

UNIVERSIDADE FEDERAL DE MINAS GERAIS
CURSO DE ESPECIALIZAÇÃO EM ATENÇÃO EM SAÚDE DA FAMÍLIA

GUSTAVO MELO DE ANDRADE LIMA

**IMPLANTAÇÃO DO PROGRAMA NACIONAL DE CONTROLE DO
TABAGISMO NO MUNICÍPIO DE CRISTAIS/MG**

FORMIGA - MINAS GERAIS

2014

GUSTAVO MELO DE ANDRADE LIMA

**IMPLANTAÇÃO DO PROGRAMA NACIONAL DE CONTROLE DO
TABAGISMO NO MUNICÍPIO DE CRISTAIS/MG**

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado ao Curso de Especialização em Atenção Básica em Saúde da Família da Universidade Federal de Minas Gerais, como requisito parcial para obtenção do certificado de especialista.

Orientador: Prof. Bruno Leonardo de Castro Sena

FORMIGA - MINAS GERAIS

2014

GUSTAVO MELO DE ANDRADE LIMA

**IMPLANTAÇÃO DO PROGRAMA NACIONAL DE CONTROLE DO
TABAGISMO NO MUNICÍPIO DE CRISTAIS/MG**

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado ao Curso de Especialização em Atenção Básica em Saúde da Família da Universidade Federal de Minas Gerais, como requisito parcial para obtenção do certificado de especialista.

Orientador: Prof. Bruno Leonardo de Castro Sena

BANCA EXAMINADORA

Prof. Bruno Leonardo de Castro Sena (UFMG)

Profª Eulita Maria Barcelos (UFMG)

Aprovado em Belo Horizonte, ___ / ___ / 2014

AGRADECIMENTOS

Ao meu orientador, professor Bruno Leonardo de Castro Sena por toda atenção dedicada, pela orientação e aconselhamentos não só neste trabalho mas em todo curso.

À equipe de Saúde de Cristais, em especial à enfermeira Luciana e às agentes de saúde Neuza e Débora que ajudaram na formulação do trabalho.

À Lidiane Orlandi pelos conselhos e sugestões.

DEDICATÓRIA

À equipe de Saúde da Família de Cristais.

Aos usuários da Unidade de Saúde do PSF IV.

RESUMO

O tabagismo é a principal causa de morte evitável, devendo ser encarado como problema de saúde pública. Por isso, ações voltadas não só ao indivíduo, mas à sociedade, são necessárias. O foco das ações do combate ao tabagismo deve ser na atenção básica, buscando além do tratamento dos pacientes, a prevenção primária da população. No PSF IV da cidade de Cristais/MG, o tabagismo foi escolhido como principal problema de saúde da comunidade. A população adscrita a este PSF é composta por 3025 habitantes. O plano de ação proposto pela equipe tem como objetivo diminuir o número de fumantes na comunidade e prevenir aqueles que não iniciaram o uso, por meio da conscientização sobre a doença. Foi realizada uma revisão de literatura nos seguintes bancos de dados: *Scientific Electronic Library Online*, Literatura Latino-americana e do Caribe em Ciências da Saúde, *Medical Literature Analysis and Retrieval System Online*, Centro Nacional para a Informação Biotecnológica e *Science Direct* selecionando artigos publicados entre 1999 até 2014. O Plano de Ação foi elaborado tomando-se como referência teórica o que foi discutido na disciplina Planejamento e Avaliação das Ações em Saúde, do curso de Especialização em Atenção Básica em Saúde da Família da Universidade Federal de Minas Gerais. O projeto proposto foi o Programa Nacional de Controle do Tabagismo, idealizado pelo Instituto Nacional do Câncer. Alguns integrantes da equipe de saúde realizaram a capacitação para aplicação do programa, que consiste em: abordar o Dia Mundial sem o Tabaco, Ambiente Livre do Tabaco e Grupos de apoio e tratamento do tabagismo. Por meio deste estudo e da aplicação deste projeto, concluiu-se que o combate ao tabagismo envolve ações preventivas, educativas e abordagem básica coletiva e individual de cada paciente.

Descritores: Tabagismo. Atenção primária a saúde. Prevenção.

ABSTRACT

The tobacco is the main cause of preventable death and should be regarded as public health problem. Actions shouldn't be focused only in individual, but in society. The focus of actions to fight smoking should be in primary care, in the treatment patient and primary prevention population. PSF IV in Cristais/MG, tobacco was chosen as main community health problem. The enrolled population this PSF is composed of 3,025 inhabitants. The proposed action plan is decrease the number of smokers in the community and prevent those who not started the use, through conscientization about the disease. The situational diagnosis was based in study by team PSF IV, through direct interview with the population, when revealed - a high prevalence of smoking in the city and the community assisted by team. It's did a literature review following data bases Scientific Electronic Library Online, Latin-American and Caribbean Center on Health Sciences Information, Literatura Latino-americana e do Caribe em Ciências da Saúde, Medical Literature Analysis and Retrieval System Online, National Center for Biotechnology Information e Science Direct in the period 1999 to 2014. The Action Plan was elaborated based in discipline Planning and Evaluation of Health, Specialization Course in Primary Care in Family of the Federal University of Minas Gerais. The proposed project was the National Program for Tobacco Control, idealized by National Cancer Institute. The program consist in the World no Tobacco Day, Tobacco Free Environment and Support Groups and Treatment of Smoking. By means of this study and application of this project. It is concluded that combat against tobacco use and preventive actions involve, basic education and collective and individual patient approach.

Keywords: Smoking. Primary health care. Prevention.

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

ACS – Agente comunitário de saúde

AVE - Acidente vascular encefálico

CEABSF - Curso de Pós Graduação Especialização em Atenção Básica em Saúde da Família

CNES - Centro Nacional de Estabelecimento de Saúde

DNA – Ácido desoxirribonucléico

DPOC- Doença Pulmonar Obstrutiva Crônica

IAM – Infarto Agudo do Miocárdio

IDH - Índice de Desenvolvimento Humano

INCA - Instituto Nacional do Câncer

OMS - Organização Mundial de Saúde

PES - Planejamento estratégico situacional

PIB - Produto Interno Bruto

PNCT – Programa Nacional de Combate ao Tabagismo

PSF - Programa de Saúde da Família

SIAB - Sistema de Informação da Atenção Básica

SUS – Sistema único de Saúde

LISTA DE GRÁFICOS

GRÁFICO 1- Numero de estabelecimentos de saúde no município de Cristais.....	14
GRÁFICO 2- Número de habitantes por microárea. PSF IV. Cristais, 2014.....	17
GRÁFICO 3- Número de famílias por microárea. PSF IV. Cristais, 2014.....	18
GRÁFICO 4- Distribuição de sexo e faixa etária no total. PSF IV. Cristais, 2014.....	19
GRÁFICO 5- Abastecimento de água por domicílio. PSF IV. Cristais, 2014.....	20
GRÁFICO 6- Porcentagem de famílias com ou sem fumantes no município de Cristais.....	23
GRÁFICO 7- Proporção de fumantes e não fumantes que convivem na mesma residência no município de Cristais.....	23
GRÁFICO 8- Proporção de fumantes do sexo masculino comparado com o sexo feminino.....	24
GRÁFICO 9- Número de fumantes por faixa etária no município de Cristais.....	24
GRÁFICO 10- Quantidade de cigarros fumados por dia por fumante no município de Cristais.....	25
GRÁFICO 11- Tempo para acender o primeiro cigarro após acordar no município de Cristais.....	25
GRÁFICO 12- Porcentagem de tabagistas que tentaram parar de fumar antes da aplicação do PES no município de Cristais.....	39
GRÁFICO 13- Porcentagem de tabagistas questionados em relação a marcar uma data para parar de fumar.....	40
GRÁFICO 14- Mudanças comportamentais apresentadas pelos tabagistas quando tentaram parar de fumar.....	40
GRÁFICO 15- Indicadores dos Resultados.....	43

LISTA DE TABELAS

TABELA 1- Tratamento de água no domicílio.....	20
TABELA 2- Abastecimento de água por domicílio.....	20
TABELA 3- Tipo de casa. PSF IV. Cristais, 2014.....	21
TABELA 4- Destino do lixo.....	21

LISTA DE FIGURAS

FIGURA 1- Localização de Cristais em Minas Gerais.....	13
FIGURA 2- Foto da Unidade de saúde e localização no município.....	15

LISTA DE QUADROS

QUADRO 1- Número de habitantes por microárea.....	16
QUADRO 2- Número de famílias por microárea.....	17
QUADRO 3- Distribuição de sexo e faixa etária por microárea.....	18
QUADRO 4- Distribuição das principais morbidades por microárea.....	22
QUADRO 5- Priorização dos problemas do PSF IV.....	37
QUADRO 6- Plano de ação para controle do tabagismo.....	42

SUMÁRIO

SUMÁRIO	12
1 INTRODUÇÃO	13
Em relação do sistema local de saúde, Cristais conta com 04 unidades que funcionam das 7 às 16 horas (PSF 1 e 3) e das 16 às 22 horas (PSF 2 e 4) e 01 hospital municipal (Gráfico 1). Cada equipe cobre uma área pré-determinada na zona urbana e na zona rural. Portanto são mistas e as equipes estão assim compostas: 01 médico, 01 enfermeira, 01 dentista, 01 auxiliar de enfermagem, 01 auxiliar de dentista, 01 recepcionista, 06 agentes comunitários de saúde e 01 funcionário de serviços gerais.	14
Descrevendo a Unidade de Atenção Primária a Saúde PSFIV possui 3.025 usuários cadastrados e distribuídos em 985 famílias, dando uma média de 3.07 pessoas por família. Atualmente, 2.099 pessoas distribuídas em 805 famílias recebem o monitoramento das agentes comunitárias de saúde, dando uma média de 69% da população. As informações obtidas para confecção do diagnóstico situacional são referentes à área coberta do território.	16
Os dados apresentados quanto a organização e estrutura da unidade de saúde PSF IV são referentes a aproximadamente 100% da população, pois apesar da microárea 6, no momento, estar sem cobertura, possuímos os dados desta microárea no DataSus.	17
Em relação ao ambiente físico, socioeconômico e políticas públicas, Cristais tem como suas principais atividades econômicas a agricultura de café e a indústria têxtil.	20
2 JUSTIFICATIVA	28
3 OBJETIVO	30
4 METODOLOGIA	31
5.1 Tabagismo	32
5.2 Epidemiologia	32
5.4 Complicações	35
5.5 Controle do tabagismo	36
6 PLANO DE AÇÃO	38
6.1 Identificação dos problemas	38
6.2 Priorização do problema	38
6.3 “Nós críticos”	39
6.4 Priorizando o “nó” crítico	39
6.5 Como o problema foi identificado?	40
6.6 Como controlar o problema	40
6.7 Elaboração do plano operativo	43

6.8 Gestão do plano	44
7 CONSIDERAÇÕES FINAIS	45
REFERÊNCIAS	46
ANSTEY, K.J. <i>et al.</i> Smoking as a risk factor for dementia and cognitive decline: a meta-analysis of prospective studies. Am J Epidemiol. 2007 Aug 15;166(4):367-78	46
LOVATO, C., WATTS, A., STEAD, L. F. Impact of tobacco advertising and promotion on increasing adolescent smoking behaviours. Cochrane Database Syst Rev. 2011	48

1 INTRODUÇÃO

Descrevendo o município, historicamente, por volta de 1676 os índios Cataguases se refugiaram nesta região fugindo a constante perseguição dos bandeirantes, mas Lourenço Castanho Jacques liquidou por completo aquela feroz tribo indígena (CRISTAIS, 2014). Certamente, a partir dessa época, teve início o desbravamento e povoação do território do município. Construíram a capela sob invocação de Nossa Senhora da Ajuda.

Em decorrência da intensa extração de cristal, o povoado da Capela de Nossa Senhora da Ajuda, rapidamente desenvolveu, pois já em 07 de setembro de 1880, era criado o distrito de Nossa Senhora da ajuda de Cristais, como parte do município de Tamanduá (hoje, Itapeçerica) (CRISTAIS, 2014). Em fins de 1881 o distrito passou a pertencer ao município de Campo Belo. O distrito teve emancipação política só em 1948, até então pertencia ao município de Campo Belo (CRISTAIS, 2014).

A princípio os primeiros habitantes foram atraídos pelo cristal de rocha (quartzo hialino), que existia em abundância na região, sendo essa a origem do topônimo do município: CRISTAIS (CRISTAIS, 2014).

Posteriormente, devido à exaustão das jazidas, dificultando a extração do mineral, passaram os habitantes a se dedicarem à agricultura e a pecuária, que se tornaram os principais fatores de desenvolvimento do território.

A capela Nossa Senhora da Ajuda, que é hoje a Matriz Paroquial, tem uma pia batismal, com a data de 1806 inscrita em seu pedestal, dá uma marco no tempo da construção, possivelmente por volta de 1800 (CRISTAIS, 2014). A cidade de Cristais está situada no oeste de Minas Gerais (Figura 1). Tem 227 km de distância da capital mineira Belo Horizonte.

Figura 1- Localização de Cristais em Minas Gerais



Fonte: <http://pt.wikipedia.org/wiki/Cristais> (2014)

Abordando os aspectos geográficos, socioeconômicos e demográficos segundo o IBGE (2014) a área total do município é de 628,434 km² (IBGE, 2014), com uma concentração habitacional de 17,96 hab./km². O número aproximado de domicílios e famílias é de 4766 domicílios (domicílios recenseados). Os dados IBGE (2008) mostram que 3.566 domicílios tem acesso à rede geral de abastecimento de água tratada.

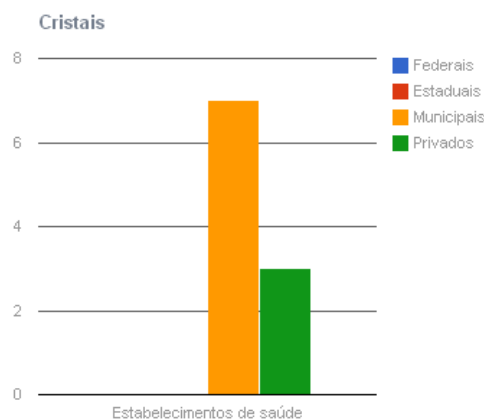
Principais atividades econômicas do município são a pecuária, agricultura e micro indústrias. Valor do rendimento nominal médio mensal per capita dos domicílios particulares permanentes – urbana 848,03 reais. A taxa de desemprego em 2010 foi 2.94%, sendo que os principais postos de trabalho são na agricultura (colheita de café) e microempresas (indústria têxtil) (CRISTAIS, 2014).

- Total da População: 11.286 (IBGE, 2014).
- Densidade demográfica: 18 hab./km² (WIKIPEDIA, 2014).

Em relação do sistema local de saúde, Cristais conta com 04 unidades que funcionam das 7 às 16 horas (PSF 1 e 3) e das 16 às 22 horas (PSF 2 e 4) e 01 hospital municipal (Gráfico 1). Cada equipe cobre uma área pré-determinada na zona urbana e na zona rural. Portanto são mistas e as equipes estão assim compostas: 01 médico, 01 enfermeira, 01 dentista, 01 auxiliar de enfermagem, 01 auxiliar de dentista, 01 recepcionista, 06 agentes comunitários de saúde e 01 funcionário de serviços gerais.

Os postos na zona rural serão reestruturados para garantir um atendimento de qualidade e a equipe responsável do PSF, manterá as visitas freqüentes e regulares, que proporcionarão à população da zona rural a tranqüilidade que tanto necessita e a certeza de não precisar se deslocar para a cidade para ter atendimento médico.

Gráfico 1- Número de estabelecimentos de saúde no município de Cristais.

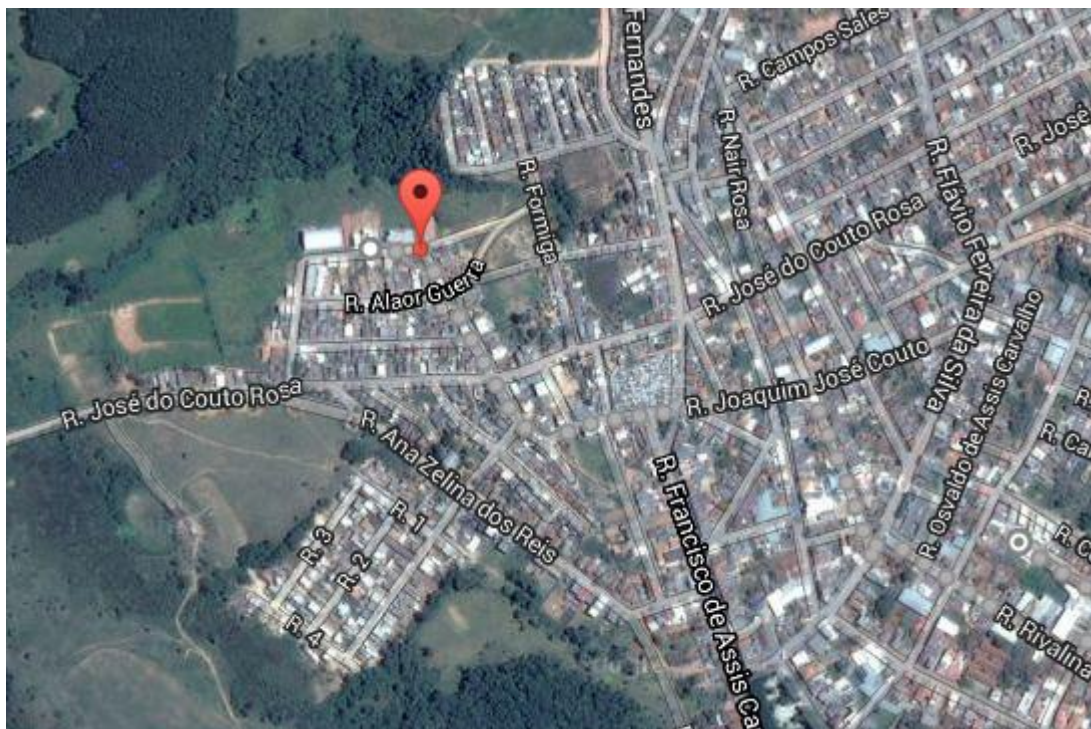


Fonte: DATASUS (2012).

Todas as ações de saúde no município só acontecem com o aval do Conselho Municipal de Saúde, que tem em suas reuniões bimensais, deliberado e avaliado todas as ações, programas, atividades, resoluções, normas, que norteiam a saúde como um todo. Nas reuniões são discutidos todos os assuntos de interesse da Saúde.

A equipe de saúde do PSF IV, situado na Rua Jose Ferreira Santos, 105. Morro do Eduardo. Cristais-MG elaborou o diagnóstico situacional de sua área de abrangência.

Figura 2- Foto da Unidade de Saúde e localização no município



Fonte: Autoria própria (2012).

Descrevendo a Unidade de Atenção Primária a Saúde PSFIV possui 3.025 usuários cadastrados e distribuídos em 985 famílias, dando uma média de 3.07 pessoas por família. Atualmente, 2.099 pessoas distribuídas em 805 famílias recebem o monitoramento das agentes comunitárias de saúde, dando uma média de 69% da população. As informações obtidas para confecção do diagnóstico situacional são referentes à área coberta do território.

A Unidade é responsável pela cobertura de 07 bairros, ou seja, 07 micro áreas e a zona Rural. É uma unidade mediana sendo adaptada em uma casa alugada. Seu espaço físico é composto por: 01 varanda, 01 recepção, 03 consultórios, 06 banheiros, 01 sala de pré-consulta conjugada com a regulação, 01 sala de escovário, 01 cozinha e 02 almoxarifados, 01 sala de utilidades, 01 sala de vacina, 01 expurgo, 01 sala de arquivo e 01 sala dos agentes comunitários de saúde. A unidade é composta por uma Equipe de Programa de Saúde da Família (PSF) e unidades de apoio, como o NASF, constituído por psicólogo, assistente social, nutricionista e profissional de educação física.

Há um total de 14 pessoas que trabalham diariamente no centro de saúde: 01 enfermeira, 01 técnico de enfermagem, 01 trabalhadora da limpeza, 01 recepcionista, 01 dentista, 01 psicóloga, 05 Agentes comunitários de Saúde (ACS), 01 médico generalista, 01 secretária do dentista e 01 secretária do psiquiatra. Há ainda os profissionais que não trabalham com frequência diária na unidade: 01 psiquiatra e 01 dentista. A assistência prestada

é exclusivamente aos pacientes do SUS. Cerca de 50 atendimentos diários são realizados, as medicações injetáveis e orais são feitas de acordo com a demanda tendo em média 02 medicações por dia. São realizadas cerca de 20 aferições de pressão arterial no decorrer do dia. As vacinas são feitas todos os dias da semana, no decorrer da semana, tendo uma média de 30 aplicações.

Os dados apresentados quanto a organização e estrutura da unidade de saúde PSF IV são referentes a aproximadamente 100% da população, pois apesar da microárea 6, no momento, estar sem cobertura, possuímos os dados desta microárea no DataSus.

Conforme os dados apresentados (Quadro 1, 2 e 3 e Gráficos 2, 3 e 4), o número de habitantes e famílias é relativamente homogêneo em cada micro área, sendo a micro área 5 com menor número. A maioria da população do território é constituída da faixa etária de 20-39 anos, havendo basicamente a mesma proporção de homens e mulheres (Quadro 3 e Gráfico 4). Há certa homogeneidade nas características da população entre as micro áreas.

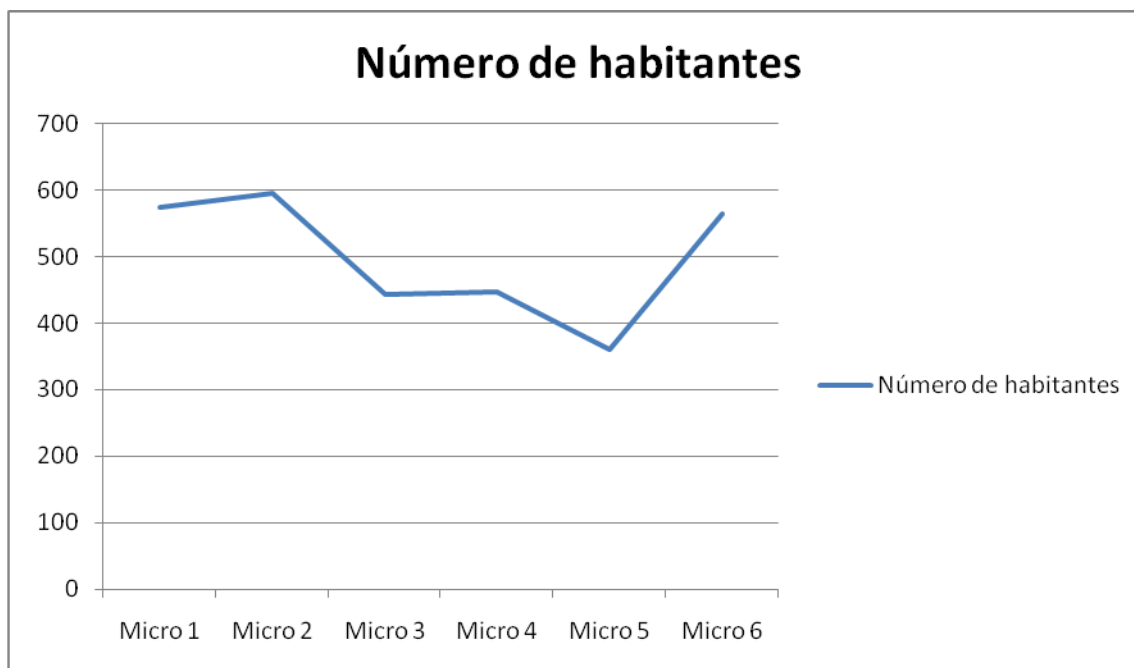
Existem serviços de apoio à comunidade como um asilo e um abrigo infantil.

Quadro 1- Número de habitantes por micro área. PSF IV. Cristais-2014

Micro área	1	2	3	4	5	6	Total
Pessoas	573	595	443	488	361	565	3025

Fonte: SIAB (2014).

Gráfico 2- Número de habitantes por micro área. PSF IV. Cristais-2014



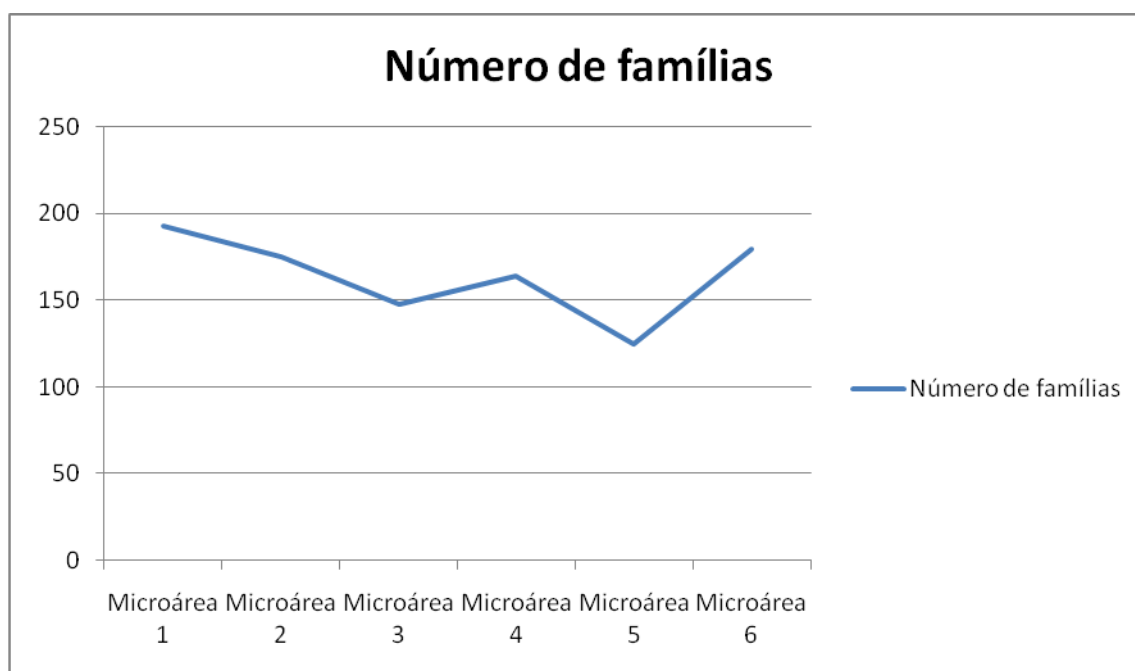
Fonte: SIAB (2014).

Quadro 2- Número de famílias por micro área. PSF IV. Cristais-2014

Microárea	1	2	3	4	5	6
Famílias	193	175	148	164	125	180

Fonte: SIAB (2014).

Gráfico 3- Número de famílias por micro área. PSF IV. Cristais-2014



Fonte: SIAB (2014).

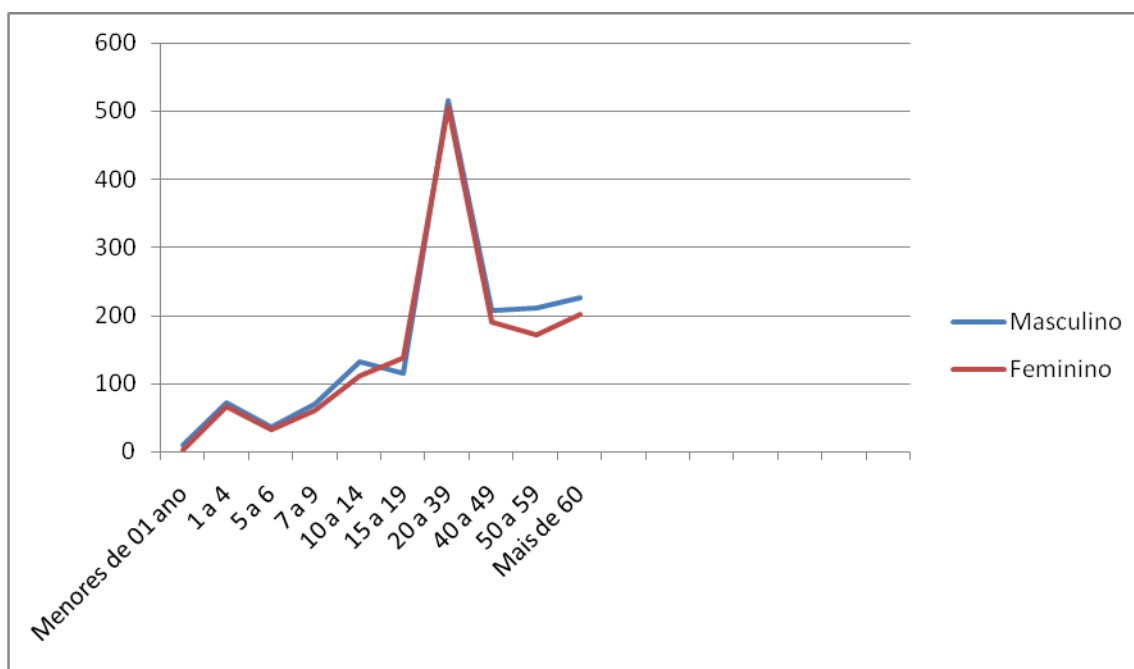
Quadro 3- Distribuição de sexo e faixa etária por micro área. PSF IV. Cristais-2014

	Micro 1		Micro 2		Micro 3		Micro 4		Micro 5		Micro 6		Total
	F	M	F	M	F	M	F	M	F	M	F	M	
Menores de 1 ano	2	7	0	0	0	1	1	2	0	0	0	0	13
1 a 4 anos	11	10	8	11	11	17	12	15	6	6	18	13	138
5 a 6 anos	3	7	4	10	6	6	6	5	6	2	8	7	70
7 a 9 anos	7	16	13	10	14	10	10	9	4	12	13	14	132
10 a 14 anos	25	30	24	28	15	16	13	18	12	16	23	25	245
15 a 19 anos	16	17	35	30	19	20	22	12	15	16	31	21	254
20 a 39 anos	102	99	103	115	65	65	79	85	46	59	112	93	1023
40 a 49 anos	39	44	39	34	28	40	30	30	22	26	33	33	398

50 a 59	33	37	29	29	27	18	28	21	26	20	29	26	323
Mais de 60	31	37	35	38	30	35	48	42	23	44	35	31	429
Total	269	304	290	305	215	228	249	239	160	201	302	263	3025

Fonte: SIAB (2014).

Gráfico 4- Distribuição por sexo e por faixa etária no total. PSF IV. Cristais-2014



Fonte: SIAB (2014).

Em relação ao ambiente físico, socioeconômico e políticas públicas, Cristais tem como suas principais atividades econômicas a agricultura de café e a indústria têxtil.

Das 3025 pessoas cadastradas no PSF IV, 377 possuem entre 7 a 14 anos e destas, 344, ou seja, 91,25% freqüentam a escola. Já das que possuem mais que 15 anos de idade, 2338 são alfabetizadas, correspondendo a 96,33% do total da população inscrita.

Quanto ao tratamento do esgoto na região, 98,38% possuem água tratada e 1,12 % não possuem tratamento da água. O restante, que corresponde a 0,5%, aplica métodos de fervura e cloração para tratamento (Tabela 1).

Tabela 1- Tratamento de água no domicílio. PSF IV. Cristais-2014

Tratamento de água no domicílio	número	%
Filtração	969	98.38
Fervura	3	0.30
Cloração	2	0.20
Sem tratamento	11	1.12

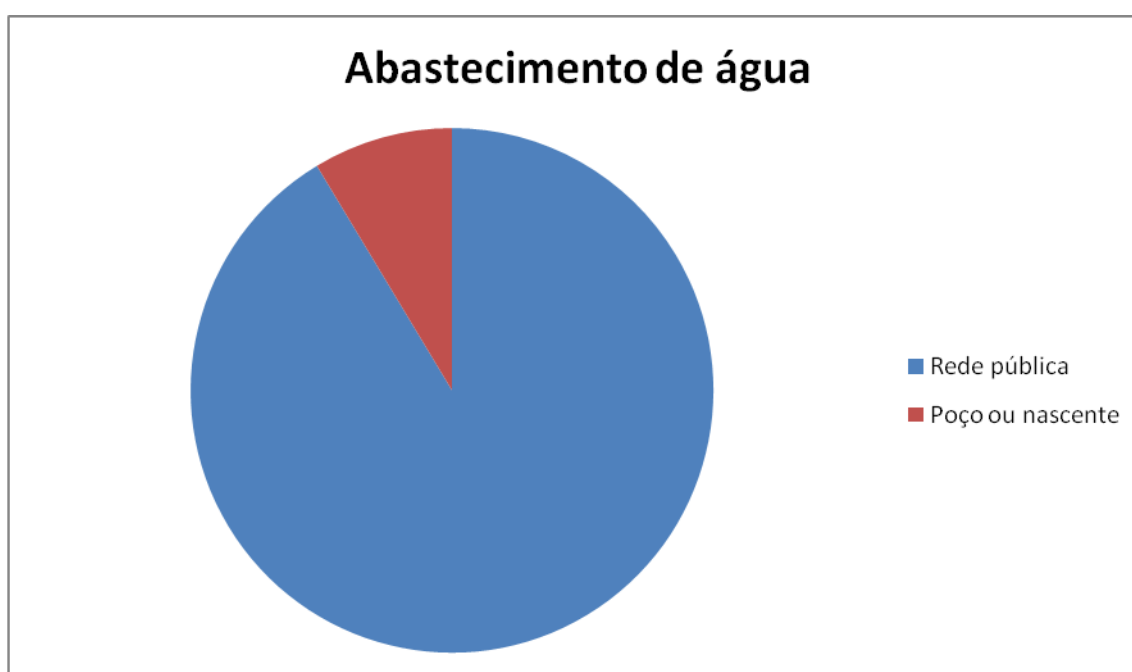
Fonte: SIAB (2014).

O abastecimento de água atinge a 900 famílias cadastradas, do total de 985, ou seja, 91.37%. As outras 85 famílias suprem a necessidade de água por meio de poço ou nascente (Tabela 2 e Gráfico 5).

Tabela 2- Abastecimento de água por domicílio.

Abastecimento de água	número	%
Rede pública	900	91.37
Poço ou nascente	85	8.63

Fonte: SIAB (2014).

Gráfico 5- Abastecimento de água por domicílio. PSF IV. Cristais- 2014

Fonte: SIAB (2014).

Em relação às moradias, apenas uma residência não é construída de tijolo, e sim de taipa revestida (Tabela 3).

Tabela 3- Tipo de casa. PSF IV. Cristais- 2014

Tipo de casa	número	%
Tijolo	984	99.90
Taipa revestida	1	0.10

Fonte: SIAB (2014).

A maioria do destino do lixo é por coleta pública, uma parte considerável de 7.92% é queimado, enterrado, ou depositado a céu aberto (Tabela 4).

Tabela 4- Destino do lixo. PSF IV. Cristais- 2014

Destino do Lixo	número	%
Coleta Pública	903	91.68
Queimado/Enterrado	78	7.92
Céu Aberto	4	0.41

Fonte: SIAB (2014).

De acordo com os dados SIAB, 2014 as fezes e urinas são destinadas em sua maioria ao esgoto, (899) ou seja 91.27%, uma quantidade considerável que corresponde a 8.53% é depositada em fossa (78) e uma pequena minoria de 02 famílias (0.20%) em céu aberto.

Consta também que apenas 04 famílias das 985 não possuem energia elétrica. Em se tratando de água tratada apenas 16 famílias não possuem água tratada (SIAB 2014).

Os dados colhidos do SIAB em 13/10/14 e informações colhidas pelos agentes comunitários de saúde revelam fatos importantes em relação às principais morbidades destacando-se a hipertensão arterial sistêmica, *diabetes melitus*, alcoolismo. As considerações sobre o tabagismo serão abordados com destaque (Quadro 4).

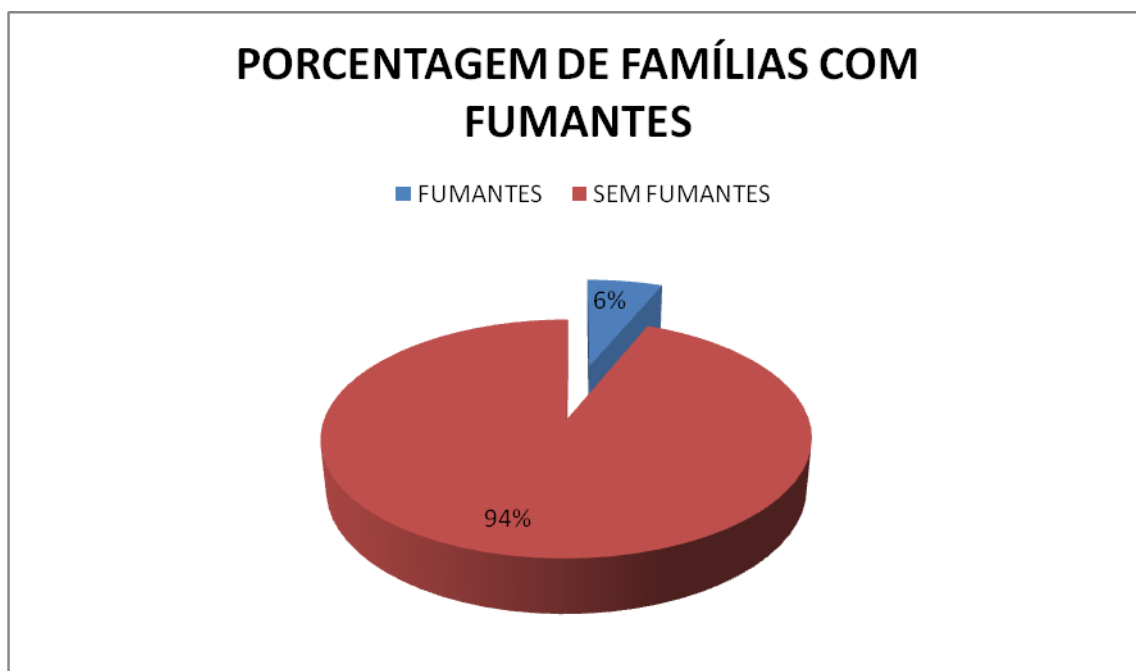
Doenças como ansiedade e depressão não foram abordadas, no entanto, apesar da inexistência de dados há de se considerar que estas afecções estão entre as mais comuns.

Quadro 4- Distribuição das principais morbidades por micro área. PSF IV. Cristais-2014

	Micro 1	Micro 2	Micro 3	Micro 4	Micro 5	Micro 6	Total
Hipertensão	68	49	64	82	58	53	374
Diabetes	29	10	10	15	7	10	81
Tuberculose	0	1	0	0	0	0	1
Chagas	0	0	0	2	0	0	2
Alcoolismo	0	4	3	0	2	1	10
Deficiência física	2	0	0	2	0	0	4

Fonte: SIAB (2014).

O tabagismo é considerado um problema de saúde pública mundial, no município de Cristais não é diferente, por isso um questionário foi aplicado em toda a população. Foram constatadas 223 famílias que possuem fumantes e 3397 famílias que não possuem fumantes (Gráfico 6). Com relação ao número de fumantes e não fumantes que convivem na mesma residência foram encontrados 343 e 436, respectivamente (Gráfico 7). Ao contrário do que é exposto pela OMS, no município de Cristais há mais fumantes do sexo feminino do que do sexo masculino, como é demonstrado no Gráfico 8. A maior prevalência do tabagismo é encontrada na população com faixa etária de 20-39 anos coincidindo com a faixa etária mais populosa do PSF IV (Gráfico 9). O Gráfico 10 nos mostra a quantidade de cigarros fumados por dia por fumante, nele podemos observar que 50 fumantes fumam em média 10 cigarros por dia. Além disso, 62 fumantes acendem o primeiro cigarro assim que abrem os olhos ao acordar (Gráfico 11). Diante de todas as informações expostas anteriormente o tabagismo foi um problema priorizado em nosso trabalho.

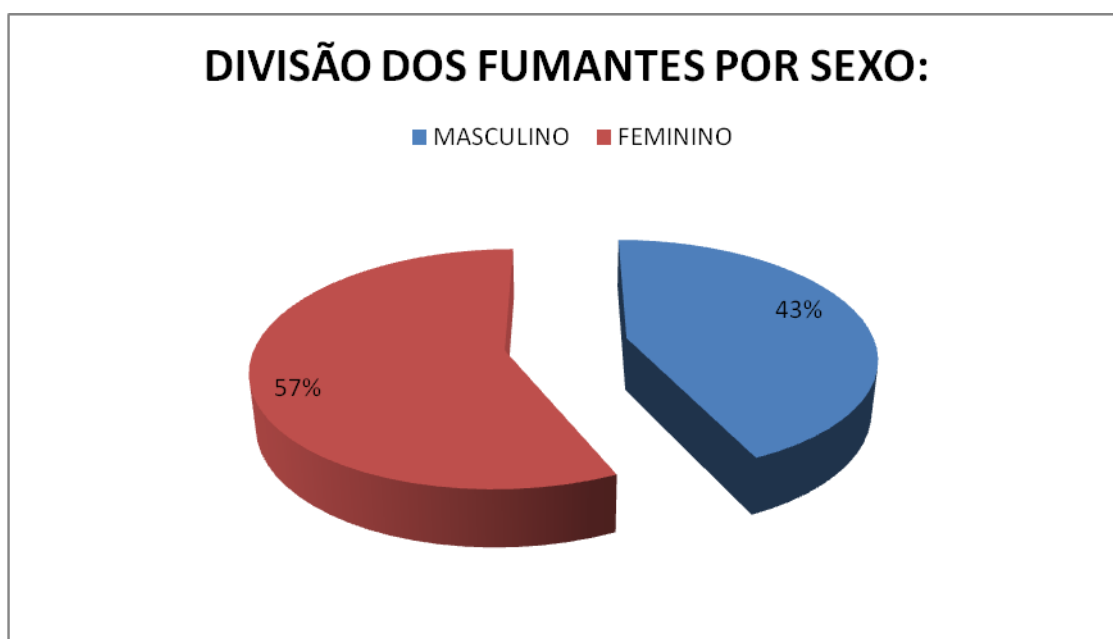
Gráfico 6- Porcentagem de famílias com ou sem fumantes no município de Cristais. 2014

Fonte: SIAB (2014).

Gráfico 7- Proporção de fumantes e não fumantes que convivem na mesma residência no município de Cristais-2014

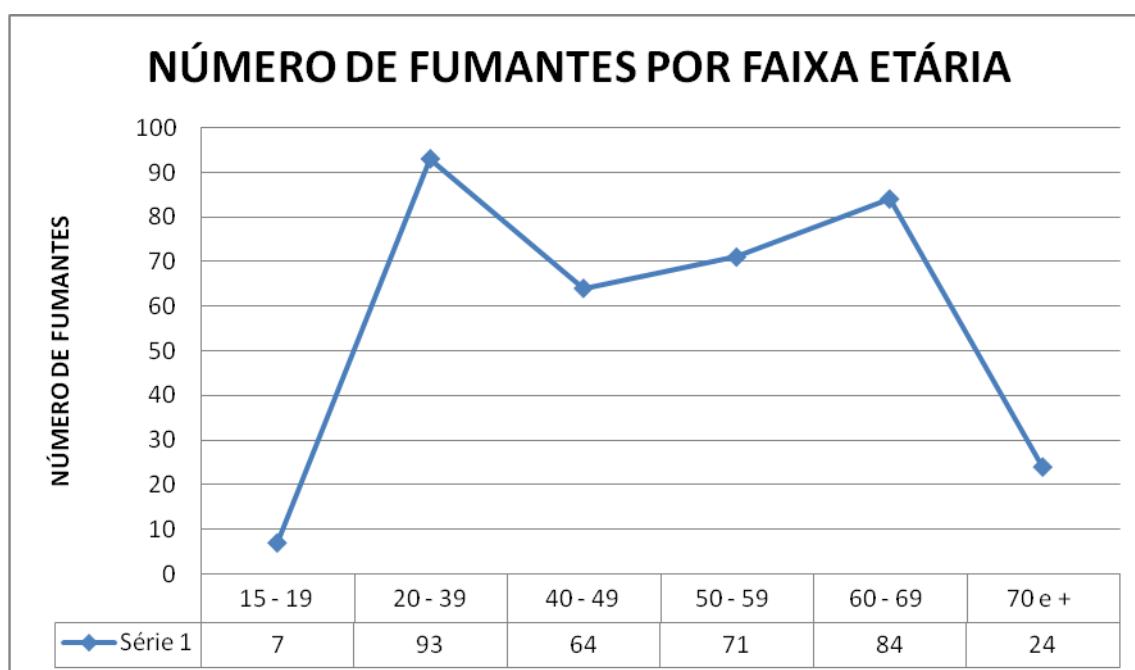
Fonte: SIAB (2014).

**Gráfico 8- Proporção de fumantes do sexo masculino comparado com o sexo feminino
Cristais- 2014**



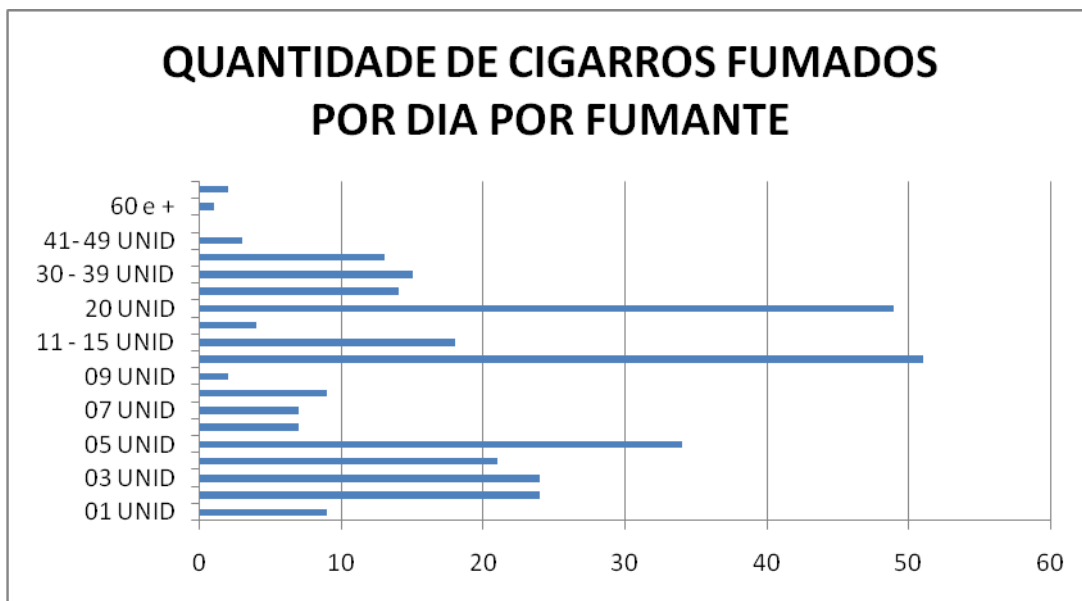
Fonte: SIAB (2014).

Gráfico 9- Número de fumantes por faixa etária no município de Cristais.



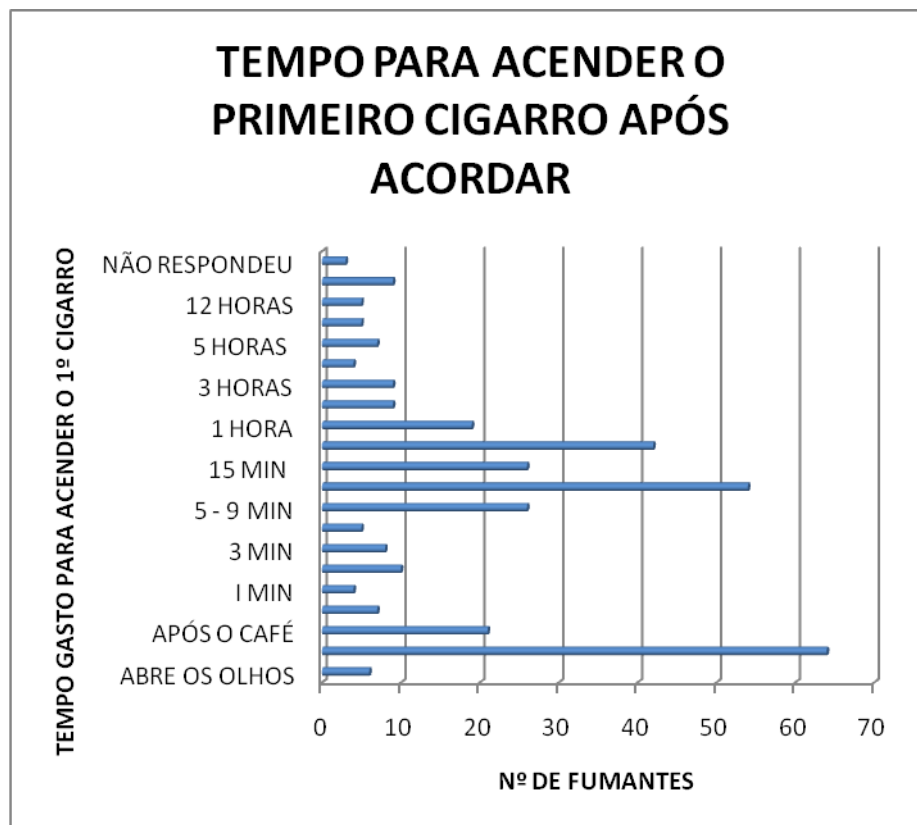
Fonte: SIAB (2014).

Gráfico 10- Quantidade de cigarros fumados por dia por fumante no município de Cristais.



Fonte: SIAB (2014).

Gráfico 11- Tempo para acender o primeiro cigarro após acordar no município de Cristais



Fonte: SIAB (2014).

Segundo o Instituto Nacional do Câncer (2014) “A Organização Mundial da Saúde (OMS, 2004) considera o tabagismo a principal causa de morte evitável em todo mundo. OMS estima que um terço da população mundial adulta, isto é, 1 bilhão e 200 milhões de pessoas sejam fumantes. Pesquisas comprovam que aproximadamente 47% de toda população masculina e 12% da população feminina no mundo fumam”.

O total de mortes devido ao uso de tabaco atingiu a margem de 4.9 milhões de mortes por ano, correspondendo a mais de 10 mil mortes por dia. Mantendo-se as tendências de expansão do seu consumo, esses números serão aumentados para 10 milhões de mortes anuais em torno de 2030, sendo metade delas em indivíduos entre 35 e 69 anos (WHO, 2008).

No Brasil, estima-se que cerca de 200.000 mortes por ano são devido ao tabagismo (OPAS, 2002). O Inquérito Domiciliar sobre Comportamentos de Risco e Morbidade Referida de Doenças e Agravos não transmissíveis constatou maior proporção de fumantes dos dois sexos em Porto Alegre e menor proporção em Aracaju. Além disso, foi apresentado por essa pesquisa que a concentração de fumantes é maior entre as pessoas com menos de oito anos de estudo do que entre pessoas com oito ou mais anos de estudo. O Instituto Nacional de Câncer José Alencar Gomes da Silva (INCA), no Brasil, desenvolve papel considerável como Centro Colaborador da OMS para o programa “Tabaco ou Saúde” na América Latina, cuja finalidade é incentivar e apoiar políticas e atividades para o controle do tabagismo nessa região, e no apoio à elaboração da Convenção para o Controle do tabaco, idealizada pela OMS para estabelecer padrões de controle do tabagismo em todo o mundo (INCA, 2014).

Podemos concluir então que o tabagismo representa um grande risco à saúde e merece imediata ação dentro da perspectiva das políticas públicas voltadas à saúde, sendo o seu controle uma questão ética de responsabilidade social.

2 JUSTIFICATIVA

Apesar de todo o conhecimento científico acumulado sobre o tabagismo como fator de risco de doenças graves e fatais, sobre a sua própria condição de doença crônica ligada à dependência da nicotina, e embora o consumo de tabaco, sobretudo de cigarros, venha caindo na maioria dos países desenvolvidos, o consumo global aumentou cerca de 50% durante o período de 1975 a 1996, à custa do crescimento do consumo em países em desenvolvimento (WORLD BANK, 1999; WHO, 2001b).

O Brasil, considerado o segundo maior produtor e o maior exportador de tabaco, tem conseguido desenvolver ações fortes e abrangentes para controle do tabagismo, o que tem lhe conferido o reconhecimento de liderança internacional nessa área (AMERICAN CANCER SOCIETY, 2003). O cigarro brasileiro é um dos mais baratos do mundo, por isso grandes desafios precisam ainda ser enfrentados para o controle do tabagismo no Brasil. O fácil acesso físico e o preço baixo são juntos, fatores potencializadores da iniciação (GUINDON *et al.*, 2002). Esse cenário é agravado pelo amplo mercado ilegal de cigarros, que hoje responde por cerca de 35% do consumo nacional, inserindo no mercado brasileiro cigarros ainda mais baratos que os legais (BRASIL, 2003d).

Pesquisas relatam que morrem no país cerca de 200.000 pessoas por ano, provavelmente como consequência dos efeitos tardios da expansão do consumo de tabaco, que teve início nas décadas de 50 e 60 do século passado, e atingiu o seu apogeu na década de 1970 (PAHO, 2002). Os componentes tóxicos do cigarro produzem na cadeia metabólica produtos terminais chamados glicotoxinas, que, ao reagir por ligação cruzada com as proteínas, provocam efeitos mutagênicos no DNA (ácido desoxirribonucléico), podendo induzir ao câncer e às neoplasias em geral. As glicotoxinas também contribuem para o envelhecimento precoce, catarata, arteriosclerose, insuficiência renal, retinopias e diabetes. Portanto, sendo indutor do efeito mutagênico e promotor de multiplicação de células, o fumo é considerado um cancerígeno completo (ROSEMBERG, 2003).

O câncer de pulmão é o tipo de câncer que mais mata homens no Brasil, e a segunda causa de morte por câncer entre as mulheres. As taxas de mortalidade por câncer de pulmão têm aumentado em maior velocidade entre as mulheres do que entre os homens (BRASIL, 2003d).

Além do câncer de pulmão, descrito acima, outras complicações em decorrência do tabagismo também são muito comuns sendo elas, doenças respiratórias, eventos cardiovasculares como aterosclerose, que podem culminar em doenças como infarto e AVE

(Acidente Vascular Encefálico). Tal situação pode ser evitada com a prevenção primária. No município de Cristais, a prevalência do tabagismo é alta, estando intrinsecamente ligado à atividade socioeconômica da cidade, 6% das famílias possuem, pelo menos, um fumante na residência e a proporção entre fumantes e não fumantes que convivem nestas residências é de 56% para fumantes e 44% para não fumantes.

Ainda segundo a OMS (2004, p. 19): "O controle do hábito de fumar cigarros fará mais pela saúde do homem e sua expectativa de vida, do que qualquer outra opção de Medicina Preventiva".

Com isso, torna-se necessário uma intervenção direta nesta população específica, na tentativa de prevenir o início do tabagismo e tentar cessar o uso entre os usuários.

3 OBJETIVO

Propor um plano de ação com o intuito de diminuir o número de usuários no município de Cristais, MG.

4 METODOLOGIA

Para elaboração deste trabalho primeiramente foi realizado diagnóstico situacional da área de abrangência. Neste sentido, alguns problemas foram identificados e priorizado um problema de acordo com sua importância, urgência e operacionalidade e, a partir daí, foi elaborado um plano de ação. O tabagismo foi priorizado por ter um índice muito alto de fumantes no município.

Para aprofundar mais o conhecimento sobre tabagismo e estratégias de abordagem e tratamento do tabagista foi realizada uma pesquisa narrativa da literatura por meio de livros, dissertações, teses, artigos científicos, periódicos e sites como SciELO, Pubmed, Google Acadêmico, site do INCA e Programas do Ministério da Saúde. Foram consultados textos dos módulos da Biblioteca Virtual do CEABSF do Curso de Pós Graduação Especialização em Atenção Básica em Saúde da Família para subsidiar ações de implementação do projeto. Buscou-se por artigos publicados, no período de 1999 a 2014 e que tivessem relação como o tema proposto, com a utilização dos seguintes descritores: tabagismo, conscientização, estratégia saúde da família.

Assim sendo, um plano de ação para que a comunidade seja conscientizada e adote o tratamento do tabagismo foi proposto no município de Cristais-MG, baseado no Planejamento Estratégico Situacional (PES), conteúdo trabalhado no módulo de Planejamento e Avaliação das Ações de Saúde. Dessa maneira será implantado o Programa Nacional de Controle do Tabagismo do INCA que tem como estratégias: criação de um contexto social e político favorável à redução do consumo de tabaco; equidade, integralidade e intersetorialidade nas ações; construção de parcerias para enfrentamento das resistências ao controle do tabagismo; redução da aceitação social do tabagismo; redução dos estímulos para a iniciação; redução do acesso aos produtos derivados do tabaco; proteção contra os riscos do tabagismo passivo; redução das barreiras sociais que dificultam a cessação de fumar; aumento do acesso físico e econômico ao tratamento para cessação de fumar.

Após investigadas todas as informações, foi possível conhecer melhor as condições da população e com isso planejar e programar ações para a sensibilização e o controle do tabagismo.

5 REVISÃO DE LITERATURA

5.1 Tabagismo

Os prejuízos causados aos fumantes e não fumantes pelo efeito dos componentes presentes no tabaco vêm sendo apontados nos discursos de pesquisadores de todo o mundo. Os fumantes existentes no mundo no início do século XXI chegam a 1,3 bilhão, decorrendo desse fato a morte de cinco milhões de pessoas ao ano devido ao consumo de tabaco (INCA, 2004).

A OMS estima que, caso não haja controle mundial na exposição ao tabaco, em 2030 o número de fumantes crescerá para 1,6 bilhão (WHO, 2004).

No Brasil, “o tabagismo é apontado como segundo fator mais importante de risco de óbito, com 200 mil mortes anuais, sendo suplantado apenas por hipertensão” (SILVA, 2006 *apud* MS/OPAS, 2004, p. 37).

Doenças crônicas pulmonares, cardíacas e mais tantos outros prejuízos são manifestações decorridas do uso do tabaco. Essas patologias também podem surgir nos fumantes passivos, por isso, gerações subseqüentes de fumantes e não-fumantes podem sofrer com essas manifestações (ELMÔR, 2009).

Complicações maternas e fetais na gravidez, impotência sexual no homem, úlcera do aparelho digestivo, infecções respiratórias e trombose vascular dentre tantos outros transtornos são originados do tabagismo (MUST *et al.*, 2004).

No Brasil, os inquéritos populacionais indicaram que as regiões Sudeste e Sul comportam as maiores prevalências de tabagismo, em particular no meio urbano. Estas duas regiões também registraram as mais altas incidências de neoplasias mais estritamente relacionadas ao tabaco (INCA, 2004).

A OMS afirma que o tabagismo é considerado doença crônica proveniente da dependência da nicotina, também considerado a maior causa isolada evitável de doença e de morte, isto o insere na Classificação Internacional de Doenças (CID 10) (MORAES, 2006).

5.2 Epidemiologia

A prevalência do tabagismo na população de países em desenvolvimento tem aumentado consideravelmente, estimando-se que no século 21 existirá 1 bilhão de mortes devido ao tabaco. Nos EUA, 1 em cada 5 americanos fuma, embora a prevalência neste país tenha caído de 20,9% em 2005 para 19,3% em 2010. O tabaco ainda continua sendo a maior

causa de morte evitável, estando associado a comorbidades como cardiopatias, múltiplos tipos de câncer e DPOC (CDC, 2011).

O tabagismo reduz, em média, 10 anos de sobrevida, sendo que a partir dos 40 anos cada ano que se passa como fumante reduz a expectativa de vida em 3 meses. A cessação do hábito de fumar reduz risco de câncer de pulmão e outras doenças de 20% a 90%, aumentando a sobrevida, mesmo naqueles que param de fumar após os 50 anos (DOLL *et al.*, 2004).

Segundo Cavalcante (2005, p. 286) “Pesquisas relatam que morrem no país cerca de 200.000 pessoas por ano, provavelmente como consequência dos efeitos tardios da expansão do consumo de tabaco, que teve início nas décadas de 50 e 60 do século passado, e atingiu o seu apogeu na década de 1970 (PAHO, 2002)”.

A prevalência global de tabagistas varia entre 31% a 48.6% para homens com mais de 14-15 anos, sendo que entre as mulheres as estatísticas são menores por volta de 11.3 Nos EUA, por exemplo, as estatísticas variam entre 20% de indivíduos tabagistas (NG *et al.*, 2014).

No Brasil um estudo realizado pelo Instituto Nacional do Câncer em 2004 analisou o perfil do tabagismo no país, foi encontrada maior prevalência do uso de cigarros em capitais do sul e sudeste como Porto Alegre, Curitiba, Belo Horizonte e São Paulo. As menores prevalências são observadas em Aracaju, Campo Grande e Natal. De uma forma geral, as cidades mais urbanizadas apresentam maiores prevalências com exceção do Rio de Janeiro. Com relação ao gênero, a prevalência de consumo de cigarros foi maior entre os homens do que entre mulheres. O tabagismo foi maior entre indivíduos adultos (com 25 o mais anos de idade) quando comparado aos de 15 a 24 anos. Contudo, esta diferença tende a diminuir nas cidades mais urbanizadas, indicando uma maior participação do grupo jovem nas prevalências globais (INCA, 2004).

Além disso, o estudo demonstrou maior predominância do tabagismo entre os grupos com menor escolaridade (menos de 08 anos de estudo), quando comparado com os de maior escolaridade (8 anos ou mais de estudo) em todas as cidades estudadas. Além do mais, mais de 50% dos jovens experimentaram cigarros ainda muito jovens. Em Porto Alegre, Vitória, Goiânia e Boa Vista, aproximadamente 70% dos jovens experimentam fumar com 13 anos ou menos e em Curitiba a experimentação precoce chega a quase 80% (INCA, 2004).

5.3 Fatores de risco

Vários fatores levam as pessoas a experimentarem o cigarro ou os derivados do tabaco. Existe muita influência pela publicidade do cigarro nos meios de comunicação que,

apesar da lei de restrição à propaganda de produtos derivados do tabaco, atua no comportamento dos jovens e adultos. Na maioria dos estudos o sexo masculino aparece como fator de risco para o tabagismo. Pais, professores, ídolos e amigos também exercem grande influência na iniciação do mesmo (BARBOSA *et al.*, 1989; INCA, 2004).

Divorciados, desempregados, viúvos e principalmente adolescentes são os indivíduos mais vulneráveis a se envolver com o tabaco. Vários estudos no mundo e no Brasil mostram a idade cada vez mais precoce do início do vício de fumar e o aumento da prevalência de tabagismo em adolescentes. Estima-se que essa tendência resultará em 250 milhões de mortes em anos futuros (MALCON *et al.*, 2003).

Idade, fumo dos pais, irmãos ou amigos, sexo, nível socioeconômico, rendimento escolar, trabalho remunerado e separação dos pais são fatores de risco para o começo do tabagismo na adolescência (MALCON *et al.*, 2003).

Segundo BARBOSA *et al.*, 1989; BRASIL, 1989; SEGAT *et al.*, 1998; citados por MALCON *et al.*, 2003, “Os estudos mostram que o hábito de fumar dos amigos e dos irmãos mais velhos está fortemente associado ao tabagismo em adolescentes”.

Pais e irmãos fumantes se relacionam com o aumento do risco de tabagismo entre crianças e adolescentes, foi o que mostrou uma revisão sistemática de 58 estudos que avaliaram o risco de fumar entre crianças e adolescentes expostos ao cigarro pelos pais ou irmãos. O estudo mostrou que o risco aumentou se: ambos os pais fumavam, os irmãos fumavam, a mãe fumava ou se qualquer membro da casa fumasse. O risco era diretamente proporcional ao grau de parentesco, quanto mais próximo, maior a chance (LEONARDI-BEE, *et al.*, 2011).

Outra revisão sistemática realizada por Lovato *et al.*, (2011) mostrou que a publicidade e a promoção estavam associados à iniciação ao cigarro. O estudo reviu 19 outros estudos longitudinais com 29.000 não fumantes menores de 18 anos e mostrou que aqueles jovens mais expostos à publicidade do cigarro experimentaram mais cedo e se tornaram tabagistas entre os 18 e 19 anos.

Doubeni *et al.*, (2010) relataram em seus estudos que o aparecimento precoce de sintomas de dependência de nicotina estão associados com hábitos de fumar. A pesquisa analisa 1.246 estudantes com relação aos sintomas de dependência nicotínica e frequência com que fumavam durante 4 anos. Foi demonstrado que qualquer sintoma de dependência química está associado com o risco de fumar diariamente.

5.4 Complicações

As principais complicações decorrentes do tabagismo são doença pulmonar obstrutiva crônica (DPOC), câncer, doenças cardiovasculares, *diabetes mellitus*, declínio cognitivo, doenças oculares, infecções, entre outras. O tabagismo é o principal fator de risco para DPOC, associado diretamente ao aumento do risco desta infecção, como demonstrou um estudo prospectivo em 17.774 homens na idade entre 30-85 anos acompanhados por 22-31 anos (CHAN; MURIN, 2011).

O tabagismo é o maior fator de risco atribuível à população para a mortalidade por câncer em todo o mundo. Uma revisão sistemática sobre a atribuição dos fatores de risco à mortalidade por câncer demonstrou que de um total de 7.018.402 mortes anuais por câncer no mundo, 1.493.000 (21%) foram atribuídas ao cigarro, sendo que dieta pobre em frutas e vegetais foram responsáveis por 374.000 mortes por câncer, o que corresponde a 5% do total, juntamente com o álcool, também responsável por 5% das mortes (DANAIEI *et al.*, 2005).

O hábito de fumar esta ligado a vários tipos de cânceres, entre eles câncer de pulmão, esôfago, laringe, orofaringe, bexiga, fígado, cavidade oral, pâncreas, seios nasais, leucemia mieloide e rim. O câncer de colo retal não parece ter forte associação ao cigarro (DOLL *et al.*, 2005)

De acordo com Teo e seus colaboradores (2006), o tabagismo é associado com um risco aumentado de infarto agudo do miocárdio (IAM), a população fumante tem um risco maior do que a população não fumante, sendo que este risco aumenta em 5,6% para cada cigarro a mais fumado por dia. Todas as formas de exposição ao cigarro crescem o risco de IAM.

Lawlor *et al.*, (2008) demonstraram que o tabagismo está associado a um risco aumentado de doenças cardiovasculares mesmo em pacientes com colesterolemia controlada. Neste estudo 648.346 coreanos do sexo masculino entre 30 e 64 anos foram acompanhados por 10 anos, havia uma prevalência de 59% de tabagista, os quais possuíam um colesterol total médio de 189.5mg/dL. Diante deste quadro estes pacientes apresentaram doenças como infarto do miocárdio, hemorragia subaracnóide, AVE isquêmico e aneurisma de aorta.

Além de todas as doenças citadas anteriormente o uso crônico do cigarro demonstrou relação também com demência. Uma meta-análise realizada por Anstey *et al.*, (2007) mostrou 19 estudos de coorte que apresentam fumantes e não fumantes apresentaram um risco maior de Alzheimer, demência vascular ou qualquer outro tipo de demência. Este estudo ainda

mostrou que o risco para Alzheimer e déficit cognitivo também é maior entre os fumantes do que os ex-fumantes.

Por fim, alguns estudos mostraram que não é apenas o tabagismo ativo que causa danos à saúde, mas qualquer forma de exposição ao tabaco. O tabagismo passivo apesar de não estar associado ao aumento de morte por câncer de pulmão está associado ao risco elevado de doenças cerebrovasculares e respiratórias (HILL *et al.*, 2007).

5.5 Controle do tabagismo

Diante do exposto acima torna evidente que as ações para controle do tabagismo dependem da articulação de diferentes tipos de estratégias e de diferentes setores sociais, governamentais e não-governamentais. Portanto, é sob a ótica da promoção da saúde que, desde 1989, o INCA, órgão do Ministério da Saúde responsável pela Política Nacional de Controle do Câncer, coordena as ações nacionais do Programa Nacional de Controle do Tabagismo (PNCT), desenvolvidas em parceria com as secretarias estaduais e municipais de Saúde e de vários setores da sociedade civil organizada, sobretudo, das sociedades científicas e de conselhos profissionais da área da saúde (INCA, 2004).

O PNCT tem como objetivo geral reduzir a prevalência de fumantes e a conseqüente morbimortalidade relacionada ao consumo de derivados do tabaco no Brasil, e envolve dois grandes objetivos específicos: reduzir a iniciação do tabagismo, principalmente, entre jovens e aumentar a cessação de fumar entre os que se tornaram dependentes, e proteger todos dos riscos do tabagismo passivo (INCA, 2004).

As diretrizes do PNCT guiam suas estratégias de forma a atuar sobre determinantes sociais e econômicos que favorecem a expansão do consumo de tabaco e envolvem:

- Criação de um contexto social e político favorável à redução do consumo de tabaco;
- Equidade, integralidade e intersetorialidade nas ações;
- Construção de parcerias para enfrentamento das resistências ao controle do tabagismo;
- Redução da aceitação social do tabagismo;
- Redução dos estímulos para a iniciação;
- Redução do acesso aos produtos derivados do tabaco;
- Proteção contra os riscos do tabagismo passivo;
- Redução das barreiras sociais que dificultam a cessação de fumar;
- Aumento do acesso físico e econômico ao tratamento para cessação de fumar;

- Controle e monitoramento dos produtos de tabaco comercializados no país, desde seus conteúdos e emissões até as estratégias de marketing e promoção dos mesmos;
- Monitoramento e vigilância das tendências de consumo e dos seus efeitos sobre saúde, economia e meio ambiente (INCA, 2004).

Para alcançar os objetivos das diretrizes acima delineadas, o PNCT tem articulado três estratégias operacionais essenciais:

1. Descentralização das ações por meio das secretarias estaduais e municipais de Saúde, segundo a lógica do Sistema Único de Saúde (SUS);
2. Intersetorialidade das ações pela Comissão Nacional para Implementação da Convenção Quadro para Controle do Tabaco;
3. Construção de parceria com a sociedade civil organizada.

Por meio dessas estratégias essenciais tem sido possível articular, nacionalmente, três grupos de ações centrais: educativas; promoção e apoio à cessação de fumar e mobilização de medidas legislativas e econômicas para controle do tabaco (INCA, 2004).

6 PLANO DE AÇÃO

6.1 Identificação dos problemas

No presente estudo foi realizado um diagnóstico situacional no Programa de Saúde da Família (PSF) IV no município de Cristais-MG. Neste sentido, caracterizaram-se alguns problemas, para que a partir dos mesmos seja desenvolvido um plano de ação diante de um problema escolhido, promovendo assim qualidade no acolhimento e serviços prestados. Conforme Campos, Faria e Santos (2010) o desenvolvimento do diagnóstico situacional, a caracterização e priorização dos problemas, assim como a estruturação do plano de ação são passos fundamentais no processo de planejamento. E o comprometimento da equipe de saúde permite um êxito no plano de intervenção. Dessa maneira, encontramos os seguintes problemas de relevância que mereceram destaque:

- Doenças cardiovasculares;
- Hipertensão arterial;
- Diabetes;
- Depressão;
- Ansiedade;
- Alcoolismo;
- Tabagismo.

6.2 Priorização do problema

Quadro 5- Priorização dos problemas do PSF IV

Problemas	Importância	Urgência	Capacidade de enfrentamento da equipe	Seleção
Tabagismo	Alta	9	Parcial	1
Doenças cardiovasculares	Alta	9	Parcial	2
Hipertensão arterial	Alta	9	Parcial	2
Diabetes	Alta	8	Parcial	2
Depressão	Alta	9	Parcial	3

Ansiedade	Alta	8	Parcial	3
Alcoolismo	Alta	8	Parcial	4

Fonte: Autoria própria (2014).

Neste momento priorizou-se trabalhar com o tabagismo, pois é um grave problema de saúde pública sendo considerado a principal causa de morte evitável no mundo. Um terço da população adulta mundial é considerada fumante.

Diante a priorização do problema estabeleceu os objetivos do plano de ação:

- Diminuir o número de indivíduos tabagistas;
- Evitar internações por complicações do tabagismo;
- Diminuir comorbidades;

Em reunião com toda equipe do PSF do município de Cristais-MG envolvida na elaboração do diagnóstico situacional, foi priorizado os problemas e nós críticos, sendo assim ficou definido e consentido por todos a divisão de responsabilidades por operação e os prazos para a realização de cada produto, com o objetivo de fortalecer a adesão ao controle e tratamento do tabagismo.

6.3 “Nós críticos”

Os “nós críticos” do problema priorizado foram determinados e foram selecionados os citados abaixo:

- Ociosidade;
- Falta de campanhas educativas;
- Conscientização dos prejuízos do tabagismo;
- Alta prevalência de doenças psiquiátricas;
- Fator cultural;
- Etilismo.

6.4 Priorizando o “nó” crítico

A falta de campanhas educativas e, conseqüentemente, a ausência da conscientização dos prejuízos do tabagismo são os nós críticos eleitos pela equipe de saúde. Com isso, o objetivo foi educar e sensibilizar a comunidade sobre o assunto, estimulando os pacientes para a adesão ao controle do tabagismo.

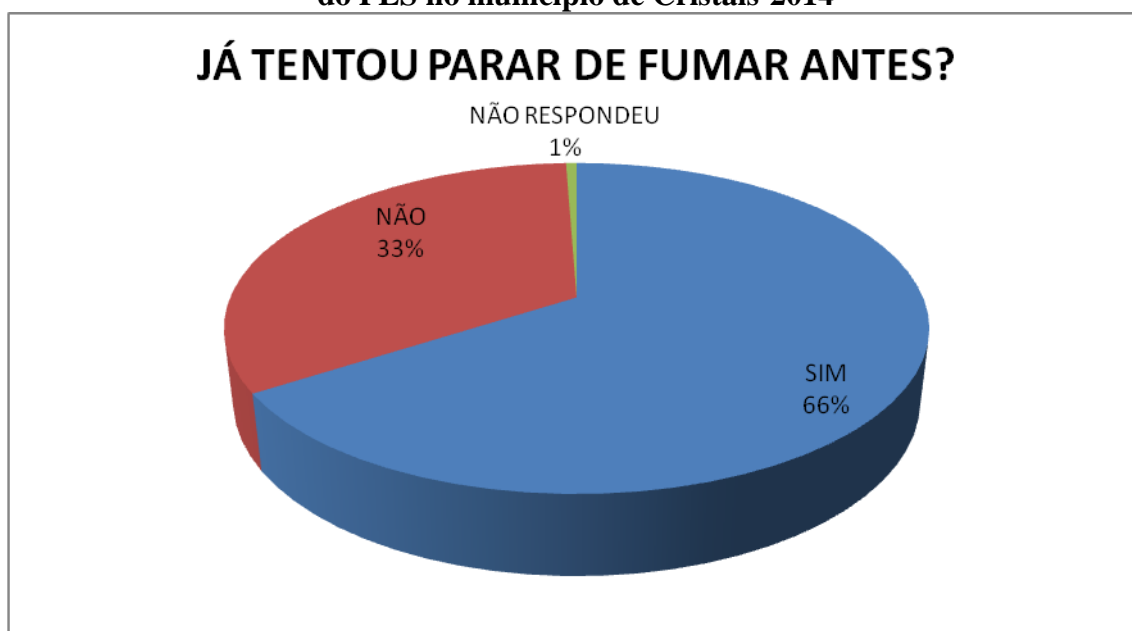
6.5 Como o problema foi identificado?

Por meio dos agentes de saúde foram realizadas abordagens básicas para a identificação do problema. Dessa maneira, cada agente de saúde responsável por sua área realizou uma busca ativa fazendo um questionário o qual foi capaz de identificar o tabagismo como um grande problema de saúde pública municipal.

6.6 Como controlar o problema

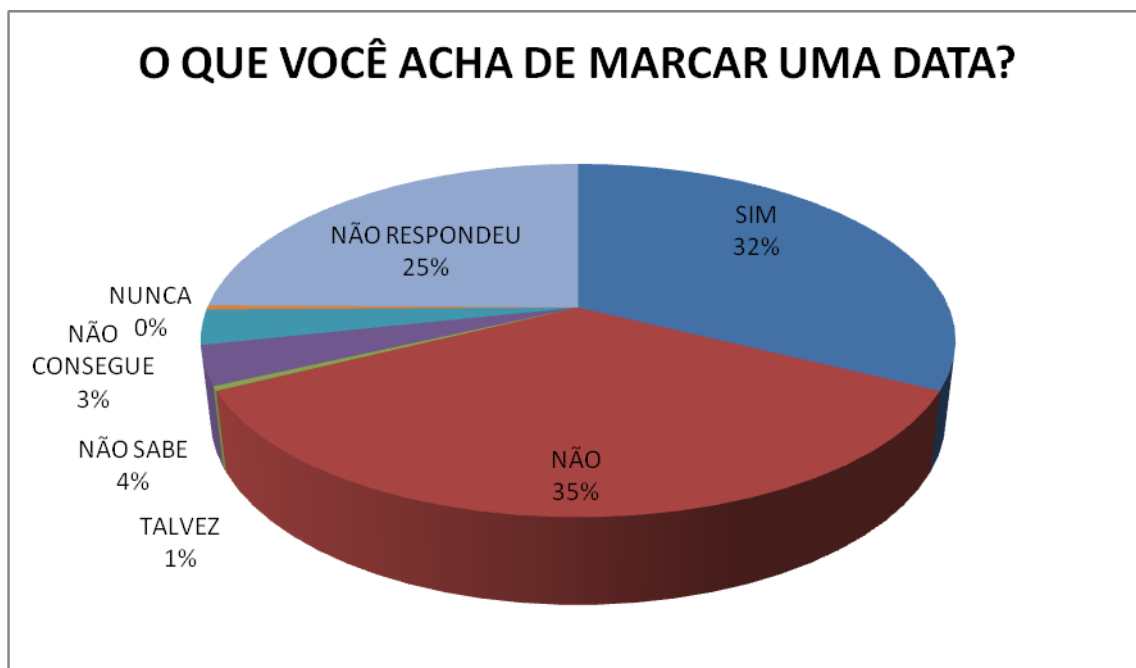
Um trabalho multidisciplinar foi desenvolvido, para que assim, os tabagistas tenham uma conscientização e uma adesão eficiente, assegurando com isso, uma diminuição dos pacientes tabagistas. De acordo com as entrevistas realizadas 66% dos tabagistas haviam tentado parar de fumar anteriormente (Gráfico 12), 35% dos tabagistas não quiseram marcar uma data para o início do tratamento (Gráfico 13). O Gráfico 14 apresenta as mudanças comportamentais quando os tabagistas tentaram parar de fumar, o nervosismo foi o sintoma mais expressivo demonstrado.

Gráfico 12- Porcentagem de tabagistas que tentaram parar de fumar antes da aplicação do PES no município de Cristais-2014



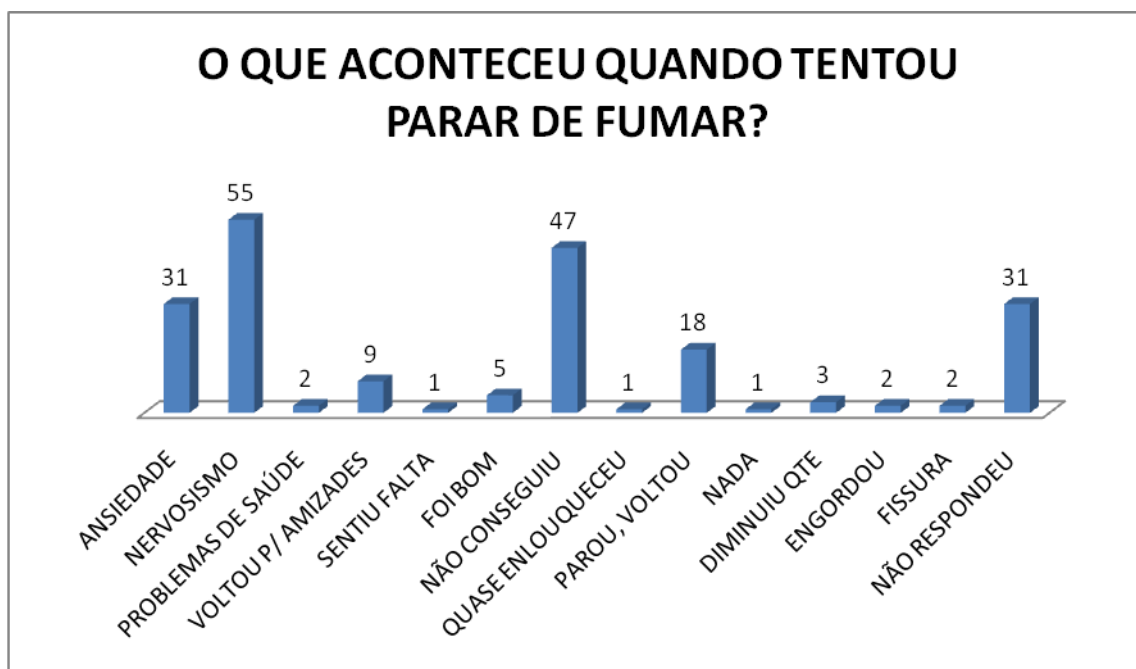
Fonte: Autoria própria (2014).

Gráfico 13- Porcentagem de tabagistas questionados em relação a marcar uma data para parar de fumar.



Fonte: Autoria própria (2014).

Gráfico 14- Mudanças comportamentais apresentadas pelos tabagistas quando tentaram parar de fumar



Fonte: Autoria própria (2014).

Estratégias para o enfrentamento do problema:

Dinâmicas de grupo: Foram realizadas abordagens básicas/mini/breves, feitas pelos agentes de saúde, enfermeiros e médico em consultas individuais em um tempo menor que 10 minutos. Os profissionais de saúde realizaram um breve aconselhamento aos fumantes para deixarem de fumar. Posteriormente foram realizadas abordagens intensivas, caracterizadas por aconselhamento oferecido em consultas ou reuniões em grupos de 12 a 15 pessoas, com duração de aproximadamente de 90 min. Essas reuniões foram feitas com o objetivo de monitorar os tabagistas e aconteceram em 4 sessões semanais estruturadas no 1º mês, 2 sessões quinzenais no 2º mês, 1 sessão mensal até completar 1 ano.

- **Terapia cognitivo e comportamental;**
- **Terapia medicamentosa;**
- **Palestras educativas:** Foram realizadas em espaços prioritários, como, pátio da unidade de saúde, escolas e praças. Buscou-se o apoio de lideranças locais para a convocação das pessoas e também os agentes de saúde que diariamente fazem visitas domiciliares

6.7 Elaboração do plano operativo

Quadro 6- Plano de ação para controle do tabagismo

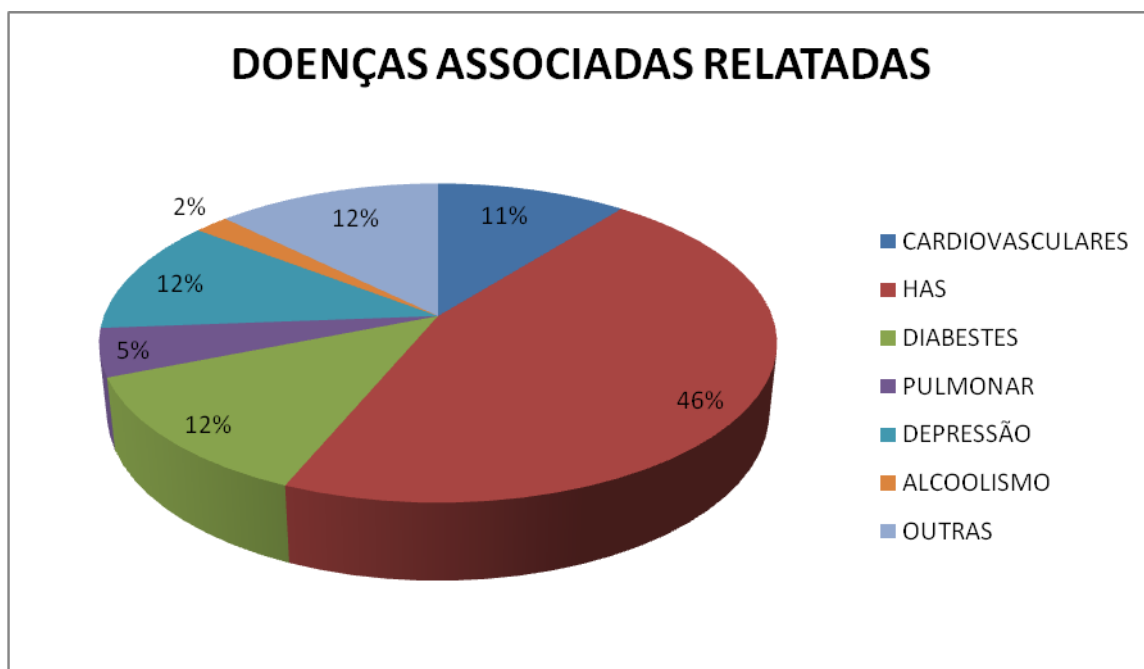
Operação/ Projeto	Resultados esperados	Produtos esperados	Ação estratégica	Responsável	Prazo
<p>Grupo de controle de tabagismo</p> <p>Visa conscientizar e tratar do tabagista</p>	<p>Diminuição da incidência de tabagismo, assim como o número de fumantes</p>	<p>Menos tabagistas.</p>	<p>Reunir grupos motivados a cessação do tabagismo.</p>	<p>Enfermeiro, 01 ACS, e médico.</p>	<p>01 ano para cada grupo</p>
<p>“Dia Nacional de combate ao fumo”</p> <p>Sensibilizar visando à adesão de tabagistas ao tratamento</p>	<p>Sensibilização de maior número possível de pacientes tabagistas na comunidade</p>	<p>Adesão ao grupo de controle do tabagismo</p>	<p>Não é necessário</p>	<p>Toda equipe do PSF</p>	<p>01 mês para divulgação e preparação e 01 dia para atividade</p>
<p>Ambiente livre do tabaco</p> <p>Reduzir o número de profissionais fumantes na área de saúde</p> <p>Reduzir o número de usuários fumantes</p>	<p>100% de adesão dos profissionais de saúde</p> <p>Redução e cessação dos usuários fumantes</p>	<p>Unidades de saúde livre de fumantes e comunidade consciente</p>	<p>Abordagem individualmente os profissionais de saúde da UBS.</p> <p>Criação de espaços restritos para o ato de fumar</p>	<p>Toda equipe do PSF</p>	<p>Até o início dos grupos</p>

Fonte: Autoria própria (2014).

6.8 Gestão do plano

Tão importante quanto definir o plano de ação, é definir como acompanhar essas ações. Os indicadores abaixo (Gráfico 15) foram selecionados para o acompanhamento das ações e dos resultados.

Gráfico 15- Indicadores dos Resultados



Fonte: Autoria própria (2014).

7 CONSIDERAÇÕES FINAIS

A técnica de análise situacional, identificação e priorização do problema para a elaboração do plano de ação favorecem uma adaptação frente a mudanças conjunturais. A análise e construção de viabilidade proposta pelo enfoque permitem a identificação de recursos críticos e dos atores potencialmente envolvidos no plano de ação, os quais não se restringem necessariamente a órgãos governamentais, ampliando-se o foco de intervenção.

O projeto de intervenção idealizado pelo INCA e proposto para ser implantado no PSF IV de Cristais/MG tem ações pontuais e contínuas na prevenção e tratamento do tabagismo.

Consideramos o PES como um enfoque capaz de proporcionar os instrumentos de análise dos problemas bem como ferramentas operacionais para o enfrentamento dos mesmos e destacamos as questões, a seguir:

- O dia mundial contra o tabaco foi de extrema importância para tornar de conhecimento público a necessidade do combate ao tabagismo;
- O ambiente livre de tabaco foi o primeiro passo para o início da campanha, fazendo com que a comunidade se conscientizasse com relação ao tabagista passivo;
- A abordagem individual e em grupo foram estratégias traçadas neste projeto que interviram na população adscrita, conscientizando, causando reflexão entre aqueles afetados diretamente e indiretamente pelo vício. Trata-se de doença de abordagem complexa, necessitando ser manejada de forma integral e por um ponto de vista biopsicosocial.

Com base neste trabalho conclui-se que investimentos em ações educativas e de prevenção à iniciação do tabagismo, mostram-se necessárias considerando ser uma condição de difícil tratamento e altas taxas de morbimortalidade.

REFERÊNCIAS

- ANSTEY, K.J. *et al.* Smoking as a risk factor for dementia and cognitive decline: a meta-analysis of prospective studies. **Am J Epidemiol.** 2007 Aug 15;166(4):367-78
- AMERICAN CANCER SOCIETY. **Luther Terry Awards Leadership on Tobacco Control.** Helsinki, 04 de agosto de 2003.
- BARBOSA, M. T. S.; CARLINI-COLTRIN, B.; SILVA FILHO, A. R. O uso de tabaco por estudantes de primeiro e segundo graus em dez capitais brasileiras: possíveis contribuições da estatística multivariada para compreensão do fenômeno. **Rev Saúde Pública** 1989; 23:401-9.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Instituto Nacional De Câncer. **Programa Nacional de Controle do Tabagismo e Outros Fatores de Risco de Câncer.** Modelo Lógico e Avaliação, 2003d.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Instituto Nacional de Câncer. Organização Pan-Americana da Saúde. **Tabaco e pobreza, um círculo vicioso – a convenção-quadro de controle do tabaco:uma resposta.** Brasília; 2004.
- BRASIL. Ministério da Saúde/INCA. Secretaria de Vigilância em Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Instituto Nacional do Câncer. Coordenação de Prevenção e Vigilância. **Inquérito domiciliar sobre comportamento de risco e morbidade referida de doenças e agravos não transmissíveis:** Brasil, 15 capitais e Distrito Federal, 2002-2003. Rio de Janeiro: INCA; 2004.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Departamento de Informática do Sistema Único de Saúde – DATASUS 2012.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Departamento de Informática do Sistema Único de Saúde – DATASUS 2014.
- CAMPOS, F. C.C.; FARIA, H. P.; SANTOS, M. A. **Planejamento e avaliação das ações em saúde.** 2ed. Belo Horizonte: Nescon UFMG, Coopmed; 2010.
- CENTERS FOR DISEASE CONTROL AND PREVENTION (CDC). Vital signs: current cigarette smoking among adults aged ≥ 18 years - United States, 2005-2010. 2011;60:1207-1212.
- CHAN, A., MURIN, S. Up in Smoke:The Fallacy of the Harmless Hookah. **Chest** v. 139 n. 4, p.764, 2011.
- CAVALCANTE, T. M. O controle do tabagismo no Brasil: avanços e desafios. Tobacco Control in Brazil: Advances and Challenges. **Revista de Psiquiatria Clínica.** 32 (5); 283-300, 2005.

DANAIEI, G., STEPHEN, S.V., LOPEZ, A. D., MURRAY, C. J. L., EZZATI, M. Causes of cancer in the world: comparative risk assessment of nine behavioural and environmental risk factors. **Lancet** 2005; 366: 1784–93.

DOLL, R., et al. Mortality in relation to smoking: 50 years' observations on male British doctors. **BMJ**. 2004;328:1519.

DOLL, R., PETO, R., BOREHAM, J., SUTHERLAND, I. Mortality from cancer in relation to smoking: 50 years observations on British doctors. **British Journal of Cancer** (2005) 92, 426–429

DOUBENI, C.A., REED, G., DIFRANZA, J. Early Course of Nicotine Dependence in Adolescent Smokers. **Pediatrics** v. 125, n. 6, 1127-1133 p. 2010

ELMÔR, M. R. D. Tabagismo sob a ótica da promoção da saúde: Reflexão do professor sobre sua prática. Tese (Doutorado em Serviços de Saúde Pública). Universidade de São Paulo, São Paulo, 2009. [Orientadora: Isabel Maria Teixeira Bicudo Pereira].

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

HILL, S.E., BLAKELY, T., KAWACHI, I., WOODWARD, A. Mortality among lifelong nonsmokers exposed to secondhand smoke at home: cohort data and sensitivity analyses. **Am J Epidemiol**. 2007 Mar 1;165(5):530-40

IBGE. Diretoria de Pesquisas. Coordenação de população e Indicadores Sociais. **Pesquisa Nacional de Saneamento Básico**, 2008.

IBGE. Diretoria de Pesquisas. Coordenação de população e Indicadores Sociais. **Pesquisa Nacional de Saneamento Básico**, 2014.

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

INCA. Instituto Nacional do Câncer, 2014. Disponível em: <http://www1.inca.gov.br/tabagismo/frameset.asp?item=dadosnum&link=mundo.htm>. Acesso em: 15/12/14.

LAWLOR, D.A., SONG, Y.M., SUNG, J., EBRAHIM, S., SMITH, G.D. The association of smoking and cardiovascular disease in a population with low cholesterol levels: a study of 648,346 men from the Korean national health system prospective cohort study. **Stroke**. 2008 Mar;39(3):760-7

LEONARDI-BEE, J., JERE, M.L., BRITTON, J. Exposure to parental and sibling smoking and the risk of smoking uptake in childhood and adolescence: a systematic review and meta-analysis. **Thorax**. 2011 Oct;66(10):847-55

LOVATO, C., WATTS, A., STEAD, L. F. Impact of tobacco advertising and promotion on increasing adolescent smoking behaviours. **Cochrane Database Syst Rev**. 2011

MALCON, M. C., MENEZES, A. M. B., CHATKIN, M. Prevalência e fatores de risco para tabagismo em adolescentes. **Revista Saúde Pública** 2003;37(1):1-7

MORAES, M. A. **Avaliação da implantação do programa de controle do tabagismo no Hospital Santa Cruz- São Paulo- Capital**. [tese doutorado] São Paulo: Faculdade de Saúde Pública, da USP; 2006.

MUST, E., EFROYMSON, D., TANUDYAYA, F. **Controle do tabaco e desenvolvimento. Manual para organizações não governamentais**. São Paulo: Rede tabaco Zero/ Guia Path. Canadá; 2004.

NG, M., et al. Smoking prevalence and cigarette consumption in 187 countries, 1980-2012. **JAMA**. 2014 Jan 8;311(2):183-92

OPAS. **1º Congresso Internacional de Prevenção de Tabagismo**. Belo Horizonte, Minas Gerais (2002).

PAHO. Pan American Health Organization. **Health in the Americas**, 2002.

ROSEMBERG, J. **Tabagismo: sério problema de saúde pública**. 2ed. São Paulo: Almed; 1987.

ROSEMBERG, J. **Pandemia do tabagismo - Enfoques Históricos e Atuais**. São Paulo-SES, 2002.

ROSEMBERG J. Secretaria da Saúde. Centro de Vigilância Epidemiológica. **Nicotina: droga universal**. São Paulo: 2003.

SIAB. Sistema de Informação de Atenção Básica. 2013/14.

SEGAT, F. M. *et al.* Fatores de risco associados ao tabagismo em adolescentes. **Adolesc Latinoam** 1998;1:163-9

TEO, K.K., et al.. Tobacco use and risk of myocardial infarction in 52 countries in the INTERHEART study: a case-control study. **Lancet**. 2006 Aug 19;368(9536):647-58

WORLD BANK. - Curbing the Epidemic. **Governments and the Economics of Tobacco Control**, 1999.

WHO. World Health Organization. World no-Tobacco Day. **Tobacco and proverty: a vicious circle**, 2004. Disponível em: <http://www.who.int/tobacco/en>

WHO. World Health Organization. **Confronting the Tobacco Epidemic in an Era of Trade Liberalization**. WHO/NMH/ TFI/01.4, 2001b.

WHO. World Health Organization. **Building blocks for tobacco control: a handbook.** Geneva: WHO, 2004.

WHO. World Health Organization. **Research for International Tobacco Control.** In: WHO report on the global tobacco epidemic. The M Power Package; 2008.