Oitavo passo: análise de viabilidade do plano

Quadro 3 – Propostas de ações para a motivação dos atores

Recursos críticos	Controle dos recursos críticos		Ações estratégicas
	Ator que controla	Motivação	
Espaço na rádio local	Setor de comunicação social	Indiferente	Apresentar o projeto Estabelecimento/ fortalecimento da liderança comunitária
Recursos financeiros	Secretário de Saúde Estabelecimentos comerciais	Algumas instituições são favoráveis, outras são indiferentes	
Mobilização da comunidade	Associações de bairro	Indiferente	
Articulação intersetorial	Secretários municipais	Favorável	Não são necessárias
Adesão multiprofissional	Profissionais da área da saúde	Alguns são favoráveis, outros são indiferentes	Apresentar o projeto

### Nono passo: elaboração do plano operativo

Quadro 4 – Plano Operativo

Operações	Resultados esperados	Meios	Responsáveis	Prazo
Estímulo à atividade física, à alimentação equilibrada e à saúde bucal. Apoio aos que desejam cessar o tabagismo	Condicionamento físico e promoção da saúde mental e bucal. Diminuição do número de fumantes em 10%	Organização de grupos de esportes, ginástica, caminhada; oficinas culinárias. Grupos operativos. Acompanhamento odontológico. Encaminhamento de alguns pacientes, segundo critérios de Tolerância de Fagerström, para programas municipais anti-	NASF	Três meses para iniciar/ firmar as ações, que terão duração de seis meses a um ano

		tabagismo		
Consolidação do conhecimento aprofundado da comunidade; busca de redes de apoio	Melhora nas relações interpessoais e com o meio e empoderamento da população	Psicoterapia; estabelecimento/ fortalecimento da liderança comunitária	Enfermeira	Um a dois meses
Investigação da visão que se tem sobre o assunto para difundir, complementar as informações	Educação em saúde; autonomia dos indivíduos	Palestras, folhetos educativos, grupos operativos, programas de rádio (entrevistas sobre temas variados, por exemplo) em prol da saúde	Enfermeira	Três a seis meses
Promoção da consciência do tabagismo como doença; preparo da equipe no manejo do problema	Maior identificação do tabagismo e suas conseqüências e estabelecimento de linhas de cuidado	Capacitação dos profissionais de saúde; elaboração de protocolos	Cirurgiã-dentista e médica	Um mês

### **Décimo passo: gestão do plano**

A execução das operações será avaliada mensalmente nas reuniões de equipe, a fim de que sejam realizadas as correções de rumo necessárias e que se combinem o remanejamento do apoio dos outros membros da equipe conforme a situação e o prazo.

## 7. CONSIDERAÇÕES FINAIS

O tabagismo é uma doença multifacetada. Ele exige avaliação minuciosa, com atuação interdisciplinar em sua abordagem, na compreensão das demandas específicas individuais e, subsequentemente, otimização das estratégias de prevenção e terapia.

A realização regular dos grupos anti-tabagistas na unidade de saúde Caensa contribuirá para a diminuição do tabagismo e, conseqüentemente, da incidência de DPOC, uma das principais causas de encaminhamento para pneumologista – vale ressaltar que, no período de março a novembro deste ano, 35 pacientes tiveram que ser referenciados para a especialidade, entre primeira avaliação e acompanhamento, sendo que tem sido disponibilizada o equivalente a uma vaga por mês. O impacto também ocorrerá sobre o gasto público, dadas às consultas e internações decorrentes da exacerbação de outras doenças relacionadas ao tabaco e dispensação de medicamentos e recursos como cilindros de oxigênio para oxigenoterapia domiciliar e fisioterapia cardiorrespiratória. Além disso, haverá redução de problemas respiratórios, principalmente em crianças – tabagistas passivas e também influenciáveis pelos hábitos dos pais –, menos afastamentos do trabalho e melhor uso da renda familiar, pelo remanejamento do dinheiro que seria destinado à compra de cigarros e afins.

Mesmo que as metas de absenteísmo não sejam alcançadas, certamente a rotina de atendimento promoverá a reflexão sobre o tabagismo e seus efeitos, desde a infância, tanto no domicílio quanto fora dele, fortalecendo as bases para o real enfrentamento dessa doença (e subsequentemente de tantas outras).



## 8. REFERÊNCIAS

Associação Médica Brasileira. Evidências Científicas sobre Tabagismo para Subsídio ao Poder Judiciário. Projeto Diretrizes. 2013. Disponível em: <<http://www.projetodiretrizes.org.br/diretrizes12/tabagismojudiciario.pdf>>. Acesso em: 05 dez. 2015.

Associação Médica Brasileira e Agência Nacional de Saúde Suplementar. Tabagismo. Diretrizes Clínicas na Saúde Suplementar. 2011. Disponível em: <<http://www.projetodiretrizes.org.br/ans/diretrizes/tabagismo.pdf>>. Acesso em: 06 jun. 2015.

Campanha Promoção da Saúde – SUS. Controle do tabagismo. Disponível em: <<http://promocaodasaude.saude.gov.br/tabagismo/tabaco-mata-mais-de-200-mil-por-ano/>>. Acesso em: 06 jun. 2015.

CAMPOS, F. C. C.; FARIA, H. P.; SANTOS, M. A.. Planejamento e avaliação das ações em saúde. 2ª Edição. Belo Horizonte: Nescon/UFMG, Coopmed, 2010. Disponível em: <<https://www.nescon.medicina.ufmg.br/biblioteca/imagem/0273.pdf>>. Acesso em: 25 mai. 2015.

CASTRO, M. R. P.; MATSUO, T.; NUNES, S. O. V.. Características clínicas e qualidade de vida de fumantes em um centro de referência de abordagem e tratamento do tabagismo. *Jornal Brasileiro de Pneumologia*. 2010. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/jbpneu/v36n1/v36n1a12.pdf>>. Acesso em: 10 nov. 2015.

CHATKIN, J. M.. A influência da genética na dependência tabágica e o papel da farmacogenética no tratamento do tabagismo. *Jornal Brasileiro de Pneumologia*. 2006. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/jbpneu/v32n6/a16v32n6.pdf>>. Acesso em: 10 nov. 2015.

ECHER, I. C.. Fatores de sucesso no abandono do tabagismo. Tese (doutorado) - Universidade Federal do Rio Grande do Sul. Porto Alegre, 2006. Disponível em: <<http://www.lume.ufrgs.br/bitstream/handle/10183/8113/000567974.pdf?sequence=1>>. Acesso em: 10 nov. 2015.

FARIA, H. P. et al. Apresentação do Município de Curupira e da Equipe Verde de Vila Formosa. Belo Horizonte: NESCON/UFMG/COPEMED, 2010. Disponível em: <[https://plataforma.nescon.medicina.ufmg.br/moodle/pluginfile.php/61904/mod\\_scorm/content/8/CURUPIRA\\_EQUIPE\\_VERDE.pdf](https://plataforma.nescon.medicina.ufmg.br/moodle/pluginfile.php/61904/mod_scorm/content/8/CURUPIRA_EQUIPE_VERDE.pdf)>. Acesso em: 17 abr. 2015.

<http://www.cidades.ibge.gov.br/xtras/perfil.php?lang=&codmun=310160&search=minas-gerais|alfenas|infograficos:-informacoes-completas>. Acesso em: 26 abr. 2015.

Instituto Nacional de Câncer. Plano de Implantação da Abordagem e Tratamento do Tabagismo na Rede SUS. Fluxos de Informação e Instrumentos de Avaliação Manual de Operação. 2009.

Instituto Nacional de Câncer. Tabagismo. Um grave problema de saúde pública. 2007. Disponível em: <[http://www1.inca.gov.br/inca/Arquivos/t\\_Tabagismo.pdf](http://www1.inca.gov.br/inca/Arquivos/t_Tabagismo.pdf)>. Acesso em: 11 dez. 2015.

OLIVEIRA, A.F.; VALENTE, J.G.; LEITE, I.C.. Aspectos da mortalidade atribuível ao tabaco: revisão sistemática. Revista de Saúde Pública. 2008. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/rsp/v42n2/6503.pdf>>. Acesso em: 10 nov. 2015.

PINTO, M.; UGÁ, M. A. D.. Os custos de doenças tabaco-relacionadas para o Sistema Único de Saúde. Caderno de Saúde Pública. Rio de Janeiro, 2010. Disponível em: <<http://www.scielosp.org/pdf/csp/v26n6/16.pdf>>. Acesso em: 10 nov. 2015.

PLANETA, C. S.; CRUZ, F. C.. Bases neurofisiológicas da dependência do tabaco. Revista de Psiquiatria Clínica. 2005. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/rpc/v32n5/27699.pdf>>. Acesso em: 10 nov. 2015.

Programa Nacional de Controle do Tabagismo (PNCT) - Tratamento do Tabagismo. Disponível em: <[http://www1.inca.gov.br/inca/Arquivos/tire\\_duvidas\\_pnct\\_2014.pdf](http://www1.inca.gov.br/inca/Arquivos/tire_duvidas_pnct_2014.pdf)>. Acesso em: 06 jun. 2015.

REICHERT, J. et al. Diretrizes para cessação do tabagismo. Jornal Brasileiro de Pneumologia. 2008. Disponível em: <[http://www.jornaldepneumologia.com.br/detalhe\\_artigo.asp?id=817](http://www.jornaldepneumologia.com.br/detalhe_artigo.asp?id=817)>. Acesso em: 10 nov. 2015.

RONDINA, R. C.; GORAYEB, R.; BOTELHO, C.. Características psicológicas associadas ao comportamento de fumar tabaco. Jornal Brasileiro de Pneumologia. 2007. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/jbpneu/v33n5/v33n5a16.pdf>>. Acesso em: 10 nov. 2015.

SARDINHA, A. et al. Intervenção cognitivo-comportamental com grupos para o abandono do cigarro. Revista Brasileira de Terapias Cognitivas. Rio de Janeiro, 2005. Disponível em:  
<[http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1808-56872005000100010](http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1808-56872005000100010)>. Acesso em: 10 nov. 2015.

## 9. ANEXO 1

**PROGRAMA NACIONAL DE CONTROLE DO TABAGISMO  
ALFENAS LIVRE DO TABACO**

**I – Identificação do Paciente**

Nome: \_\_\_\_\_ nº Prontuário \_\_\_\_\_ Sexo  Femin

Masculino

**II – Exame Físico:** Peso \_\_\_\_\_ Altura \_\_\_\_\_ PA \_\_\_\_\_

AVC \_\_\_\_\_ AR \_\_\_\_\_ ABD \_\_\_\_\_ CD \_\_\_\_\_ HbCO \_\_\_\_\_

Há quanto tempo fumou o último cirrigo \_\_\_\_\_ Hora do exame: \_\_\_\_\_

**III – História Patológica Progressa:**

	Sim	Não	Tratamento
1 – Você tem ou teve freqüentemente aftas, lesões (feridas), e ou sangramento na boca?	( )	( )	
2 – Você tem Diabetes mellitus? Está em tratamento?	( )	( )	
3 – Você tem hipertensão arterial? Está em tratamento?	( )	( )	
4 – Você tem ou teve algum problema cardíaco? Está em tratamento?	( )	( )	
5 – Você tem ou teve frequentemente queimação, azia, dor no estômago ou úlcera ou gastrite?	( )	( )	
6 – Você tem ou teve algum problema pulmonar? Qual? Esta em tratamento?	( )	( )	
7 – Você tem alergia respiratória? Esta em tratamento?	( )	( )	
8 – Você tem alergias cutâneas? Esta em tratamento?	( )	( )	
9 – Você tem ou teve alguma lesão ou tumor maligno? Onde? Esta em tratamento?	( )	( )	
10 – Você tem ou teve crise compulsiva, convulsão febril na infância ou epilepsia? Esta em tratamento?	( )	( )	
11 – Você tem anorrexia nervosa ou bulimia? Esta em tratamento?	( )	( )	
12 – Você costuma ter crises de depressão e/ou ansiedade? Esta em tratamento?	( )	( )	
13 – Você faz ou já fez algum tratamento psicológico ou psiquiátrico? Esta em tratamento?	( )	( )	

Caso tenha respondido sim para as duas questões anteriores (12 e 13), fazer as perguntas sobre depressão

1) Você costuma ingerir bebidas alcoólicas com frequência durante a semana?

Nunca     Todos os dias     Finais de semana     Raramente

Caso responda “todos os dias” ou “finais de semana”, aplicar o teste CAGE

2) Você teve algum problema de saúde sério, que não foi citado? Qual?

---

3) Algum medicamento em uso atual?

Sim. Qual(is) \_\_\_\_\_  Não

4) Tem prótese dentária móvel?

Sim     Não

Se for sexo feminino:

5) Está grávida

Sim. Quantos meses? \_\_\_\_\_  Não

6) Está amamentando?

Sim     Não

**PERGUNTAS SOBRE DEPRESSÃO:**

a) Já fez uso de medicação, mesmo que prescrita pelo médico, para dormir ou se acalmar?

Não     Sim

Qual(is) \_\_\_\_\_

b) No último mês você sentiu:

b.1  Tristeza     perda de interesse ou prazer     energia reduzida ou grande cansaço

b.2  Concentração e atenção reduzidas     auto-estima e auto-confiança reduzida  
 Sentimento de culpa e inutilidade     pessimista ou deslocado  
 Idéias ou atitudes auto-lesivos ou suicídio     sono alterado Inquietação

c) Há história de transtorno psiquiátrico na família?

Não     Sim. Quem e que tipo? \_\_\_\_\_

**d) O paciente apresentou durante a consulta:**

- Agitação acelerado  pensamento e falta letificado ou acelerado
- Falta de concentração  nenhuma alteração

**Para avaliação do grau de depressão, queira considerar as respostas assinaladas nas letras b.1) e b.2 das perguntas acima.**

**Depressão leve:** Dois sintomas b.1 e dos sintomas b.2 Além disso, o paciente apresenta dificuldade com o trabalho dia-a-dia e atividades sociais, mas não interrompe as funções;

**Depressão moderada:** Dois Sintomas b.1) e três sintomas b.2) Além disso, o paciente apresenta dificuldade considerável em continuar com as atividades sociais, laborativas ou domésticas;

**Depressão grave:** Critério de dependência moderada, mais angústia ou agitação considerável. Perda de auto-estima. Sentimento de inutilidade ou culpa e suicídio é um pengo marcante.

**CAGE:**

a) Alguma vez você sentiu que deveria diminuir à quantidade de bebida ou parar de beber?

- Sim  Não

b) As pessoas o abordarem porque criticam o seu modo de beber?

- Sim  Não

c) Você se sente culpado ou chateado consigo mesmo pela maneira como costuma beber?

- Sim  Não

d) Você costuma beber pela manhã para diminuir o nervosismo ou a ressaca?

- Sim  Não

**Três ou quatro respostas positivas no CAGE mostram uma tendência para o alcoolismo.**

**IV – Teste de Fagerström**

1 – Quanto tempo após acordar você fuma seu primeiro cigarro?

Dentro de cinco minutos (3)

Entre 6 e 30 minutos (2)

Entre 31 e 60 minutos (1)

Após 60 minutos (0)

2 – Você acha difícil não, fumar em lugares proibidos como Igreja, biblioteca, etc?

Sim (0)

Não (1)

3 – Qual o cigarro do dia que traz mais satisfação?

O primeiro da manhã (1)

4 – Quantos cigarros você fuma por dia?

Menos de 10 (0) \_\_\_\_\_

De 11 a 20 (1) \_\_\_\_\_

De 21 a 30 (2) \_\_\_\_\_

Mais de 31 (3) \_\_\_\_\_

**Grau de dependência**

0-2 = muito baixo

3-4 = baixo

5 = médio

6-7 = elevado

5 – Você fuma mais frequentemente pela manhã?

Sim (1)

Não (0)

6 – Você fuma mesmo doente quando precisa ficar de cama a maior parte frequentemente pela manhã?

Sim (1)

Não (0)

Pontuação = \_\_\_\_\_

**V – Avaliação do Grau de Motivação:**

**Contemplativo:** motivado a para de fumar, porém sem data estipulada nos próximos dias

**Ação:** já tem uma data marcada ou está motivado para dentro de um mês

**Recaído:** retornou ao consumo habitual de cigarros

**VI– História tabagística**

Nome: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

1) Com que idade você começou a fumar? \_\_\_\_\_

2) Em quais das situações o cigarro está associado no seu dia-dia?(pode escolher várias)

ao falar ao telefone  após as refeições  com bebidas alcoólicas

com café  no trabalho  ansiedade

tristeza  alegria  nenhum

outros \_\_\_\_\_

3) Quais as afirmações abaixo você considera que sejam razões para fumar: (pode escolher várias)

- Fumar é um grande prazer  sim  não  às vezes

- Fumar é um saboroso  sim  não  às vezes

- O cigarro te acalma  sim  não  às vezes

- Acha charmoso fumar  sim  não  às vezes

- Você fuma porque acha que fumar emagrece  sim  não  às vezes

- Gosta de fumar para ter alguma coisa nas mãos  sim  não  às vezes

Outras \_\_\_\_\_

4) Quantas vezes você tentou parar de fumar?

de 1 a 3 vezes

+ de 3 vezes

Tentou mas não conseguiu parar (**seguir para pergunta 7**)

Nunca tentou (**seguir para pergunta 9**)

**5) Quantas vezes você ficou sem fumar por pelo menos 1 dia?**

1 vez

2 vezes

3 vezes

mais de 3 vezes

**6) Quais foram os motivos que levaram você a voltar a fumar?**

---

**7) Alguma vez na vida você utilizou algum recurso para deixar de fumar?**

Nenhum  medicamento. Qual? \_\_\_\_\_

Apoio de Prof. Saúde Leituras de orientações em folhetos, revistas, jornais, entre

outros \_\_\_\_\_

**8) Você já participou de algum grupo de apoio para abordagem e tratamento do tabagismo nesta unidade?**

Sim  Não

**9) Porque você quer deixar de fumar agora? (pode escolher várias)**

b.2  Porque esta afetando minha saúde

Eu estou preocupado com minha saúde no

futuro

Outras pessoas estão me pressionando

Porque meus filhos pedem

Pelo bem estar de minha família

Porque não gosto de ser dependente

Fumar é anti-social

Fumar é um mal exemplo para as crianças

Porque gasto muito dinheiro com cigarro

Por conta das restrições de fumar em

ambiente fechado

**10) Você convive com fumante em sua casa?**

Sim, Qual o grau de parentesco \_\_\_\_\_

Não

**11) Você se preocupe em ganhar peso ao deixar de fumar?**

Sim  Não

**VII – Observações:**

---



---



---

Data: \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_



## 10. ANEXO 2



**PROGRAMA DE CONTROLE DO TABAGISMO**

**UNIDADE DE SAÚDE DA FAMÍLIA**

**PSF BOA ESPERANÇA / PSF CAENSA**

Coordenadora: **Mycarlla P N Cardoso – Terapeuta Ocupacional**

Identificação dos Tabagistas: 24/08/2015 a 28/08/2015.

Triagem: 31/08/2015.

Início dos Grupos: 14/09/2015.

**Horário: 2ª Feira – 9 horas.**

<b>Cronograma dos grupos</b>			
<b>Data</b>	<b>Atividades</b>	<b>Colaborador</b>	<b>Profissionais</b>
<b>14/09/2015</b>	Reunião Semanal “Entender por que se fuma e como isso afeta a saúde”	<b>Psicóloga</b> Suporte às ansiedades e medos de iniciar o programa	Terapeuta Ocupacional (coordenadora)/ Médica/ Enfermeira/ Nasf2
<b>21/09/2015</b>	Reunião Semanal “Os primeiros dias sem fumar”	<b>Fisioterapeuta</b> Orientação de exercícios de relaxamento e respiração	Representante PSF Nasf2
<b>28/09/2015</b>	Reunião Semanal “Como vencer os obstáculos para permanecer sem fumar”	<b>Nutricionista</b> Orientação sobre alimentação de baixa caloria	Representante PSF Nasf2

<b>05/10/2015</b>	Reunião Semanal “Benefícios obtidos após parar de fumar”	<b>Fonoaudióloga</b> Informação sobre patologias causadas pelo uso do cigarro	Representante PSF Nasf2
<b>19/10/2015</b>	Reunião Quinzenal	<b>Psicóloga</b> Prevenção à recaída	Enfermeira/ Médica/ Nasf2
<b>09/11/2015</b>	Reunião Quinzenal	<b>Psicóloga</b> Prevenção à recaída	Enfermeira/ Médica/ Nasf2
<b>07/12/2015</b>	Reunião Mensal		Enfermeira/ Médica/ Nasf2
<b>07/03/2016</b>	Reunião Trimestral		Enfermeira/ Médica/ Nasf2
<b>06/06/2016</b>	Reunião Trimestral		Enfermeira/ Médica/ Nasf2
<b>05/09/2016</b>	Reunião Trimestral		Enfermeira/ Médica/ Nasf2