

**UNIVERSIDADE FEDERAL DE MINAS GERAIS – UFMG
CURSO DE ESPECIALIZAÇÃO ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA – CEESF**

JÉSSICA BIANCA SIMÕES LIMA

**TABAGISMO COMO FATOR DE RISCO CARDIOVASCULAR ENTRE
HIPERTENSOS E DIABÉTICOS DO HIPERDIA EM UMA UNIDADE BÁSICA DE
SAÚDE.**

Maceió – AL

2016

JÉSSICA BIANCA SIMÕES LIMA

**TABAGISMO COMO FATOR DE RISCO CARDIOVASCULAR ENTRE
HIPERTENSOS E DIABÉTICOS DO HIPERDIA EM UMA UNIDADE BÁSICA DE
SAÚDE.**

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

Orientadora: Prof. Polyana Oliveira Lima.

JÉSSICA BIANCA SIMÕES LIMA

**TABAGISMO COMO FATOR DE RISCO CARDIOVASCULAR ENTRE
HIPERTENSOS E DIABÉTICOS DO HIPERDIA EM UMA UNIDADE BÁSICA DE
SAÚDE .**

Banca examinadora

Examinador 1: Polyana Oliveira Lima – UFMG

Examinador 2: Valéria Bezerra Santos – UFMG

Aprovado em Belo Horizonte, em 27 de Janeiro de 2016.

RESUMO

Dentre as doenças crônicas, temos a Hipertensão Arterial e o Diabetes Melitus como grandes contribuintes para as doenças cardiovasculares, que na atualidade representam motivo de preocupação por liderar a lista de causas de mortalidade no Brasil. Por outro lado, o tabaco prejudica o controle destas comorbidades e exerce importante efeito negativo sob o risco cardiovascular. Assim sendo, foi realizada revisão bibliográfica e, em paralelo, o desenvolvimento de um projeto de intervenção que tem como base metodológica o Planejamento Estratégico Situacional envolvendo a Equipe de Saúde da Família do Povoado Barragem Leste. Este projeto de intervenção é uma proposta de trabalho relacionada ao estímulo a cessação do tabagismo num grupo de pacientes que apresenta hipertensão e/ou diabetes neste povoado, situado no município de Delmiro Gouveia - AL. O trabalho consistiu em identificar os pacientes do HIPERDIA que tem o tabagismo como hábito de vida e, a partir de então, intervir nesta população através de medidas educativas continuadas por meio da criação de um grupo de apoio com reuniões semanais e suporte multidisciplinar a fim de educar a população na perspectiva de reduzir o risco cardiovascular dessa comunidade. Os resultados apontaram que 11,33% dentre os 503 pacientes cadastrados no programa HIPERDIA atendidos no período de junho de 2015 a janeiro de 2016 são tabagistas. Destes, 84,2% participaram de uma ação educativa e todos demonstraram interesse em participar do grupo operativo. Desse modo, entendemos que há necessidade de abordar essa problemática em caráter de urgência e que a educação em saúde pode ser um grande aliado no combate ao tabagismo bem como sabemos da necessidade apoio mútuo entre governo e sociedade, de modo a priorizar a saúde e o bem estar da população em virtude dos custos econômicos que obviamente são necessários no combate de um problema de saúde pública de tal magnitude.

Descritores: tabagismo, hipertensão, diabetes, risco cardiovascular.

ABSTRACT

Among the chronic diseases we have the Hypertension and Diabetes Mellitus as the major contributors to cardiovascular diseases, which today represent a concern for leading the list of causes of mortality in Brazil. On the other hand, the smoke impairs the control of this comorbidities and has significant negative effect on cardiovascular risk. Therefore, was held a literature review and , in parallel, the development of an intervention project which is based on methodological situational strategic planning involving a Health Team of the Barragem Leste district. This intervention project is a job proposal that involves stimulating smoking cessation in a group of patients presenting hypertension and / or diabetes in this community, located in the city of Delmiro Gouveia - AL. The smoke impairs the control of this comorbidities and has significant negative effect on cardiovascular risk. Therefore, this work was guided in identify the HIPERDIA patients who have smoking as a life habit and, thereafter, intervene in this population through continued educational measures. The goal is to create a support group with weekly meetings and multidisciplinary supports to educate the population in prospect of reduce the cardiovascular risk in this community. The results showed that 11.33% among the 503 patients enrolled in the program HIPERDIA treated between June 2015 and January 2016 are smokers. Of these, 84.2 % participated in an educational activity and all expressed interest in participating in the operative group. Thus, we understand that there is need to address this issue on an urgent basis and that health education can be a great ally in the fight against smoking as well the mutual support between government and society in order to prioritize the health and welfare of the population than the economic costs that are obviously needed to combat a public health problem of such magnitude.

Keywords: smoking, hypertension, diabetes, cardiovascular risk.

Sumário

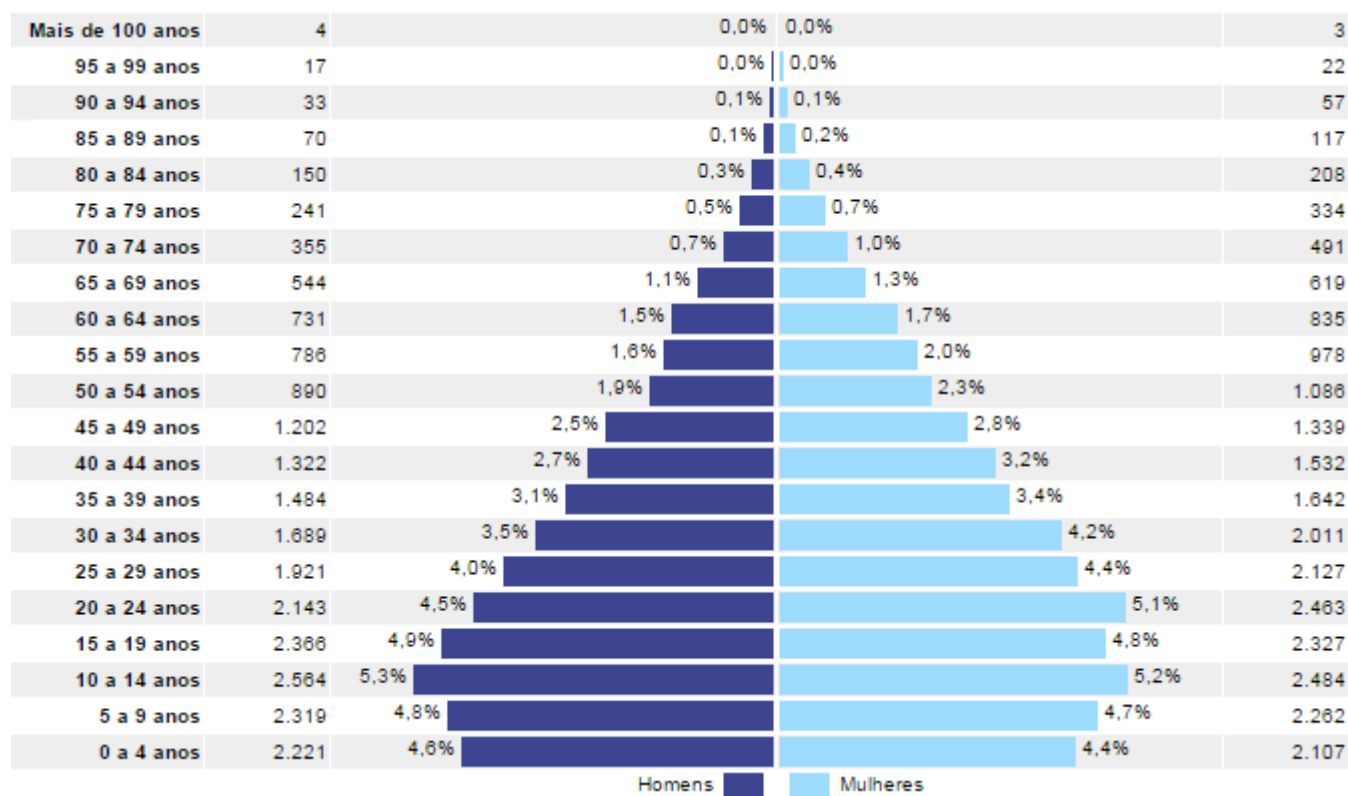
1 INTRODUÇÃO	0
2 JUSTIFICATIVA.....	0
3 OBJETIVOS.....	11
4 METODOLOGIA	12
5 REVISÃO BIBLIOGRÁFICA.....	13
5 PLANO DE INTERVENÇÃO.....	16
7 RESULTADOS.....	20
8 CONSIDERAÇÕES FINAIS	02
REFERÊNCIAS.....	23
ANEXO	26

1 INTRODUÇÃO

Conforme registros do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE, 2014), o município de Delmiro Gouveia surgiu na forma de um povoado, pertencente ao município de Água Branca, e cresceu em volta de uma estrada de ferro da Great-Western sendo, então, chamado de “Pedra” em virtude das grandes rochas que havia junto à estação. O desenvolvimento da cidade deu-se a partir da chegada do cearense Delmiro Augusto da Cruz Gouveia que, em 1914, instalou a fábrica de linhas “Companhia Agro Fabril Mercantil” e atraiu muitos moradores para a região em virtude dos empregos gerados. A vila operária passou a ser chamada de “Pedra de Delmiro”, mas só em 1943 com a divisão judiciária e administrativa houve a mudança definitiva para a denominação Delmiro Gouveia.

Delmiro Gouveia foi o responsável também pela implantação da segunda hidrelétrica da América do Sul no Rio São Francisco que segue sob administração da Companhia Hidroelétrica do São Francisco (CHESF). Infelizmente, após o assassinato de Delmiro Gouveia, em 1917, os herdeiros não conseguiram manter a empresa de linhas por muito tempo. Em 1927, a firma pernambucana Menezes Irmãos e Cia. comprou as ações dos proprietários. Os novos empresários, sem o apoio necessário do governo, não conseguiram superar a crise financeira e restabelecer o funcionamento da fábrica. Enfim, em 1929, sem perspectivas de viabilidade, a fábrica e todos os acessórios foram vendidos à Machine Cottons, empresa britânica.

O município está situado a oeste do estado de Alagoas e encontra-se a aproximadamente 294 km da capital Maceió. No estado de Alagoas tem como cidades vizinhas Pariconha, Água Branca e Olho D’água do Casado e é a única cidade do estado de Alagoas que faz fronteira com três estados: Pernambuco, Sergipe e Bahia, sendo Petrolândia, Canindé do São Francisco e Paulo Afonso, respectivamente, as cidades de divisa. A área total do território é de 607,8 km² e a população estimada pelo IBGE em 2015 foi de 52.000 habitantes, sendo a concentração habitacional de 72,47% na zona urbana e 27,53% na zona rural (Perfil Municipal, 2014). A economia local baseia-se na indústria têxtil, comércio, agricultura, pecuária e turismo, que se destaca pelas belezas do cânion do Rio São Francisco. Em relação à composição etária observa-se a seguinte distribuição:



Fonte: IBGE: Censo demográfico 2010

A rede de atenção municipal de saúde conta com 26 UBS (13 atuantes pelo PSF), 01 policlínica, 01 NASF, 01 CEO, 01 CAPS, 01 UPA e 01 Hospital com internamento para casos de baixa complexidade. O sistema de referência e contra referência é feito através de centros localizados nos municípios de Santana do Ipanema, Arapiraca e Maceió, uma vez que o município não tem redes de média ou alta complexidade.

O distrito Barragem Leste pertence ao município de Delmiro Gouveia, situa-se no sertão alagoano às margens do cânion do Rio São Francisco. Recebe este nome por localizar-se no limite leste do reservatório da hidroelétrica do São Francisco. Encontra-se na divisa de fronteira Alagoas-Bahia, de modo que o povoado encontra-se geográfica e economicamente mais próximo a cidade de Paulo Afonso, na Bahia.

A Unidade de Saúde da Família da Barragem Leste foi inaugurada há mais de 10 anos, localiza-se na rua principal do distrito e tem uma equipe composta por 01 médica, 01 enfermeira, 01 recepcionista, 02 técnicas de enfermagem, 06 agentes comunitários de saúde, 01 odontóloga, 01 auxiliar de saúde bucal, 01 auxiliar de serviços gerais e 01 administradora. O espaço físico é grande e relativamente bem conservado, contudo precisa de manutenção hidráulica e elétrica. A estrutura é composta por 01 consultório odontológico, 01 sala para vacinas e curativos, 01 sala

de medicamentos, 01 sala de triagem, 01 sala de espera, 03 banheiros, 01 consultório médico, 01 consultório de enfermagem, 01 sala de esterilização, 01 cozinha e 01 sala inutilizada em virtude do estado de degradação. Há apenas medicamentos de uso oral e materiais para curativo e sutura, contudo não dispõe de anestésicos, o que inviabiliza a realização de alguns procedimentos.

A área de abrangência supera a média de 4.000 pessoas adscritas, além disso, distritos vizinhos não dispõem de serviço médico diário e rotineiramente os pacientes destas áreas também são atendidos na Unidade Barragem Leste, sobrecarregando o serviço e limitando o número de atendimentos dos que realmente fazem parte do território. O hospital mais próximo fica no estado da Bahia e os que precisam do serviço tem imensa dificuldade de atendimento por residirem no estado de Alagoas. Assim sendo, a equipe da USF geralmente presta o primeiro atendimento e, em conseqüência, realiza grande número de atendimentos por demanda espontânea.

De acordo com publicação recente do Ministério da saúde, a prevalência do tabagismo no Brasil ainda representa 10,8% da população (PORTAL BRASIL, 2014), o mesmo não se pode dizer em relação ao número de hipertensos e diabéticos que aumenta a cada dia e correspondem respectivamente a 21,4% e 6,2% da população acima de 18 anos (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2014, p.114-118). Na USF Barragem Leste, os diabéticos maiores de 18 anos representam 7,6%, enquanto que os hipertensos correspondem a 16,8%.

Em preocupação com estes índices na unidade e com base na técnica de estimativa rápida realizada através da análise dos dados no registro diário de pacientes, foi possível observar um grande número de tabagistas e inferir que boa parte destes são também hipertensos e/ou diabéticos. Também foi possível observar neste grupo a associação com etilismo, curiosamente em menor proporção, e outros hábitos de vida pouco saudáveis como alimentação inadequada (basicamente constituída de frituras e arroz) e sedentarismo. O cenário observado é de pacientes hipertensos, diabéticos, obesos e com péssimos marcadores laboratoriais. Do outro lado temos uma alta demanda de visitas domiciliares por pacientes acamados devido complicações incapacitantes decorrentes de agravos cardiovasculares (AVE, infarto etc.), reflexo de uma população que sofre pelos efeitos de seus hábitos de vida.

Nesse contexto foi possível estimar a importância que ações preventivas, como a cessação do tabagismo, podem trazer a este grupo de pacientes, haja vista o efeito negativo de grande impacto sobre a saúde dos indivíduos diabéticos e hipertensos. A elaboração do plano de ação foi norteado nos princípios dos métodos do Planejamento Estratégico Situacional – PES conforme Campos et. al., (2010), em paralelo foi realizada uma revisão de literatura abordando o tabagismo como fator de risco cardiovascular entre o grupo de hipertensos e diabéticos. Desse modo, o objetivo deste trabalho foi identificar, durante as consultas, os indivíduos que participam do HIPERDIA que apresentam o tabagismo como hábito de vida a fim de incentivar e estimular a cessação do tabagismo através de atividades educativas e formação de grupos de apoio com suporte de uma equipe multidisciplinar.

2 JUSTIFICATIVA

Segundo o programa nacional de controle do tabagismo do Instituto Nacional do Câncer (INCA, 2004), numa intervenção breve realizada por profissional de saúde preparado, como simplesmente alertar o fumante, produz taxas de cessação de 5 a 10% ao ano. Este dado sedimenta as bases do presente projeto, uma vez que o mesmo é norteado por estratégias educativas através de intervenções breves e continuadas.

Em relação à prevenção de eventos cardiovasculares, o trabalho realizado por Kawachi *et. al.*, (1997) demonstrou que a cessação do tabagismo é mais importante do que as medidas convencionais utilizadas preconizadas pelas diretrizes internacionais (uso de betabloqueadores, IECA, estatinas e antiagregantes plaquetários), o que torna a eliminação desse fator de risco uma importante causa de redução do risco vascular e torna relevante a intervenção proposta haja vista a magnitude do problema e sua contribuição como causa de morbimortalidade.

Além disso, espera-se uma redução de 60% no risco cardiovascular com cinco anos de interrupção do tabagismo conforme o trabalho de COLDITZ (1997). Dado motivador para os pacientes tabagistas, que esperam melhora das suas condições de saúde com a cessação do hábito de fumar.

Desse modo, houve motivos suficientes para intervir na comunidade Barragem Leste a fim de estimular a cessação do tabagismo especialmente no grupo de hipertensos e diabéticos, visando a redução do risco cardiovascular através de medidas de intervenção.

3 OBJETIVOS

Objetivo geral:

Realizar projeto de intervenção com foco no incentivo a mudanças de estilo de vida no que tange a cessação do tabagismo entre os pacientes hipertensos e diabéticos cadastrados na UBS do distrito Barragem Leste no município de Delmiro Gouveia – Alagoas.

Objetivos específicos:

- Identificar os pacientes tabagistas, com especial enfoque aos portadores de HAS e DM;
- Capacitar a equipe para identificar pacientes com risco cardiovascular elevado;
- Melhorar o acesso e garantir a qualidade do atendimento destes pacientes;
- Buscar suporte com gestores municipais para inclusão no Programa Nacional de Controle do Tabagismo do Ministério da Saúde;
- Orientar a população-alvo do projeto quanto aos hábitos de vida saudáveis.

4 METODOLOGIA

O presente Plano de Intervenção pautou-se nos princípios do Método do Planejamento Estratégico Situacional – PES conforme Campos et. al., (2010). Foi realizada uma revisão de literatura abordando o tabagismo como fator de risco cardiovascular entre o grupo de hipertensos e diabéticos. O referido plano foi aplicado na área de abrangência da Unidade Básica de Saúde no Povoado Barragem Leste, localizado no município de Delmiro Gouveia – Al.

Os envolvidos nesta pesquisa foram todos os pacientes cadastrados e acompanhados no Programa HIPERDIA. O primeiro passo do plano consistiu na identificação da presença ou não do fator de risco. Essa avaliação foi realizada durante a consulta e incluiu os autores envolvidos no estudo - hipertensos e diabéticos – de modo que através da anamnese foram registrados em prontuário informações sobre o consumo do tabaco. Para os pacientes com resposta positiva para o tabagismo aplicou-se o teste de Fagerström, visando avaliar o grau de dependência à nicotina, em seguida o paciente foi questionado quanto ao desejo em interromper o hábito de fumar, haja vista que a motivação do paciente é condição imprescindível para a introdução das medidas contra o tabagismo.

Após identificação do grupo de hipertensos e diabéticos tabagistas foi desenvolvida uma atividade informativa na Unidade Básica de Saúde sobre os efeitos do fumo e os benefícios da interrupção do hábito, utilizando uma linguagem acessível para facilitar o entendimento de todos. A atividade foi desenvolvida pela médica e enfermeira da unidade e ocorreu de forma interativa, com estímulo a participação dos paciente e incentivo a adoção das mudanças de estilo de vida, na esperança de que, de fato, bons resultados possam ser alcançados.

O passo seguinte foi solicitar apoio a secretaria de saúde do município para disponibilizar psicólogo e nutricionista para compor a equipe multidisciplinar para atuação nos grupos operativos.

5 REVISÃO BIBLIOGRÁFICA

A história do cigarro

O tabaco é uma planta da família das Solanáceas da qual existem diversas variedades, sendo a *Nicotiana tabacum* a principal. Da sua combustão são produzidas substâncias químicas voláteis (92%) e material particulado (8%), de modo que a nicotina - uma amina terciária volátil – é o componente ativo mais importante (OGA, 2003 *apud* BALBANI, 2005, p.421).

“O tabaco chegou ao mundo civilizado no século XVI e a partir de então passou a ser consumido sob várias formas: cachimbo, rapé, charuto, entre outros” (ROSEMBERG, 2003, p.11). No velho mundo as folhas eram carregadas em cigarreiras ou pequenos bolsos das vestimentas para, então, serem consumidos ao longo do dia. Seu papel especial e substâncias adicionadas ao fumo impediam que se apagassem repetidamente (MILAGRES, 2000, p.1).

A primeira grande expansão mundial foi após a Primeira Guerra Mundial de 1914 a 1918. Entretanto sua difusão foi praticamente no sexo masculino. Entre as mulheres o hábito cresceu após a Segunda Guerra Mundial de 1939 a 1945. (ROSEMBERG, 2005, p.07).

[...] Consome-se anualmente no Mundo, a fabulosa quantidade de 73.000 toneladas de nicotina contida em 7 trilhões e 300 bilhões de cigarros fumados por 1 bilhão e 200 milhões de tabagistas, dos quais 400 milhões estão nos países industrializados e 800 milhões em países em desenvolvimento (THE WORLD BANK, 1999 *apud* ROSEMBERG, 2005, p.16).

Os dados são alarmantes e preocupam governos do mundo inteiro pelo alto impacto sobre a saúde que o tabagismo provoca na vida da população bem como nos cofres públicos. Hoje o cigarro é considerado a principal causa de morte evitável em todo o mundo e, caso as atuais tendências de expansão do seu consumo sejam mantidas, “espera-se um número de 10 milhões de mortes anuais por volta do ano 2030, sendo metade delas em indivíduos em idade produtiva (entre 35 e 69 anos)” (WHO, 1999 *apud* MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2004, p.01).

O cigarro e o risco cardiovascular

Há fortes evidências de que o tabaco faça parte da cadeia de causalidade de quase 50 diferentes doenças, destacando-se o grupo das doenças cardiovasculares, cânceres e doenças respiratórias (WHO, 1993 *apud* OLIVEIRA, 2008, p.336).

O consumo do tabaco é um fator de risco para seis das oito causas principais de morte no mundo: doenças cardíacas isquêmicas, acidentes vasculares cerebrais, infecções das vias aéreas inferiores, Doença Pulmonar Obstrutiva Crônica (DPOC), tuberculose e cânceres de pulmão, traquéia e brônquio (OLIVEIRA; VALENTE; LEITE, 2008 *apud* DINIZ, 2010, p.05).

De acordo com o trabalho publicado por Gordon *et. al.*, (1972), o tabagismo associa-se negativamente a doenças cardiovasculares como aterosclerose acelerada (aumentando o risco de eventos cardiovasculares) e elevação dos níveis tensionais, contribuindo para coronariopatia, IAM, AVE, aneurisma de aorta, doença vascular periférica, entre outras.

“Por outro lado, sabe-se que a doença cardiovascular é a primeira causa de morbidade e mortalidade, em ambos os sexos no Brasil e o fator etiológico básico é a lesão aterosclerótica” (CASTRO, 1999 *apud* DINIZ, 2010, p.02). A exposição à fumaça do tabaco danifica o endotélio vascular em todo o corpo e aumenta a probabilidade de formação de coágulos sanguíneos ou trombos. Esse dano pode causar ataques cardíacos, derrame cerebral e, até mesmo, levar à morte súbita (BURKE, 1997 *apud* MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2013, p. 13).

O tabagismo ativo é também um elevado fator de risco para o desenvolvimento do diabetes tipo 2, com dose-resposta relacionada à quantidade de cigarros fumados (WILLI, 2007 *apud* MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2013, p. 26). Ao que podemos concluir que o tabagismo não só está associado a aceleração do processo aterosclerótico desencadeado pelo Diabetes, mas também ao seu desenvolvimento, comportando-se como fator de risco - diferentemente do que ocorre com a HAS, quando atua apenas como agravante dos processos fisiopatológicos das comorbidades associadas.

O estudo realizado por Jee *et. al.*, (2010) também mostrou uma associação entre o tabagismo e aumento do risco de incidência e mortalidade relacionadas ao diabetes. Inspiram ainda mais cuidados os diabéticos fumantes, pois “apresentam elevada probabilidade de morte em razão do alto risco para doença cardiovascular

causada pelo tabagismo” (TONSTAD, 2009 *apud* MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2013, p.28).

5 PLANO DE INTERVENÇÃO

Segundo os passos do Planejamento Estratégico Situacional, foi realizada uma reunião com a Equipe de Saúde da Família Barragem Leste sendo criada uma lista de problemas observados na comunidade. Os problemas sugeridos pela equipe foram avaliados segundo o grau de urgência e atribuída uma nota de 0 a 5, relevância e capacidade de enfrentamento, ambas classificadas em baixa, média ou alta. Com base nesses critérios estabelecemos o a ordem de prioridade dos problemas, de modo que o tabagismo dentro do grupo HIPERDIA foi escolhido como o mais importante e de maior governabilidade para a intervenção (Quadro. 1)

Quadro 1 – Problemas Priorizados pela equipe: Seleção dos nós-crítico seguindo ordem de prioridade.

Problemas	Relevância	Urgência	Capacidade de enfrentamento	Ordem de prioridade
Hipertensos e diabéticos tabagistas	Alta	5	Alta	1º
Uso abusivo de ansiolíticos e anti-depressivos	Alta	4	Média	2º
Pacientes psiquiátricos sem acompanhamento no CAPS	Alta	4	Média	3º
Acessibilidade aos pacientes do assentamento sem terra	Alta	4	Baixa	4º
Baixa procura aos programas em Saúde do Homem	Média	3	Baixa	5º
Etilismo	Média	3	Média	6º
Demora em realizar exames	Média	2	Baixa	7º
Demanda por nutricionista	Baixa	2	Baixa	8º
Alta demanda de pacientes de outras USF	Baixa	1	Média	9º

Fonte: Equipe de saúde da Família Povoado Barragem Leste no município de Delmiro Gouveia – Al, 2016.

Chamamos de nós críticos os fatores atrelados a origem e perpetuação do problema e que podem dificultar as ações de intervenção. Para lidar com eles, após a análise do problema, a própria equipe de saúde (com participação da enfermeira, técnicas de enfermagem, agentes comunitários de saúde e médica) empenhou-se em identificar os nós críticos listados abaixo:

- Falta de conhecimento do efeito direto do tabagismo especificamente sobre a Hipertensão e o Diabetes.
- Hábitos de vida não saudáveis
- Falta do autocuidado
- Ausência de abordagem direcionada pelos profissionais da unidade
- Falha no referenciamento para suporte multiprofissional
- Falta de medicamentos para o tratamento do tabagismo

Após identificação dos nós críticos relacionados ao alarmante número de pacientes Hipertensos e/ou diabéticos tabagistas, a equipe sugeriu operações para integrarem o projeto de intervenção:

1. Reunião educativa
2. Grupo de apoio com reuniões semanais envolvendo equipe multidisciplinar
3. Sugerir aos gestores em saúde do município a adesão ao Programa de Combate ao Tabagismo, do Ministério da Saúde
4. Caminhadas matinais
5. Capacitação da equipe

Para o primeiro nó crítico – a falta de conhecimento do efeito direto do tabagismo especificamente sobre a Hipertensão e o Diabetes – montou-se a proposta de realizar uma reunião educativa com os pacientes a fim de esclarecer os efeitos mórbidos do tabagismo sob a Hipertensão e o Diabetes, com uso de linguagem fácil e interação dos participantes. Espera-se que a partir desse grupo inicial haja estímulo para a formação do Grupo Operativo a fim de perpetuar o projeto e incentivar a cessação do tabagismo. Em ambas as operações serão necessárias salas para as reuniões, habilidades pedagógicas e parceria com os gestores em saúde. O nó crítico Hábitos de vida é o nosso maior desafio, pois sabemos da dependência provocada pela nicotina e pelo ato mecânico de fumar, para isso foram propostas a realização de caminhadas matinais, participação da nutricionista em reuniões dos grupos operativos e café da manhã com exemplos de alimentos saudáveis que podem ser incorporados a dieta destes pacientes.

A proposta de participação do município no Programa Nacional de Combate ao tabagismo é importante pelo fato de incluir profissionais capacitados, bem como

capacitar as equipes de saúde, além de ofertar os medicamentos usados no tratamento do tabagismo, como a Bupropiona, que é distribuída para os municípios participantes do programa.

Realizada a lista de operações, o passo seguinte foi discriminar os recursos críticos dentro destas operações, que são aqueles indispensáveis para a execução das mesmas, contudo não estão disponíveis. Para estes recursos indisponíveis, a equipe criou estratégias para que se tornem viáveis. Verificamos a viabilidade do plano, identificamos os atores envolvidos no controle dos recursos críticos e traçamos estratégias para motivá-los.

Quadro 2 – Recursos críticos: Propostas para viabilização do recurso.

Recursos críticos	Proposta para viabilizar o recurso
Equipe multidisciplinar para participar dos grupos operativos	Parceria com equipe de gestão em saúde para disponibilizar psicólogo e nutricionista.
Recursos financeiros para proporcionar um café da manhã saudável.	Apresentar o projeto à Secretaria Municipal de Saúde.
Inclusão do município no Programa Nacional de Combate ao Tabagismo	Apresentar o programa do Ministério da saúde aos gestores em saúde e motivá-los a participar.
Caminhada matinal	Buscar profissional Educador Físico voluntário para participar do projeto.

Fonte: Equipe de saúde da Família Povoado Barragem Leste no município de Delmiro Gouveia – AI, 2016.

Quadro 3 – Nó crítico 1: Falta de Informação sobre os efeitos negativos do tabaco no controle da HAS e DM.

Nó crítico	Falta de informações sobre os efeitos negativos do tabaco no controle da HAS e DM.
Projeto	Ação educativa.
Intervenção	Palestra educativa com a equipe da USF.
Resultado esperado	Estimular o desejo pela cessação do tabagismo e convidar os presentes a integrarem um grupo de apoio.
Prazo	Janeiro/2016
Responsáveis	Equipe da USF

Fonte: Equipe de saúde da Família Povoado Barragem Leste no município de Delmiro Gouveia – AI, 2016.

Quadro 4 – Nó crítico 2: Dificuldade de abster-se do vício.

Nó crítico 2	Dificuldade em abster-se do vício.
Projeto 2	Grupo de apoio.
Intervenção	Reuniões semanais com a equipe de saúde da unidade e mensal com a participação de equipe multidisciplinar.
Resultado esperado	Fortalecimento do grupo e suporte continuado visando a cessação do tabagismo.
Prazo	Janeiro/2016.
Responsáveis	Equipe da USF, Nutricionista e Psicólogo contratados pelo município ou voluntários.

Fonte: Equipe de saúde da Família Povoado Barragem Leste no município de Delmiro Gouveia – Al, 2016.

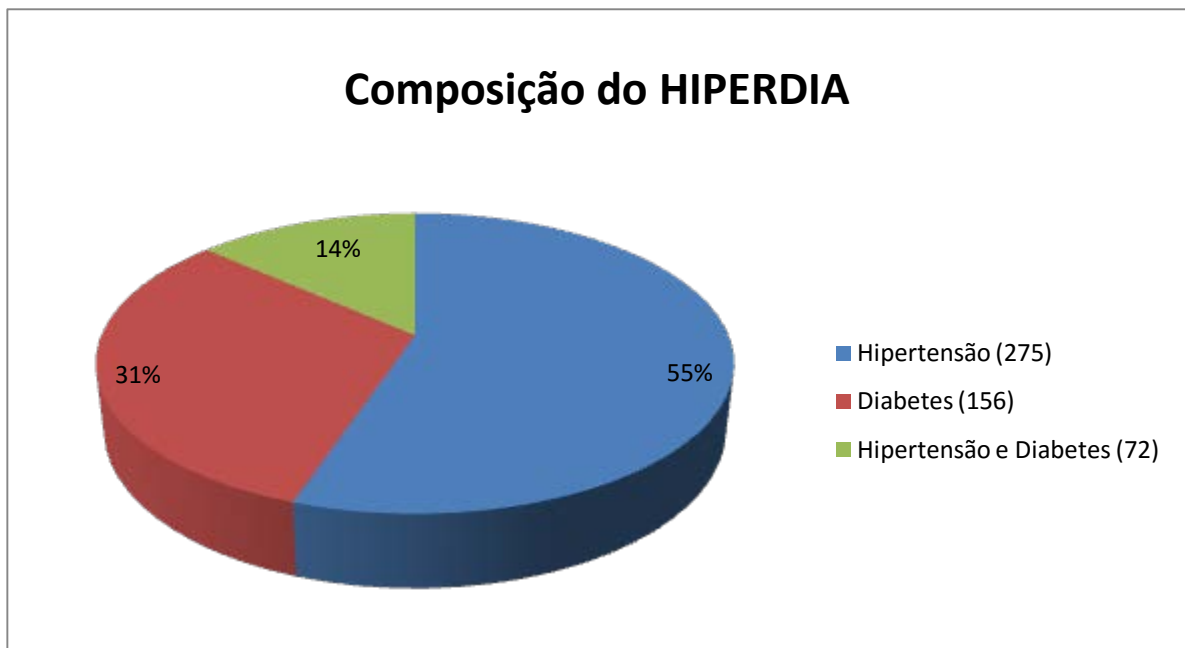
Quadro 5 – Nó crítico 3: Falta de suporte medicamentoso

Nó crítico 3	Falta de suporte medicamentoso.
Projeto 3	Adesão ao programa nacional de combate ao tabagismo.
Intervenção	Estimular a Secretaria Municipal de Saúde a aderir ao Programa Nacional de Combate ao Tabagismo do Ministério da saúde, que provê capacitação profissional e medicamentos como Bupropiona, além de gomas de mascar e adesivos de nicotina.
Resultado esperado	Suporte integral aos pacientes, visando a cessação definitiva do hábito de fumar e incluir outras unidades de saúde no projeto.
Prazo	Indeterminado.
Responsável	Secretaria Municipal de Saúde.

Fonte: Equipe de saúde da Família Povoado Barragem Leste no município de Delmiro Gouveia – Al, 2016.

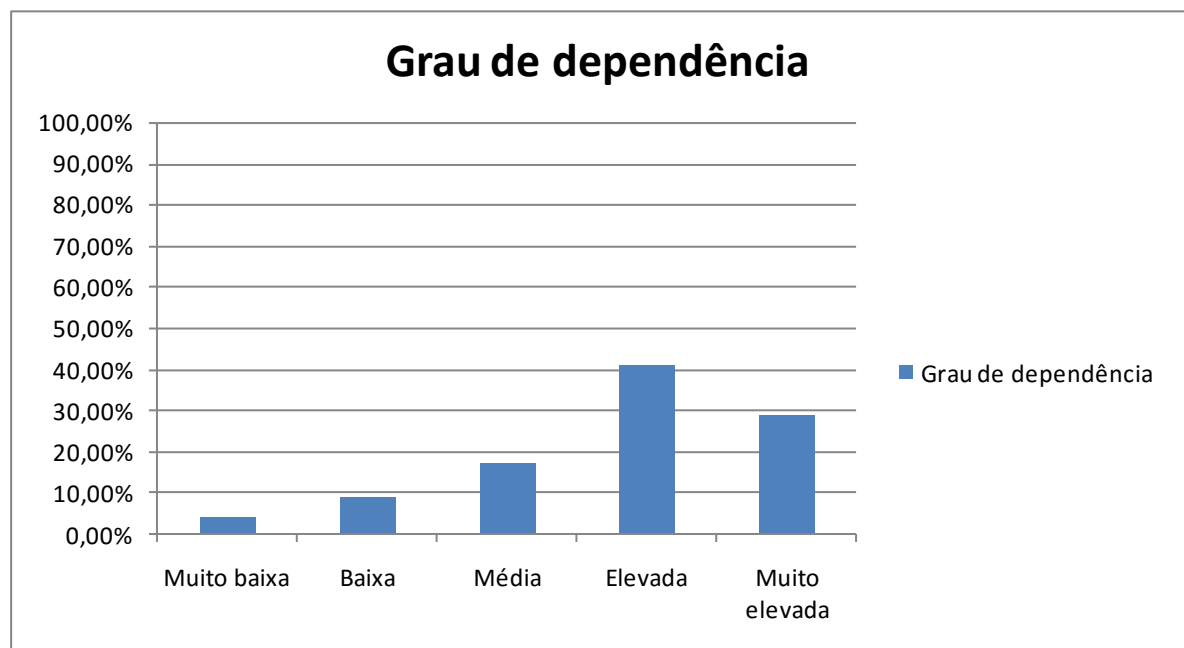
7 RESULTADOS

Na Unidade de Saúde da Família do Povoado Barragem Leste a população adscrita é de 4.000 indivíduos. Destes, 503 procuraram atendimento nesta unidade básica entre o período de Junho de 2015 a Janeiro de 2016 no programa HIPERDIA e aceitaram ser entrevistados, sendo 275 atendimentos apenas por hipertensão arterial, 156 apenas por diabetes melitus e 72 pacientes atendidos por ambas comorbidades conforme ilustra o gráfico abaixo:



Fonte: Equipe de saúde da Família Povoado Barragem Leste no município de Delmiro Gouveia – Al, 2016.

Dentre os hipertensos que buscaram atendimento no período informado, 31 apresentavam hábito tabagista, já os tabagistas diabéticos atendidos no período foram 15 e dentre os que portavam tanto HAS quanto DM, 11 declararam-se tabagistas, o que representa respectivamente 11,3%, 9,7% e 14%. Quanto ao grau de dependência, o gráfico abaixo representa os resultados obtidos após a aplicação do questionário Fagerström, ao qual aproximadamente 4% obtiveram respostas compatíveis com grau de dependência muito baixa, 9% baixa, 17% média, 41% elevada e 29% muito elevada:



Fonte: Equipe de saúde da Família Povoado Barragem Leste no município de Delmiro Gouveia – AI, 2016.

Dos 57 pacientes tabagistas cadastrados no HIPERDIA, 48 compareceram ao evento educativo realizado na Unidade de Saúde da Família e todos manifestaram interesse em participar do grupo operativo. Houve tentativa junto a gestão municipal para obtenção de profissionais qualificados para compor a equipe multidisciplinar para suporte do grupo operativo e enquanto aguardava-se uma resposta, recebemos um psicólogo e uma educadora física interessados em realizar trabalho voluntário da unidade. A gestão em saúde do município demonstrou interesse em aderir ao Programa Nacional de Controle do Tabagismo e comprometeu-se em conhecer melhor o programa e seus requisitos. Os grupos operativos poderão ter início logo após a conclusão da reforma da unidade, cuja previsão está programada para meados de Fevereiro do corrente ano.

8 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Com base no exposto podemos concluir que o tabaco é um produto de distribuição mundial e consumo indiscriminado com repercussões diversas sobre o organismo humano e nexos causais associados a diversas comorbidades. No contexto deste trabalho há uma abordagem quanto a relação direta entre o tabagismo e o agravamento do risco cardiovascular associado a hipertensão arterial sistêmica e ao diabetes melitus, amplamente estudado pela literatura que embasa este estudo.

Assim, torna-se evidente a necessidade de abordar essa problemática em caráter de urgência com apoio mútuo entre governo e sociedade, de modo a priorizar a saúde e o bem estar da população em virtude dos custos econômicos que obviamente são necessários no combate de um problema de saúde pública de tal magnitude. Existe um empenho do Ministério da Saúde no Brasil na abordagem ao tabagismo que pode ser traduzido pela criação do Programa Nacional de Controle do Tabagismo em 2005, contudo, ainda falta a adesão de muitos municípios ao programa bem como a preparação de profissionais de saúde para o enfrentamento do problema.

REFERÊNCIAS

BALBANI, A. *et al.* Métodos para abandono do tabagismo e tratamento da dependência da nicotina. **Rev Bras Otorrinolaringologia**, v. 71, n. 6, p. 820-827. São Paulo, nov./dez. 2005. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-72992005000600021&lng=pt&nrm=iso Acesso em: 28 out. 2015.

BRASIL, Ministério da Saúde. **Manual de Orientações para comemoração do Dia Mundial sem Tabaco**. INCA. Rio de Janeiro, 2007. Disponível em: <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/manual_dia_mundial_sem_tabaco2007.pdf>. Acesso em: 19 Dez. 2015.

BRASIL, Ministério da Saúde. **Inquérito Domiciliar sobre Comportamentos de Risco e Morbidade Referida de Doenças e Agravos não Transmissíveis: Brasil, 15 capitais e Distrito Federal**. INCA. Rio de Janeiro, 2004.

BRASIL, Ministério da Saúde. **Consenso sobre Abordagem e Tratamento do Fumante**. INCA. Rio de Janeiro, 2001. Disponível em: <http://portal.saude.sp.gov.br/resources/ses/perfil/profissional-da-saude/homepage/tratamento_fumo_consenso.pdf>. Acesso em: 12 Dez. 2015.

BRASIL, Ministério da Saúde. **Vigitel Brasil 2014: Vigilância de fatores de risco e proteção para doenças crônicas por inquérito telefônico**. Brasília, 2015. Disponível em http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/vigitel_brasil_2014.pdf Acesso em: 01 nov. 2015.

BRASIL, Ministério da Saúde. **Projeto Diretrizes: Evidências Científicas sobre Tabagismo para Subsídio ao Poder Judiciário**. Brasília, 2013. Disponível em: <http://www.projetodiretrizes.org.br/diretrizes12/tabagismojudiciario.pdf>. Acesso em: 19 jan. 2016.

BRASIL, Ministério da Saúde, Portal Brasil, 2014. Disponível em <<http://www.brasil.gov.br/saude/2014/12/pesquisa-revela-que-57-4-milhoes-de-brasileiros-tem-doenca-cronica>>. Acesso em: 01 nov.2015.

COLDITZ, G.A. *et al.* The Nurses' Health Study: 20-year contribution to the understanding of health among women. **Journal of Womens Health**, v. 6, p.49-62, 1997. Disponível em: <http://online.liebertpub.com/doi/pdf/10.1089/jwh.1997.6.49>>. Acesso em 01 nov. 2015.

CAMPOS, F.; FARIA, H.; SANTOS, M. Planejamento e avaliação das ações em saúde. **Nescon/UFMG – Curso em Especialização em Atenção Básica em Saúde da Família**. Belo Horizonte, 2010.

DINIZ, C.A.M.P. *et al.*, **Os efeitos do tabagismo como fator de risco para doenças cardiovasculares**, 2010. Disponível em: http://www.unifia.edu.br/revista_eletronica/revistas/saude_foco/artigos/ano2011/tabagismo.pdf. Acesso em 07 dez. 2015

GORDON, T. *et al.* Predisposition to atherosclerosis in the head, heart, and legs. The Framingham study. **Journal of American Medical Association**, v.221, n.7, p. 661-666, 1972. Disponível em: <http://jama.jamanetwork.com/article.aspx?articleid=343896>>. Acesso em 26 out. 2015.

IBGE. Censo Demográfico 2010. Rio de Janeiro, 2012. Disponível em: http://www.censo2010.ibge.gov.br/sinopse/index.php?dados=26&uf=27#topo_piramide. Acesso em 04 abr. 2015

JEE, S.H. *et al.* Smoking and risk for diabetes incidence and mortality in Korean men and women. **Diabetes Care**, v.33, n.12, p.2567-2572, 2010. Disponível em <http://care.diabetesjournals.org/content/33/12/2567.full>. Acesso em 27 out. 2015.

KAWACHI, I. *et al.* Smoking Cessation and Time Course of Decreased Risks of Coronary Heart Disease in Middle-Aged Women. **Journal of American Medical Association**, Chicago, v.154, n.2, p.169-175, Chicago, 1994. Disponível em: <http://archinte.jamanetwork.com/article.aspx?articleid=618332>. Acesso em 01 nov. 2015.

MILAGRES, A. O tabaco e o fim do homem. **Mundo Jurídico, 2ª parte**, 2000. Disponível em: http://cigarro.med.br/entrevista_MundoJuridico_1aparte_2000.htm>. Acesso em 23 dez. 2015.

OGA, S. **Fundamentos da toxicologia**. 2. ed. São Paulo: Atheneu Editora, 2003.

OLIVEIRA, A. F. *et al.* Aspectos da mortalidade atribuível ao tabaco: revisão sistemática. **Rev Saúde Pública**, v. 42, n. 2, p. 335-345, 2008. Disponível em: <http://www.revistas.usp.br/rsp/article/view/32417>>. Acesso em: 04 dez. 2015.

PERFIL MUNICIPAL, Governo do Estado de Alagoas. Perfil municipal de Delmiro Gouveia. Maceió, 2014. Disponível em: <<http://dados.al.gov.br/dataset/perfil-municipal-2014/resource/cf0fd5d2-fb51-47fc-8cf2-2423c99d8671>>. Acesso em: 22 abr. 2015.

ROSEMBERG, J. **Nicotina**: Droga Universal. São Paulo, 2003. Disponível em: <ftp://ftp.cve.saude.sp.gov.br/doc_tec/cronicas/nicotina.pdf>. Acesso em: 19 jan. 2016.

SILVA, M. S. et. al., **Se liga!** O livro das drogas. 5. ed. Rio de Janeiro, 2003. Disponível em: <https://books.google.com.br/books?id=Dc1jk42PqIkC&printsec=frontcover&hl=pt-BR&source=gbs_ge_summary_r&cad=0#v=onepage&q&f=false>. Acesso em: 04 dez. 2015.

ANEXO**Questionário de Fagerström**

1. Quanto tempo depois de acordar você fuma o primeiro cigarro?

 Dentro de 5 minutos
 6-30 minutos
 31-60 minutos
 Depois de 60 minutos

2. Você acha difícil deixar de fumar em lugares onde é proibido (por exemplo, na igreja, no cinema, em bibliotecas, etc.)?

 Sim Não

3. Que cigarro você mais sofreria em deixar?

 O primeiro da manhã Qualquer um

4. Quantos cigarros você fuma por dia?

 31 ou mais

 21-30

 11-20

 10 ou menos

5. Você fuma mais durante as primeiras horas após acordar do que durante o resto do dia?

 Sim Não

6. Você fuma mesmo estando tão doente que precise ficar de cama quase todo o dia?

 Sim Não

Avaliação do resultado

Dependência conforme somatório dos pontos:

0-2: muito baixa

3-4: baixa

5: média

6-7: elevada

8-10: muito elevada

