

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

**PAULO HENRIQUE TOLENTINO MOURA**

**TABAGISMO: OS DESAFIOS DE MANTER UM PROGRAMA DE  
CONTROLE DE TABAGISMO NA ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA  
ACÁCIAS NO MUNICÍPIO DE MONTES CLAROS - MINAS GERAIS**

**MONTES CLAROS - MINAS GERAIS**  
**2015**

**PAULO HENRIQUE TOLENTINO MOURA**

**TABAGISMO: OS DESAFIOS DE MANTER UM PROGRAMA DE  
CONTROLE DE TABAGISMO NA ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA  
ACÁCIAS NO MUNICÍPIO DE MONTES CLAROS-MINAS GERAIS**

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

Orientadora: Profa. Dra. Maria Rizioneide Negreiros de Araújo

**MONTES CLAROS - MINAS GERAIS  
2015**

**PAULO HENRIQUE TOLENTINO MOURA**

**TABAGISMO: OS DESAFIOS DE MANTER UM PROGRAMA DE  
CONTROLE DE TABAGISMO NA ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA  
ACÁCIAS NO MUNICÍPIO DE MONTES CLAROS-MINAS GERAIS**

Banca examinadora

Profa. Dra. Maria Rizioneide Negreiros de Araújo – orientadora

Profa. Dra. Matilde Meire Miranda Cadete

Aprovado em Belo Horizonte em: 06 de maio de 2015

## **DEDICO**

Aos meus pais, Lucilene e Lindomar, que foram meus primeiros professores. Verdadeiros doutores em minha vida e na minha formação.

## **AGRADECIMENTOS**

Agradeço aos meus professores da NESCON/UFMG por toda dedicação e cuidado. Seu auxílio e zelo foram cruciais não apenas para conclusão desta etapa, mas foram alicerces para esta vida acadêmica que apenas se inicia.

*“Por vezes sentimos que aquilo que fazemos não é senão uma gota de água no mar. Mas o mar seria menor se lhe faltasse uma gota”.*

*Madre Teresa de Calcutá*

## RESUMO

Montes Claros está localizada no Norte de Minas Gerais, onde é considerada cidade polo regional e da macrorregião de saúde. Neste município, a ESF Acácias foi pioneiro na implementação do Programa de Controle ao Tabagismo do município. Por dificuldades, entretanto, não houve prosseguimento das ações de combate ao tabaco. Considerando que o cigarro é reconhecido como a principal causa de morte prevenível no mundo, organizou-se um projeto de intervenção, eleito pela equipe da ESF, dentre outros problemas, com base nos critérios de prioridade de resolução, capacidade de enfrentamento e impacto na saúde dos usuários do território. Este trabalho objetivou elaborar um projeto de intervenção para resgatar o trabalho do grupo de combate ao tabagismo na ESF, já que se sabe que a taxa de abstinência nos indivíduos com auxílio médico e com terapia cognitivo-comportamental é consideravelmente superior àqueles que param de fumar sozinhos. A partir de então, realiza-se explicação sobre o tema, revisão bibliográfica, definição de nós críticos, plano de ação, desenho das operações, identificação de recursos críticos, análise da viabilidade, plano operativo e cronograma. A interrupção do grupo de antitabagismo, a partir de sistematizado planejamento em saúde, mostra-se como problema passível de resolução, com ações estratégicas em saúde.

**Descritores:** Tabaco. Abandono do Uso de Tabaco. Consumo de Tabaco.

## **ABSTRACT**

Montes Claros is located in the North of Minas Gerais, which is considered the city a regional center and the health macro-region. In this municipality, the ESF Acacias pioneered the implementation of the control program to the municipality Tobacco. By difficulties, however, there was no continuation of tobacco combat actions. Considering that smoking is recognized as the leading cause of preventable death in the world, we organized an intervention project, elected by the ESF team, among other problems, based on the resolution of priority criteria, coping skills and health impact users of the territory. This research aimed to develop an intervention project to rescue the work of the battle group to smoking in the ESF, since it is known that the abstinence rate in individuals with medical attention and cognitive-behavioral therapy is considerably higher than those who stop smoking alone . Since then, we make explanation on the topic, literature review, definition of critical nodes, action plan, design of operations, identification of critical resources, feasibility analysis, operational plan and schedule. Discontinuation of anti-smoking group, from systematic health planning, it is shown as a problem that could be resolved with strategic actions in health.

**Keywords:** Tobacco. Tobacco Use Cessation. Tobacco Use.



## SUMÁRIO

<b>1 INTRODUÇÃO</b>	<b>9</b>
<b>2 JUSTIFICATIVA</b>	<b>16</b>
<b>3 OBJETIVO</b>	<b>18</b>
<b>4 METODOLOGIA</b>	<b>19</b>
<b>5 REVISÃO BIBLIOGRÁFICA</b>	<b>20</b>
<b>6 PROJETO DE INTERVENÇÃO</b>	<b>28</b>
<b>7 CONSIDERAÇÕES FINAIS</b>	<b>38</b>
<b>REFERÊNCIAS</b>	<b>39</b>

## 1 INTRODUÇÃO

O município de Montes Claros está localizado no Norte de Minas Gerais, e é considerada cidade polo regional. Dista cerca de 420 km da capital do Estado, Belo Horizonte. O gentílico da cidade é chamado de Montesclarenses.

O norte de Minas Gerais começou a ser povoado através da Expedição Espinosa, em que bandeirantes partindo de São Paulo à procura de riquezas fundaram as Fazendas Montes Claros, Jaíba e Olhos D'Água em 1707. Na Fazenda Montes Claros formou-se o povoado de Arraial das Formigas, em 1768, onde a seguir surgiu o Centro Comercial de Gado do Norte de Minas. A partir do crescente comércio agropecuário local e da passagem e fixação de viajantes com destino a Espinosa e a Bahia, o Arraial começou a crescer e prosperar, vindo a partir de Arraial de Formigas, depois Arraial de Nossa Senhora da Conceição e São José de Formigas, Vila de Montes Claros de Formigas e cidade de Montes Claros (IBGE, 2010).

Montes Claros hoje apresenta uma população estimada de 390.212 habitantes, em uma área total de 3.568,941 km<sup>2</sup>. A Densidade habitacional total é de 101,41 hab/km<sup>2</sup>. O Índice de Desenvolvimento Humano Municipal é de 0,770. A população alfabetizada é de 311.869 pessoas. A população reside principalmente na área urbana do município (38,7 km<sup>2</sup>), com alta densidade demográfica. Residem na zona urbana 95.566 famílias. O valor do rendimento nominal mediano mensal per capita dos domicílios particulares permanentes – Urbana é de 450 reais. O município conta com uma área rural extensa, de 3543,334 km<sup>2</sup>, mas com uma densidade demográfica consideravelmente menor em relação a área urbana. Residem na zona rural do município 4.746 famílias. O valor do rendimento nominal mediano mensal *per capita* dos domicílios particulares permanentes - Rural é de 255 reais (IBGE, 2014).

Os dados da tabela 1 apresentam o quantitativo de famílias moradoras em Montes Claros e os da Tabela 2 dados relativos ao número de domicílios, no ano de 2010.

Tabela 1 – Número de famílias existentes no município de Montes Claros, segundo informações do IBGE, 2010.

Zona	Famílias
Urbana	95.567
Rural	4.746
Total	100.312

(IBGE, 2010).

Tabela 2 – Número de domicílios particulares permanentes existentes no município de Montes Claros, segundo informações do IBGE, 2010.

Zona	Domicílios particulares permanentes
Urbana	98.540
Rural	5.473
Total	104.013

(IBGE, 2010).

Quanto ao rendimento das famílias, eles encontram-se descritos na Tabela 3.

Tabela 3 - Rendimento nominal mediano das famílias residentes no município de Montes Claros, segundo informações do IBGE, 2010.

Área	Mensal/ familiar	Per capita
Urbana	931,59 reais	255 reais
Rural	2.331,39 reais	450 reais

(IBGE, 2010).

Percebe-se que o rendimento mensal dos moradores da região urbana é significativamente maior do que os da rural, chegando, inclusive, ser três vezes maior.

Quanto à população, o Quadro 1 apresenta o quantitativo relacionado ao sexo e faixa etária.

Quadro 1 – População do município de Montes Claros por faixa etária e sexo, 2010.

<b>Faixa Etária</b>	<b>Masculino</b>	<b>Feminino</b>	<b>Total</b>
Menor que 1 ano	2.598	2.572	5.170
1 ano	2.541	2.427	4.968
2 anos	2.542	2.532	5.074
3 anos	2.753	2.570	5.323
4 anos	2.630	2.588	5.218
5 anos	2.627	2.637	5.264
6 anos	2.728	2.625	5.353
7 anos	2.799	2.704	5.503
8 anos	2.823	2.708	5.531
9 anos	2.980	3.006	5.986
10 anos	3.244	3.142	6.386
11 anos	3.140	3.098	6.238
12 anos	3.112	3.121	6.233
13 anos	3.134	3.174	6.308
14 anos	3.224	3.164	6.388
15 anos	3.362	3.295	6.657
16 anos	3.224	3.285	6.509
17 anos	3.299	3.454	6.753
18 anos	3.356	3.617	6.973
19 anos	3.556	3.695	7.251
20 a 24 anos	17.947	19.331	37.278
25 a 29 anos	17.160	18.345	35.505
30 a 34 anos	15.173	16.435	31.608
35 a 39 anos	12.884	14.056	26.940
40 a 44 anos	11.585	12.826	24.411
45 a 49 anos	10.168	11.424	21.592
50 a 54 anos	8.634	9.589	18.223
55 a 59 anos	6.596	7.647	14.243
60 a 64 anos	5.098	5.958	11.056
65 a 69 anos	3.628	4.375	8.003
70 a 74 anos	2.602	3.382	5.984
75 a 79 anos	1.601	2.238	3.839
80 anos e mais	1.501	2.646	4.147
<b>Total</b>	<b>174.249</b>	<b>187.666</b>	<b>361.915</b>

Fonte: Censos Demográficos e Contagem Populacional MS/SE/Datasus, 2010.

## **1.1 Sistema de saúde municipal**

O município faz parte da Macrorregião em Saúde do Norte de Minas e da microrregião de saúde de Montes Claros, e conta com 116 estabelecimentos de saúde do Sistema Único de Saúde (SUS) (IBGE, 2010).

Além disso, existem os ambulatórios de especialidades médicas, como o Centro de Especialidades Tancredo Neves (CAETAN), Centro de Especialidades Médicas (CEMED) das Faculdades FUNORTE, Núcleo de Atenção à Saúde Pitágoras (NASP) das Faculdades Pitágoras, além de Policlínicas Municipais, para onde os pacientes recebem atendimento na atenção secundária, além de inúmeras clínicas e consultórios particulares. Na atenção terciária o município conta com os hospitais Santa Casa de Misericórdia de Montes Claros, referência em procedimentos complexos para a região e com atendimentos SUS e particulares, Hospital Universitário Clemente de Farias, da Universidade Estadual de Montes Claros (SUS), Hospital das Clínicas das Faculdades Funorte (SUS), Hospital Prontocor, referência em cardiologia e com atendimentos SUS e particular, Hospital Aroldo Tourinho, com atendimentos SUS e particular, e Hospital Municipal Alpheu de Quadros, Hospital de menor complexidade que funciona como Pronto Atendimento (PA/SUS) no município. O município conta com três maternidades, amigas da criança e 8 Unidades de Terapia Intensiva.

## **1.2 Atenção primária à saúde**

A prefeitura de Montes Claros conta com 59 equipes de Estratégia Saúde da Família (ESF), 14 equipes de Agentes Comunitários de Saúde (EACS), 13 Centros de Saúde, duas Policlínicas, dois Centros de Apoio Psicossocial (CAPS), um Centro de Controle de Zoonoses (CCZ), um Centro de Referência em Doenças Infecciosas, um Centro de Oftalmologia Social (COS), um Centro de Referência em Saúde dos Trabalhadores (CEREST), 24 Consultórios Odontológicos em Escolas, 15 Consultórios Odontológicos em Centros de Saúde, 45 Consultórios Odontológicos em ESF e duas Farmácias Populares (PREFEITURA DE MONTES CLAROS, 2011).

### **1.3 Território sob responsabilidade da Equipe de Saúde da família (ESF) Acácias**

As equipes de ESF geralmente são compostas por médico, enfermeiro, dentista, agentes comunitários de saúde, técnico de enfermagem, técnico de higiene dental e zelador. As ESF contam com apoio dos Núcleos de Apoio a Saúde da Família (NASF) de cada região, sendo oferecido aos referenciados ginecologista, pediatra, fisioterapeuta, psicólogo, nutricionista, farmacêutico e educador físico. A Unidade de Atenção Primária à Saúde Acácias é responsável por uma média de 3.000 pessoas que residem no bairro Acácias e São Bento, de Montes Claros, tendo em seu território o Condomínio Nova Morada. A área é dividida em seis microáreas, cada uma de responsabilidade de um agente comunitário de saúde. Cada agente comunitário de saúde é responsável por uma média de 130 famílias.

O bairro Acácias é uma região de grande potencial de crescimento, apresentando vasta área, lotes vagos, loteamentos e um condomínio fechado com muitas casas prontas aguardando moradores e um novo condomínio fechado em construção. A maioria das casas é do programa Minha Casa Minha Vida, do governo federal, habitadas principalmente por indivíduos recém-casados, que permanecem muito tempo no serviço e pouco tempo nas moradias. Geralmente as moradias apresentam infraestrutura básica como, água tratada encanada, esgotamento sanitário, luz e ruas asfaltadas. A região do bairro São Bento apresenta uma população mais carente e com maior quantidade de moradores por habitação, geralmente com ruas não asfaltadas e com problemas estruturais envolvendo esgotamento sanitário e iluminação.

O condomínio Nova Morada é parte importante do território do ESF, abrigando a metade das famílias do ESF. O condomínio conta com áreas verdes, áreas de lazer e espaço comunitários em que são realizados grupos em saúde para aquela população.

Na comunidade se destaca o Clube do SEST SENAT, que oferece cursos profissionalizantes, atividades de odontologia e atividade física e de lazer, com

quadras, piscinas, brinquedos e creche. O clube é muito utilizado pela comunidade por apresentar várias atividades gratuitas e as outras com valores simbólicos.

A unidade de saúde localiza-se em outro bairro, no Independência, dificultando o acesso à população dos bairros Acácias e São Bento, que ali também são atendidos. Por este motivo as visitas domiciliares realizadas pelos profissionais são mais frequentes, assim como os grupos de educação em saúde, realizados muitas vezes em espaços comunitários, mais próximos da população.

A equipe conta com um médico do Programa Mais Médico para o Brasil, um enfermeiro, uma técnica de enfermagem e seis Agentes Comunitários de saúde (ACS). Todos os profissionais da equipe trabalham 40 horas semanais. A equipe é nova e não conta com cirurgião dentista.

A área física do ESF é compartilhada com outra equipe (Acácias e Independência II), com apenas três consultórios para as duas equipes, uma farmácia pequena, uma sala pequena de curativos e medicações, uma pequena farmácia, dois banheiros e uma copa. Não há área de reunião ou para grupos, sendo utilizada a área externa, onde aguardam os pacientes para as consultas. Os consultórios são muito limitados, devendo os profissionais das duas equipes fazer rodízio para os atendimentos e ajustes na semana padrão.

Apesar das dificuldades enfrentadas, o ESF Acácias foi ESF pioneira na implementação do Programa de Controle ao Tabagismo do município, com base no incentivo oferecido pelo Ministério da Saúde e pelo empenho dos profissionais da saúde da unidade.

Entretanto, por dificuldades estruturais iniciais, na disponibilização das medicações acordadas pela prefeitura na fase de implantação do Programa e por falta de estímulo à equipe para prosseguir com o Grupo de Combate ao Tabagismo, não houve prosseguimento das ações de combate ao tabaco depois de findado o primeiro grupo.

Quando da realização do diagnóstico situacional muitos problemas de saúde foram identificados, mas pela experiência já vivenciada, a equipe considerou pertinente resgatar o trabalho do grupo de combate ao tabagismo. Por este motivo, optei pela realização do projeto de intervenção com a finalidade de resgatar o trabalho com o grupo de combate ao tabagismo.



## 2 JUSTIFICATIVA

O Ministério da Saúde do Brasil implantou o Programa Nacional de Controle do Tabagismo, com o objetivo de incentivar a cessação do tabagismo no âmbito do Sistema Único de saúde (SUS). O Programa Nacional de Controle do Tabagismo coordenado pelo Instituto Nacional do Câncer (INCA), vinculado ao Ministério da Saúde, vem desde 2004 disponibilizando os adesivos, gomas, pastilhas e a bupropiona nas unidades de saúde junto com manuais com orientações para as pessoas deixarem de fumar (SOCIEDADE BRASILEIRA DE PNEUMOLOGIA E TISIOLOGIA, 2010).

Sabe-se que o tratamento para cessação do tabagismo é complexo e pode ser individual ou envolver uma atenção multidisciplinar, com aconselhamentos, psicoterapia, cuidados em enfermagem, fonoaudiologia, terapia ocupacional, educação física, terapia médica, terapia medicamentosa, terapia de reposição de nicotina, incentivo pessoal e em grupos e troca de experiências entre os participantes em grupos antitabaco.

É consenso dizer que quanto maior a atenção dada ao combate ao cigarro, maior a possibilidade de combate ao tabagismo. Por este motivo, o Ministério da Saúde incentiva a implementação de programas de combate ao tabagismo na atenção primária a saúde, como forma efetiva de prevenção de doenças relacionadas direta ou indiretamente ao tabaco e a promoção de saúde (BRASIL, 2013). O município de Montes Claros estruturou o Programa de Controle ao Tabagismo, atualmente fornecendo as medicações necessárias regularmente e com disponibilidade de apoio multiprofissional nos NASF, quando solicitado. Além disso, o município tem estimulado as equipes para a criação de novos grupos de combate ao cigarro.

Estudo realizado pela Universidade Federal do Rio de Janeiro, intitulado Estudo de Custo-Efetividade de Intervenções para Tratamento do Tabagismo no Brasil, comparou a taxa de abstinência em indivíduos que receberam apoio médico (tratamento farmacológico quando necessário) e cognitivo-comportamental com indivíduos que se abstiveram de forma individual. Sabe-se que a taxa de abstinência após um ano da cessação do cigarro, sem ajuda médica, foi de 3 a 5%, enquanto

que essa taxa de abstinência após um ano foi de 35% naqueles com auxílio médico e cognitivo-comportamental (UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO DE JANEIRO, 2008).

Desta maneira, faz-se necessário a reimplantação do Programa de Controle ao Tabagismo na ESF Acácias, garantindo aos usuários do SUS, da população adscrita do território, prevenção de doenças e promoção de saúde.

### **3 OBJETIVOS**

#### **3.1 Geral**

Elaborar um projeto de intervenção para resgatar o trabalho do grupo de combate ao tabagismo na ESF Acácias, do município de Montes Claros.

#### **3.2 Específicos**

Reduzir o tabagismo passivo nas famílias cadastradas no território na ESF Acácias do município de Montes Claros.

Recrutar de novos fumantes entre jovens e adolescentes residentes no território da ESF Acácias do Município de Montes Claros, Minas Gerais.

Diminuir a taxa de recaídas em indivíduos após a cessação do tabagismo na ESF Acácias do Município de Montes Claros, Minas Gerais.

## 4 METODOLOGIA

Este projeto de intervenção foi planejado conforme a demanda da Unidade de Saúde da Família do ESF Acácias, no município de Montes Claros, Minas Gerais.

Para elaboração deste Projeto de Intervenção utilizou-se o método do Planejamento Estratégico Situacional, por meio do qual, após processados os problemas identificados no diagnóstico situacional da área de abrangência da equipe avaliada, foi selecionado um problema relevante para a elaboração de um plano de ação.

A Estimativa Rápida foi utilizada como método inicial para a identificação dos problemas na unidade avaliada. Foram utilizados como informantes-chave os oito profissionais de saúde do ESF Acácias (médico, enfermeiro e seis agentes comunitários de saúde).

Para justificar o problema no contexto social, foi realizada uma revisão bibliográfica com busca na Biblioteca Virtual em Saúde para identificar as evidências já existentes sobre o objeto deste estudo.

A pesquisa bibliográfica se deu por meio dos seguintes descritores:

Tabaco

Consumo de tabaco

Abandono do uso de tabaco

## 5 REVISÃO BIBLIOGRAFICA

O tabagismo hoje é considerado como uma pandemia. As doenças em sua consequência afligem todo o mundo e são objeto de constante preocupação da Organização Mundial de Saúde. “Morrem no mundo, cinco milhões de pessoas, por ano, em consequência das doenças provocadas pelo tabaco, o que corresponde a aproximadamente seis mortes a cada segundo” (ARAUJO *et al.*, 2004, p. 3).

O cigarro apresenta mais de 4.700 substâncias químicas, sendo pelo menos 43 cancerígenas (INSTITUTO BRASILEIRO DE CONTROLE DO CÂNCER, 2014).

“O tabagismo é, isoladamente, a principal causa de câncer no mundo” (WUNSCH FILHO *et al.*, 2010, p. 181). Está relacionado a mais de 20 tipos diferentes de câncer, destacando-se os de pulmão, de cavidade oral e de esôfago. O tabagismo passivo também é um problema de saúde pública. Aqueles expostos à fumaça, geralmente nos domicílios e nos locais de trabalho, apresentam um maior risco de doenças. “Mesmo os não fumantes expostos à fumaça do tabaco nos ambientes que vivenciam no dia a dia estão sob maior risco de desenvolverem câncer.” (WUNSCH FILHO *et al.*, 2010, p. 176).

Estimativas apontam para cerca de 1,3 bilhão de pessoas fumando no mundo. Dentro desta estimativa, 1 bilhão são de homens e 300 milhões são de mulheres. Estes dados apontam a clara predominância de tabagistas entre indivíduos do gênero masculino e sugere um maior número de doenças esperadas relacionadas ao tabagismo em indivíduos do gênero masculino (ARAUJO *et al.*, 2004).

Além dos dados sobre o tabagismo atualmente, foi estimado os resultados catastróficos que o cigarro pode trazer à população mundial. “Estima-se que no ano de 2025, ocorrerão 10 milhões de mortes decorrentes do uso do tabaco, se não houver mudança nas prevalências atuais de tabagismo.” (ARAUJO *et al.*, 2004, p. 3) A previsão de mortes da Organização Mundial de Saúde para o século XXI ultrapassa um bilhão de mortes no mundo envolvendo o cigarro, sendo considerada a principal causa de morte prevenível no mundo – “*Smoking is considered the principal preventable cause of death worldwide*” (TANNI, 2010, p. 219).

No Brasil, a prevalência de tabagismo estimada é de 14,8% da população de adultos acima de 18 anos, e de 17,2% naqueles de 15 anos ou mais (BRASIL, 2013).

Em estimativas sobre o faturamento da indústria do cigarro, sabe-se que esta movimentava cerca de 5,3 bilhões de dólares por ano apenas no Brasil, “produzindo receita fiscal de cerca de US\$ 3,8 bilhões, gerando faturamento e empregos, que não compensam os prejuízos causados à saúde dos fumantes e dos gastos com a assistência às suas vítimas” (ALBANESI FILHO, 2004, p. 407).

Considerando os efeitos nocivos do cigarro à população, e os prejuízos com gastos evitáveis em saúde que superam a receita fiscal do tabaco, surgiram leis federais criadas desde 1986 desestimulando o tabagismo e estimulando o combate ao fumo. A Lei Federal Nº 7.488/86 criou o “Dia Nacional de Combate ao Fumo”, e a Constituição de 1988 determinou restrições legais para as propagandas de tabaco. Posteriormente foram publicadas também portarias do Ministério da Saúde com advertências sobre o uso do cigarro, determinações sobre rótulos e embalagens do produto, e leis com proibição do uso do tabaco em locais públicos fechados. (ALBANESI FILHO, 2004).

Destaca-se atualmente a portaria 571 do Ministério da Saúde do Brasil, de 5 de abril de 2013, que garante o tratamento e cuidado com o tabagista no âmbito do SUS, em todos os pontos de atenção, devendo ser prioritárias na atenção básica. (BRASIL, 2013).

Todos os fumantes devem ser estimulados a parar de fumar. É reconhecido o papel dos médicos, enfermeiros e outros profissionais da saúde neste processo. Os tabagistas que desejam cessar com o uso do tabaco que procuram avaliação clínica, devem ter realizada avaliação complexa de história tabagística, grau de dependência, grau de motivação em parar de fumar, sintomas que possam existir, investigação de comorbidades, medicações em uso, alergias, investigação de situações que demandam cautela, antecedentes familiares, exame físico completo e exames complementares. Na Diretriz para cessação do tabagismo, da Sociedade

Brasileira de Pneumologia e Tisiologia, são apontados os passos desta avaliação preliminar dos pacientes (REICHERT, 2008).

## Quadro 2 – Avaliação clínica do fumante

<ul style="list-style-type: none"> <li>• <b>História tabagística</b> Idade de início, número de cigarros fumados por dia, tentativas de cessação, tratamentos anteriores com ou sem sucesso, recaídas e prováveis causas, sintomas de abstinência, exposição passiva ao fumo, formas de convivência com outros fumantes (casa/trabalho) e fatores associados (café após as refeições, telefonar, consumo de bebida alcoólica, ansiedade e outros).</li> <li>• <b>Grau de dependência</b> Teste de Fagerström para dependência à nicotina.</li> <li>• <b>Grau de motivação</b> Estágio motivacional (Modelo transteórico comportamental de Prochaska e DiClemente). Atividade física habitual e oscilações do peso corporal.</li> <li>• <b>Sintomas</b> Tosse, expectoração, chiado, dispnéia, dor torácica, palpitações, claudicação intermitente, tontura e desmaios.</li> <li>• <b>Investigação de co-morbidades</b> Doenças prévias ou atuais que possam interferir no curso ou no manejo do tratamento: lesões orais, úlcera péptica, hipertensão arterial sistêmica, diabetes mellitus, cardiopatias, transtornos psiquiátricos (depressão, ansiedade, pânico, anorexia nervosa, bulimia, etc.), uso de álcool e/ou outras drogas, pneumopatias, epilepsia, AVE, dermatopatias, câncer, nefropatias, hepatopatias, história de convulsão, entre outras.</li> <li>• <b>Medicamentos em uso</b> Levantamento dos medicamentos que possam interferir no manejo do tratamento, como antidepressivos, inibidores da MAO, carbamazepina, cimetidina, barbitúricos, fenitoína, antipsicóticos, teofilina, corticosteróides sistêmicos, pseudo-efedrina, hipoglicemiante oral e insulina, entre outros.</li> <li>• <b>Alergias</b> De qualquer etiologia, como cutâneas, respiratórias e medicamentosas.</li> <li>• <b>Situações que demandam cautela</b> Principalmente as relacionadas ao uso de apoio medicamentoso, por exemplo, gravidez, amamentação, IAM ou AVE recente, arritmias graves, uso de psicotrópicos e outras situações. Recomenda-se cautela também com os adolescentes e idosos.</li> <li>• <b>Antecedentes familiares</b> Avaliar problemas de saúde familiares, principalmente se relacionados ao tabagismo, em especial a existência de outros fumantes que convivam com o paciente.</li> <li>• <b>Exame físico</b> Sempre completo, buscando sinais que possam indicar existência de doenças atuais ou limitações ao tratamento medicamentoso a ser proposto.</li> <li>• <b>Exames complementares</b> Rotina básica: radiografia de tórax, espirometria pré e pós broncodilatador, eletrocardiograma, hemograma completo, bioquímica sérica e urinária. Medidas do COex e da cotinina (urinária, sérica ou salivar) são úteis na avaliação e no seguimento do fumante e devem ser utilizadas, quando disponíveis.</li> </ul>
---

AVE: acidente vascular encefálico; MAO: monoaminoxidase; IAM: infarto agudo do miocárdio; COex: monóxido de carbono no ar expirado.

Reichert, (2008, p. 847)

O Teste de Fagerström é o método mais comumente utilizado para avaliar o grau de dependência a nicotina. Em meta-análise do Jornal Brasileiro de Pneumologia que avaliou as propriedades psicométricas do Teste de Fagerström para Dependência de

Nicotina (FTND): “O FTND é confiável para a avaliação de fumantes em diferentes populações [...]” (MENESES-GAYA, 2009, p. 80).

O Teste de Fagerström também é trazido na Diretriz para cessação do tabagismo como item necessário na avaliação inicial dos tabagistas, classificando a dependência a nicotina como muito baixa, baixa, média, elevada ou muito elevada (REICHERT, 2008).

Quadro 3 – Teste de Fagerström para a dependência à nicotina

<p><b>1. Quanto tempo após acordar você fuma seu primeiro cigarro?</b>  <b>(3) nos primeiros 5 minutos</b>  <b>(2) de 6 a 30 minutos</b>  <b>(1) de 31 a 60 minutos</b>  <b>(0) mais de 60 minutos</b></p> <p><b>2. Você acha difícil não fumar em lugares proibidos?</b>  <b>(1) sim</b>  <b>(0) não</b></p> <p><b>3. Qual o cigarro do dia que traz mais satisfação?</b>  <b>(1) o 1° da manhã</b>  <b>(0) os outros</b></p> <p><b>4. Quantos cigarros você fuma por dia?</b>  <b>(0) menos de 10</b>  <b>(1) 11-20</b>  <b>(2) 21-30</b>  <b>(3) mais de 31</b></p> <p><b>5. Você fuma mais freqüentemente pela manhã?</b>  <b>(1) sim</b>  <b>(0) não</b></p> <p><b>6. Você fuma mesmo doente, quando precisa ficar acamado a maior parte do tempo?</b>  <b>(1) sim</b>  <b>(0) não</b></p>
---

**Total: 0-2 = muito baixa; 3-4 = baixa; 5 = média; 6-7 = elevada; 8-10 = muito elevada**

Reichert, (2008, p. 848)

As intervenções a serem realizadas a seguir são apontadas também na Diretriz para cessação do tabagismo. Reconhece-se a importância das intervenções



motivacionais, principalmente através da terapia cognitiva comportamental. (REICHERT, 2008)

Quadro 4 – Estratégias efetivas para pacientes preparados para deixar de fumar

Terapias psicossociais	Construção de estratégias	Exemplos
Desenvolver habilidades para a resolução dos problemas	Identificar o risco de recaída	Reconhecer estresse, sentimentos negativos, companhia de fumantes, álcool, angústia, ansiedade, tristeza, depressão.
	Desenvolver estratégias substitutivas	Aprender estratégias: <ul style="list-style-type: none"> <li>• reduzir humor negativo (relaxar, banhar-se, fazer algo prazeroso, ouvir música, ler, exercícios);</li> <li>• controlar urgência por fumar (caminhar, distrair-se, tomar água, sucos, escovar dentes, mascar chiclete).</li> </ul>
Apoio da equipe de saúde	Informar sobre a dependência	Saber reconhecer a abstinência (sintomas, duração); conhecer a natureza aditiva da nicotina (uma tragada pode gerar recaída); saber que a fissura cede em pouco tempo (três minutos); aprender estratégias substitutivas para atravessar os momentos difíceis.
	Encorajar a tentativa de abandono	Existe um tratamento eficaz para deixar de fumar. Metade das pessoas é capaz de parar com ajuda. Transmitir confiança: capacidade de alcançar o êxito.
	Cuidar/responder às dúvidas e aos temores	Indagar sobre o sentimento de parar, oferecendo apoio, sempre aberto a inquietações, temores e ambivalência.
Apoio social a familiares e amigos	Favorecer o plano de abandono	Trabalhar motivos para o abandono, dúvidas e preocupações ao deixar de fumar, resultados obtidos e dificuldades.
	Solicitar suporte social e familiar	Orientar sobre contenção familiar e social, informar dia "D" aos familiares e amigos que escolher; estimular ambiente livre de tabaco em casa e no trabalho e pedir cooperação.
	Facilitar o desenvolvimento das habilidades	Identificar pessoas que apoiem a recuperação (pedir apoio, não fumar em sua presença, não oferecer cigarros, observar mudanças transitórias de humor).
	Estimular o suporte a outros fumantes	Estimular outros fumantes a pararem.

Reichert (2008, p. 852)

A terapia medicamentosa ou farmacoterapia também tem seu papel neste tratamento. Alguns casos necessitam de apoio medicamentoso, conforme indicação clínica, grau de dependência, avaliação de benefícios, efeitos colaterais e contraindicações para cada caso. As medicações bupropiona e vareniclina são consideradas de primeira linha para este fim. Há disponibilidade também da terapia de reposição de nicotina, já que esta substância é a principal responsável pela dependência ao cigarro. Os adesivos transdérmicos, a goma, o inalador, o spray nasal e ou as pastilhas podem ser usadas para este fim. Este tratamento de

reposição de nicotina pode ser responsável pelo dobro do sucesso terapêutico (REICHERT, 2008; INCA, 2012).

No quadro 5 são apontadas as características e recomendações para a terapia de reposição de nicotina.

Quadro 5 – Terapia de reposição de nicotina: características e recomendações

Classificação	Nicotínico, 1ª. Linha no tratamento do tabagismo. Aprovada pelo FDA. Nível de evidência A.
Mecanismo de ação	• Age preenchendo os receptores nicotínicos situados no sistema nervoso central.
Absorção	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Adesivo: absorção lenta e contínua através da pele durante 24 h, com estabilização do nível sérico entre 8-10 h.</li> <li>• Goma: o nível sérico atinge o pico 20 min após o uso.</li> <li>• Pastilhas: a absorção é mais rápida do que a da goma.</li> </ul>
Metabolismo	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Apenas 5% da nicotina se ligam às proteínas plasmáticas. É metabolizada no fígado.</li> <li>• Adesivo: a nicotina é liberada continuamente e a absorção corresponde a 75% do total contido nos adesivos.</li> <li>• Gomas e pastilhas: A absorção da nicotina nas é influenciada pelo pH salivar, sendo que a biodisponibilidade da nicotina é de metade da dose contida na goma/pastilha.</li> </ul>
Eliminação	• Renal em pequena quantidade e de forma inalterada.
Indicação	• Amenizar os efeitos da fissura e da abstinência. Grau de dependência (Fagerström) = 5 ou superior. Facilitar a abordagem comportamental. Considerar a preferência do paciente na ausência de contra-indicações.
Apresentação e posologia	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Gomas de 2 ou 4 mg: (1 goma a intervalos 1-2 h ou se houver fissura). Dose média: de 8-12 gomas/dia, não ultrapassar 24 unidades. Não ingerir bebidas ou alimentos 15 min antes ou durante o uso. Mascar até surgir sabor característico, em seguida repousar entre a gengiva e a bochecha. Repetir as manobras durante 30 min.</li> <li>• Adesivos com 21, 14 ou 7 mg: 21 mg/dia (4 semanas), 14 mg (4 semanas) e 7 mg (2 semanas). Doses &gt; 21 mg = fumantes com maior dependência. Colar ao despertar, área coberta sem pelos (entre o pescoço e a cintura), no dia escolhido para deixar de fumar, trocando a cada 24 h (ou retirando após 16 h de uso, à noite, ao deitar) e fazer rodízio entre os locais de aplicação.</li> <li>• Pastilhas: devem ser usadas de 1/1 h ou 2/2 h, reduzindo progressivamente. Mínimo de 9 e no máximo 15 pastilhas/dia.</li> </ul>
Tempo de tratamento	• Recomenda-se o uso até 12 semanas para goma de nicotina ou pastilha e de 8-10 semanas para adesivo, devendo ser individualizado para atender as necessidades de cada paciente.
Segurança	• A terapia de reposição de nicotina é segura e não são descritos efeitos colaterais graves.
Tolerabilidade	• Boa
Efeitos adversos	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Goma/pastilha: aftas, salivação, soluços, dispepsia, irritação faríngea, dor na articulação temporomandibular, dentes amolecidos, cefaléia, náuseas.</li> <li>• Adesivo: reações cutâneas locais (prurido, eritema), infiltração da derme, bolhas, insônia, hipersalivação, náuseas e vômitos.</li> </ul>
Precauções	• Coronariopatia ou arritmias graves. Cautela no uso: diabetes, hipertireoidismo e feocromocitoma (estímulo adrenérgico).
Eficácia comparada	• Revisão Cochrane: OR = 1,74 (IC95%: 1,64-1,86) em favor da abstinência quando comparada ao placebo. Terapia combinada pode ser superior à monoterapia: OR = 1,55 (IC95%: 1,17-2,05). <sup>(49)</sup>

FDA: U.S. Food and Drug Administration.

Reichert (2008, p. 854)

São trazidas também nos quadros abaixo as características e recomendações do uso da bupropiona ou da vareniclina no apoio medicamentoso aos pacientes em tratamento para cessação do tabagismo.

## Quadro 6 – Cloridrato de bupropiona: características e recomendações

Classificação	Não-nicotínico, 1ª linha no tratamento do tabagismo. Aprovada pelo FDA em 1997. Nível de evidência A. <sup>(60)</sup>
Mecanismo de ação	• Atua no bloqueio da recaptção neuronal da dopamina, da noradrenalina, e da serotonina de forma expressiva no núcleo accumbens.
Absorção	• Rápida pelo sistema digestivo, atingindo pico plasmático em 3 h, permanecendo elevado na insuficiência renal.
Metabolismo	• Vida média de 21 h. Metabolização hepática, principalmente pela isoenzima CYP2B6, que pode ser afetada por drogas como a cimetidina, valproato de sódio e ciclofosfamida. Esta inibe a atividade da CYP2D6 o que reduz o metabolismo de betabloqueadores e antiarrítmicos.
Eliminação	• Liberação lenta pelo rim (87%).
Indicação	• Amenizar os efeitos da fissura e da abstinência. Grau de dependência: escore de Fagerström $\geq 5$ pontos. Favorecer a abordagem comportamental. Considerar a preferência do paciente na ausência de contra-indicações.
Apresentação e posologia	• Comprimidos de 150 mg; usar 150 mg/dia durante 3 dias, 300 mg do 4º dia até o final do tratamento, em duas tomadas, a última até 16 h.
Tempo de tratamento	• Recomenda-se o uso até 12 semanas. Não há evidências suficientes quanto aos efeitos do uso prolongado da bupropiona para prevenir a recaída. <sup>(60)</sup>
Segurança	• Risco de convulsão na dose usual: 1:1.000 pacientes. Interação com drogas que atuam no Citocromo P-450: tricíclicos, inibidores seletivos da recaptção da serotonina, betabloqueadores, alguns antiarrítmicos e antipsicóticos. Segurança não estabelecida: gestantes, nutrízes e menores de 18 anos.
Tolerabilidade	• Em geral, é bem tolerada. Evitar uso com álcool, anoréticos, psicotrópicos e drogas ilícitas.
Efeitos adversos	• Efeitos mais comuns: insônia, cefaléia, boca seca, tonturas, aumento da PA. • Outros efeitos descritos: arritmias cardíacas, enxaqueca, náuseas, vômitos, constipação, dor abdominal, convulsões, anorexia, anemia, trombocitopenia, leucopenia, equimoses, hipoprolactinemia, urticária, etc.
Contra-indicações	• Absolutas: Epilepsia, convulsão febril na infância, tumor do SNC, anormalidades no EEG, traumatismo craniano, uso de inibidor da MAO nos últimos 15 dias. • Relativas: Evitar uso concomitante: carbamazepina, cimetidina, barbitúricos, fenitoína, antipsicóticos, teofilina, corticosteróides sistêmicos, pseudo-efedrina, hipoglicemiante oral/insulina. Hipertensão arterial sistêmica não controlada.
Intervenções combinadas	• Indicação: insucesso da monoterapia, transtornos ansiosos, ausência de contra-indicações. Há evidências quanto aos benefícios em longo prazo da associação da bupropiona com a TRN (A). <sup>(54)</sup>
Eficácia comparada	• Revisão Cochrane: OR = 1,94 (IC95%: 1,72-2,19) em favor da abstinência, quando comparada ao placebo. <sup>(60)</sup>

FDA: U.S. Food and Drug Administration; PA: pressão arterial; SNC: sistema nervoso central; EEG: eletroencefalograma; MAO: monoaminoxidase; TRN: terapia de reposição de nicotina.

Reichert (2008, p. 855)

## Quadro 7 – Tartarato de vareniclina: características e recomendações

Classificação	Não-nicotínico, 1ª. Linha no tratamento do tabagismo. Aprovada pelo FDA e pela Comissão Européia em 2006. Nível de evidência A. <sup>(64)</sup>
Mecanismo de ação	• Agonista parcial dos receptores nicotínicos. Promove liberação de dopamina no SNC ao ativar seletivamente receptores $\alpha 4\beta 2$ , porém, em quantidades menores que as liberadas pela nicotina. <sup>(66)</sup>
Absorção	• Quase totalmente absorvida após a administração oral, com alta disponibilidade sistêmica; concentração máxima em torno de 3 h; alcança estado de equilíbrio 4 dias depois da administração repetida. <sup>(67)</sup>
Metabolismo	• Metabolização mínima; não há necessidade de ajuste de doses em casos de insuficiência hepática. A biodisponibilidade não é afetada por alimentos nem pelo horário da administração. Não altera a farmacocinética de outros medicamentos usados no tratamento do tabagismo, como a bupropiona e os adesivos de nicotina. Quando foi administrada concomitantemente com cimetidina, houve aumento da exposição sistêmica, em torno de 30%. <sup>(67)</sup>
Eliminação	• Renal (92%) é excretada de forma inalterada. <sup>(67)</sup>
Indicação	• Amenizar os efeitos da fissura e da abstinência. Grau de dependência (Fagerström) $\geq 5$ pontos. Favorecer a abordagem comportamental. Considerar a preferência do paciente na ausência de contra-indicações. <sup>(64)</sup>
Apresentação e posologia	• Comprimidos de 0,5 e 1 mg. Do 1º ao 3º dia: 1 cp 0,5 mg, 1 vez ao dia. Do 4º ao 7º dia: 1 cp 0,5 mg de 12/12 h. Do 8º dia até o final do tratamento: 1 cp de 1 mg 12/12 h.
Tempo de tratamento	• Recomenda-se o uso até 12 semanas. A extensão por mais 12 semanas pode aumentar a probabilidade de abstinência continuada em longo prazo.
Segurança	• Não há relatos de mortes relacionadas ao tratamento; não há estudos sobre a segurança da droga em gestantes e nutrizes e adolescentes; o uso em fumantes com mais de 65 anos de idade e funcionalmente normais foi também considerado viável após estudos de farmacocinética, segurança e tolerabilidade de doses únicas e múltiplas, sem necessidade de ajuste da dose.
Tolerabilidade	• O efeito adverso mais freqüente é a náusea, que pode ser relatada por até 1/3 dos pacientes, porém, com índices de interrupção do tratamento de 3%, ou seja, na grande maioria dos casos são eventos leves e moderados que desaparecem com a continuidade do tratamento.
Efeitos adversos	• Efeitos mais comuns (> 10%): aumento do apetite, sonolência, tontura, mudança no paladar, vômitos, constipação, diarreia, distensão abdominal, desconforto estomacal, flatulência, boca seca, fadiga, dispnéia e rinorréia.
Precauções	• O uso pode estar associado a humor depressivo, agitação e ideação ou comportamento suicida. O FDA tem emitido advertências a respeito. <sup>(64,68)</sup>
Contra-indicações	• Absolutas: Hipersensibilidade à vareniclina e insuficiência renal grave.
Eficácia comparada	• Ao placebo (Cochrane): razão de chance (OR) = 4,07 (IC95%: 3,28-5,05), 3,53 (IC95%: 2,74-4,54), e 3,22 (IC95%: 2,43-4,27) para contínua abstinência 3º, 6º, 12º meses, respectivamente. <sup>(64)</sup> O abandono e as taxas de recaída foram maiores nos grupos usando placebo. <sup>(64)</sup> • À Bupropiona (Cochrane): OR = 1,66 (IC95%: 1,28-2,16). <sup>(64)</sup> • À TRN (Cochrane): OR = 1,70 (IC95%: 1,26-2,28) para contínua abstinência em 4 semanas e OR = 1,40 (IC95%: 0,99-1,99) em 52 semanas. Houve redução significativa dos sintomas de abstinência, da fissura e da satisfação obtida ao fumar um cigarro (lapso). <sup>(64,69)</sup>

FDA: U.S. Food and Drug Administration; SNC: sistema nervoso central; TRN: terapia de reposição de nicotina.

Reichert (2008, p. 856)

## 6 PROJETO DE INTERVENÇÃO

A partir da Estimativa Rápida foram definidos os principais problemas existentes no território da Estratégia de Saúde da Família (ESF) Acácias apontados pela equipe. A partir de então, foram estabelecidos critérios para votação pelos membros da equipe e escolha do principal problema para ser tratado neste projeto.

Os critérios de escolha foram: importância, urgência e capacidade de enfrentamento. No que se refere a importância, foram classificados no consolidado como “Baixa”, “Média” ou “Alta” importância. No que se refere a urgência, o consolidado dos votos dos membros da equipe definiram uma nota de “0 a 5”, conforme urgência de resolução dos problemas apresentados. Quanto a capacidade de enfrentamento, foi definido como “Fora”, “Dentro” da capacidade ou “Parcialmente” dentro da capacidade de enfrentamento.

Por meio do diagnóstico situacional da área de abrangência da ESF Acácias, em Montes Claros, realizado neste ano, foram identificados os seguintes problemas: ESF longe do território/grande número de falta em consultas; baixa participação dos usuários nos grupos operativos em saúde na unidade de saúde; problemas respiratórios/falta de asfaltamento das ruas; doenças crônicas em idosos. Foi também incluída na lista de problemas, a interrupção do grupo de tabagismo que ocorria na ESF.

Quadro 8 - Consolidado da priorização dos problemas identificados pela equipe ESF de Acácias

<b>PROBLEMA</b>	<b>IMPORTÂNCIA</b>	<b>URGÊNCIA (0 a 5 pontos)</b>	<b>CAPACIDADE DE ENFRENTAMENTO DA EQUIPE</b>
ESF longe do território / falta em consultas / baixa participação dos usuários nos grupos operativos na unidade	Média	3	Fora
Doenças crônicas em saúde	Alta	3	Parcialmente
Problemas respiratórios/falta de asfaltamento das ruas	Alta	4	Fora
Interrupção do grupo de antitabagismo	Alta	4	Dentro

Na análise da equipe, o problema ESF longe do território está além da governabilidade dos profissionais do ESF, assim como os problemas respiratórios associados a falta de asfaltamento nas ruas. A prefeitura e a secretaria municipal de saúde estão cientes desses problemas e informaram que irão se esforçar para resolvê-los. O problema doenças crônicas em saúde está parcialmente dentro da capacidade de enfrentamento da equipe, mas como várias ações estão sendo realizadas nesse sentido, foi atribuído nota três em urgência, no consolidado da opinião dos profissionais da equipe. O único problema, atribuído pela maioria da equipe, como dentro da capacidade de enfrentamento, foi o problema interrupção do grupo antitabagismo. Foi atribuído nota quatro em urgência para retomada do grupo antitabaco. A todos os problemas foi atribuído como alta importância pela equipe, exceto o problema ESF longe do território, que obteve o conceito de média importância.

Com base nos critérios de prioridade de resolução, capacidade de enfrentamento e impacto na saúde dos usuários do território, o problema interrupção do grupo de tabagismo foi eleito como problema para este Projeto de Intervenção.

A partir da definição do problema “Interrupção do grupo antitabagismo no ESF”, foi importante fazer uma explicação sobre o tema. Este problema nos remete à outras questões: apesar de todos os esforços com medidas educativas e de sobrecarga de impostos, o tabagismo ainda hoje é um problema atual, que acomete centenas de pessoas no território de abrangência do ESF, de forma direta ou indireta. No ESF, percebe-se que o tabagismo é mais comum em indivíduos adultos e idosos, mas também é encontrado em jovens e adolescentes. Em dados oficiais da população brasileira, considerando toda divulgação e empenho no combate ao tabaco, os números ainda são alarmantes. Em estudo realizado pelo INCA e IBGE em 2008, “17,2% da população brasileira fazia uso regular de tabaco, equivalente a 25 milhões de pessoas” (WUNSCH FILHO *et al.*, 2010. p. 177).

Entende-se que o tabagismo está ainda muito presente em bares e festas, e está intimamente relacionado com a ingestão de bebidas alcoólicas e café. Isto é visto especialmente em indivíduos adolescentes e adultos jovens. Em outros grupos, adultos e idosos, percebe-se que o tabagismo acomete não apenas os fumantes, mas também cônjuges, filhos e agregados que vivem na mesma residência ou colegas de trabalho.

O tabagismo está comprovadamente associado a doenças respiratórias crônicas, como a Doença Pulmonar Obstrutiva Crônica (DPOC), que engloba o Enfisema Pulmonar e a Asma Crônica, em função do monóxido de carbono, dióxido de carbono e da ação suas 4.700 substâncias químicas. Além disso, o tabaco apresenta pelo menos 43 substâncias cancerígenas, estando associado ao câncer em diversos órgãos, como pulmão, boca, laringe, esôfago, pâncreas, rins etc. O tabagismo está também associado a um maior risco cardiovascular, predispondo o indivíduo que fuma à uma maior chance de infarto agudo do miocárdio (IAM), acidente vascular encefálico (AVE), doença arterial obstrutiva periférica (DAOP) e maior probabilidade de dislipidemia e arteriosclerose nos vasos de todo o corpo.



A expectativa dos indivíduos com a participação nos grupos antitabaco é alta no ESF, especialmente por causa das medicações orais e adesivos de nicotina que são fornecidos, mas existem alguns problemas nós críticos que necessitam serem resolvidos. A esses problemas que se tem governabilidade e que impactam diretamente na resolução do plano de ação proposto, denomina-se neste trabalho “Nós Críticos”. “Nó crítico é um tipo de problema que, quando ‘atacado’ é capaz de impactar o problema principal e efetivamente transformá-lo” (CAMPOS; FARIA; SANTOS, 2010, p. 65).

A equipe do ESF definiu cinco nós críticos para o problema em questão: falta das medicações bupropiona e adesivos de nicotina, caso haja indicação clínica; falta de disposição dos usuários para a mudança no estilo de vida, com hábitos alimentares saudáveis e atividade física; falta de disposição dos usuários a participação frequente e ativa no grupo; falta de capacitação da equipe multidisciplinar para o trabalho no grupo de combate ao tabagismo. A seguir, realiza-se uma explicação sobre cada “nó crítico”.

Quadro 9 – Definição e Explicação dos Nós Críticos do problema Interrupção do grupo antitabagismo

**Falta das medicações bupropiona e adesivos de nicotina, caso haja indicação clínica**

A Secretaria Municipal de Saúde, através de acordo com o Ministério da Saúde, fornece as medicações atualmente, mas algumas vezes tem falta no estoque, o que compromete a adesão ao tratamento.

**Falta de disposição dos usuários para a mudança no estilo de vida, com hábitos alimentares saudáveis e atividade física**

Nem todos os pacientes estão dispostos a mudança do estilo de vida, com hábitos alimentares saudáveis, atividade física, participação frequente e ativa no grupo, encontros com psicólogos, enfermeiros, médicos e outros profissionais da equipe multidisciplinar.

**Falta de disposição dos usuários a participação frequente e ativa no grupo**

Alguns pacientes procuram o grupo com o único intuito de receberem as medicações orais e a terapia de substituição de nicotina, e não aderem às participações frequentes nas reuniões dos grupos e terapia cognitivo-comportamental.

**Falta de capacitação da equipe multidisciplinar para o trabalho no grupo de combate ao tabagismo**

A falta de capacitação está associada a um baixo interesse pelos profissionais na manutenção do grupo e a um tratamento não otimizado.

**Falta de equipe multidisciplinar com psicólogo na organização do grupo**

A falta de psicólogo na ESF e no grupo compromete a realização das terapias psicológicas e terapia cognitivo-comportamental que, comprovadamente, tem eficácia no tratamento do estímulo a cessação do cigarro e manutenção da abstinência.

## **6.1 Plano de Ação**

Após a descrição e explicação do problema selecionado para resolução planejada, as soluções estratégicas envolvem a resolução dos “nós críticos” e desenho das operações para o seu enfrentamento.

Para confecção do Plano de Ação, é necessário descrever as operações a serem realizadas, os resultados esperados, os produtos pretendidos, as ações estratégicas a serem realizadas, o responsável descrito para cada operação e o prazo a ser desenvolvido. No quadro 9 está descrito o desenho das operações.

Quadro 9 - Desenho das operações para enfrentamento de “Interrupção do grupo de combate ao tabagismo na ESF Acácias”

Nó crítico	Operação/ Projeto	Resultados esperados	Produtos esperados	Recursos necessários
Falta das medicações bupropiona e adesivos orais de nicotina, caso haja indicação clínica.	“Providenciar medicações” Busca das medicações junta a secretaria municipal de saúde.	Garantir apoio medicamentoso aos participantes do grupo com indicação clínica.	Reduzir o impacto da abstinência de nicotina nos participantes do grupo após cessação do tabagismo.	Organizacional/Político → para organizar solicitação formal a secretaria municipal de saúde Cognitivo → preparo e informação técnicas de diretrizes do uso das medicações.
Falta de disposição dos usuários para a mudança no estilo de vida, com alimentação correta e exercícios.	“Viver bem” Conscientização dos participantes do grupo às práticas de vida saudável.	Apoio não medicamentoso na superação do vício do tabagismo.	Com práticas de vida saudável, espera-se reduzir as recaídas dos participantes do grupo após cessação do tabagismo.	Organizacional → para organizar campanhas e cartazes; Cognitivo → preparo e informação; Político → Conseguir novos espaços para campanhas; Financeiro → para aquisição e confecção de cartazes.
Falta de disposição dos usuários a participação frequente e ativa no grupo.	“Viver sem tabaco” Conscientização dos membros do grupo à participação e vigilância contínua.	Apoio não medicamentoso na superação do vício do tabagismo.	Reduzir as recaídas dos participantes do grupo após cessação do tabagismo.	Organizacional → para organizar campanhas e cartazes; Cognitivo → preparo e informação; Político → Conseguir novos espaços para campanhas; Financeiro → para aquisição e confecção de cartazes.
Falta de capacitação da equipe multidisciplinar para o trabalho no grupo de combate ao tabagismo.	“ESF sem tabaco” Capacitação dos profissionais para organização dos grupos de combate ao tabagismo.	Capacitação da equipe.	Práticas corretas na organização e gerenciamento dos grupos de combate ao tabagismo.	Organizacional/Político → para organizar solicitação formal a secretaria municipal de saúde para providenciar as capacitações a todos os profissionais. Cognitivo → preparo e informação técnicas de diretrizes do uso das medicações e terapia cognitivo comportamental e de grupos.
Falta de equipe multidisciplinar com psicólogo na organização do grupo.	“Mais psicólogo” Providenciar participação de psicólogo no grupo.	Apoio na terapia psicológica de grupo aos usuários.	Terapia psicológica em grupo.	Político → solicitação formal a secretaria municipal de saúde para providenciar psicólogo para participar do grupo; Organizacional → Negociar com o NASF apoio psicológico aos participantes do grupo.

No quadro 10 identificam-se os recursos críticos necessários para realização dos projetos apontados no desenho das operações.

Quadro 10 - Identificação dos recursos críticos

Operação/ Projeto	Recursos necessários
<p><b>“Providenciar medicações”</b></p>	<p>Organizacional/Político → para organizar solicitação formal a secretaria municipal de saúde</p> <p>Cognitivo → preparo e informação técnicas de diretrizes do uso das medicações.</p>
<p><b>“ESF sem tabaco”</b></p>	<p>Organizacional/Político → para organizar solicitação formal a secretaria municipal de saúde para providenciar as capacitações a todos os profissionais da equipe multidisciplinar.</p> <p>Cognitivo → preparo e informação técnicas de diretrizes do uso das medicações e terapia cognitivo comportamental e de grupos.</p>
<p><b>“Viver sem tabaco”</b></p>	<p>Organizacional → para organizar campanhas e cartazes;</p> <p>Cognitivo → preparo e informação;</p> <p>Político → Conseguir novos espaços para campanhas;</p> <p>Financeiro → para aquisição e confecção de cartazes.</p>

Sabe-se que a implementação de operações e projetos envolve a participação de atores, sujeitos que podem ter motivação ou não na execução de funções de impacto direto aos nós críticos. A seguir, realiza-se uma análise da viabilidade do plano de ação.

Quadro 11 - Análise da viabilidade do plano: atores e motivadores

Operação/ Projeto	Recursos necessários	Controle dos recursos críticos		Ação estratégica
		Ator que controla	Motivação	
<b>“Providenciar medicações”</b>	Organizacional/Político → para organizar solicitação formal a secretaria municipal de saúde Cognitivo → preparo e informação técnicas de diretrizes do uso das medicações.	Integrantes Secretaria Municipal de Saúde;  Farmácia Municipal;  profissionais do ESF	Favorável  Indiferente  Favorável	Apresentar a solicitação a Secretaria Municipal de Saúde e a Farmácia Municipal.
<b>“ESF sem tabaco”</b>	Organizacional/Político → organizar solicitação formal a secretaria municipal de saúde para providenciar as capacitações a todos os profissionais da equipe multidisciplinar. Cognitivo → preparo e informação técnicas de diretrizes do uso das medicações e terapia cognitivo comportamental e de grupos.	Secretaria municipal de saúde;  profissionais do ESF.	Favorável  Favorável	Cursos, leitura de manuais do Ministério da Saúde, estudo de diretrizes sobre cessação do tabagismo, capacitação ativa e de grupo
<b>“Viver sem tabaco”</b>	Organizacional → para organizar campanhas e cartazes; Cognitivo → preparo e informação; Político → Conseguir novos espaços para campanhas; Financeiro → para aquisição e confecção de cartazes.	Tabagistas, usuários do ESF;  Profissionais do ESF	Indiferente a favorável  Favorável	Catologação de 100% dos tabagistas que tenham interesse em parar de fumar. Definir as prioridades para participarem do primeiro grupo.

A partir da definição do desenho das operações, identificação de recursos críticos, definição de atores e sua motivação, finaliza-se o Plano de Ação com um Plano Operativo, com cronograma de prazos a serem cumpridos e o responsável pela fiscalização dos prazos e ações.

Quadro 12 - Plano operativo

<b>Operação</b>	<b>Resultados esperados</b>	<b>Produtos esperados</b>	<b>Ação estratégica</b>	<b>Responsável</b>	<b>Prazo</b>
<b>“Providenciar medicações”</b>	Garantir apoio medicamentos o aos participantes do grupo que tiverem indicação clínica para o uso.	Reduzir o impacto da abstinência de nicotina nos participantes do grupo após cessação do tabagismo.	Apresentar a solicitação a Secretaria Municipal de Saúde e a Farmácia Municipal.	Médico.	1º mês.
<b>“ESF sem tabaco”</b>	Capacitação da equipe.	Apoio não medicamento so na superação do vício do tabagismo.	Cursos, leitura de manuais do Ministério da Saúde, estudo de diretrizes sobre cessação do tabagismo, capacitação ativa e de grupo	Médico.	2º e 3º meses.
<b>“Viver sem tabaco”</b>	Apoio não medicamentos o na superação do vício do tabagismo.	Com práticas de vida saudável, espera-se reduzir as recaídas dos participantes do grupo após cessação do tabagismo.	Catálogo de 100% dos tabagistas que tenham interesse em parar de fumar. Definir as prioridades para participarem do primeiro grupo.	Enfermeiro.	4º e 5º meses

## **7 CONSIDERAÇÕES FINAIS**

Neste trabalho, são apresentados passos de um planejamento em saúde, com definição de problemas no ESF Acácias, do Município de Montes Claros, e definição da interrupção do grupo de tabagismo como principal problema para resolução apontada pela equipe.

O tabagismo ainda hoje é responsável por inúmeras doenças evitáveis. O Ministério da Saúde estimula a prática de programas de controle ao tabaco, especialmente na atenção primária à saúde. A manutenção desses programas nas unidades de Estratégia Saúde da Família (ESF) é complexa, exigindo um trabalho multidisciplinar, e pode apresentar dificuldades por falta de insumos e do envolvimento intersetorial.

Desta maneira, percebe-se como é importante o planejamento das ações em atenção primária à saúde. O planejamento em saúde está próximo às equipes de saúde da família, e deve ser usado pelos profissionais de maneira cotidiana.

A interrupção do grupo de antitabagismo, a partir de sistematizado planejamento em saúde, mostra-se como problema passível de resolução, com ações estratégicas em saúde, e assim será feito no ESF do bairro Acácias em um prazo de até seis meses, conforme cronograma no plano de ação.



## REFERÊNCIAS

ALBANESI FILHO, F. M. A legislação e o fumo. **Arq. Bras. Cardiol.** [online]. v.82, n. 5, p. 407- 408, 2004.

ARAUJO, A. J. *et al.* Diretrizes para Cessação do Tabagismo. **J. Bras. Pneumol.** [online]. v. 30, suppl.2, p. S1-S7, 2004.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 571**, de 5 de abril de 2013. 2013.

CAMPOS, F. C. C.; FARIA, H. P.; SANTOS, M. A. **Planejamento e avaliação das ações em saúde**. 2 ed. Belo Horizonte: Nescon/UFMG, 2010. 110p.

INSTITUTO BRASILEIRO DE CONTROLE DO CÂNCER. IBCC. Tabagismo. 2014. Disponível em <http://www.ibcc.org.br/duvida/agentes-cancerigenos/tabagismo/1/5/> Acesso em 11/2014.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA, IBGE. Estimativas da população residente nos municípios brasileiros com data de referência em 1º de julho de 2014. 2014.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA, IBGE. Censo demográfico. 2010. Disponível em: <http://cidades.ibge.gov.br/xtras/perfil.php?lang=&codmun=314330&search=minas-gerais|montes-claros|infograficos:-informacoes-completas> Acesso 04/2015.

INSTITUTO NACIONAL DO CÂNCER. INCA. Nota Técnica da SBPT sobre uso da Terapia de Reposição de Nicotina no Tratamento do Tabagismo. 2012. Disponível em: <http://www.inca.gov.br/tabagismo/atualidades/ver.asp?id=1849> Acesso 11/2014.

MENESES-GAYA, I. C.; ZUARDI, A. W.; LOUREIRO, S. R.; CRIPPA, J.; A. S. As propriedades psicométricas do Teste de Fagerström para Dependência de Nicotina. **J. Bras. Pneumol.** [online]. v.35, n.1, p. 73-82, 2009.

PREFEITURA DE MONTES CLAROS. Relatório de Gestão. Prefeitura de Montes Claros. Secretaria Municipal de Saúde, Montes Claros, 2011.

REICHERT, J. *et al.* Diretrizes para cessação do tabagismo - 2008. **J. Bras. Pneumol.** [online]. v. 34, n.10, p. 845-880, 2010.

SOCIEDADE BRASILEIRA DE PNEUMOLOGIA E TISIOLOGIA. Tabagismo parte I. **Rev. Assoc. Med. Bras.** [online]. v. 56, n. 2, p. 134-134, 2010.

TANNI, S. E. *et al.* Evaluation of hospitalized patients in terms of their knowledge related to smoking. **J. Bras. Pneumol.** [online]. v. 36, n.2, p. 218-223. 2010.

UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO DE JANEIRO, UFRJ/COPPE. **Estudo de Custo-Efetividade de Intervenções para Tratamento do Tabagismo no Brasil.** 2008.

WUNSCH FILHO, V. MIRRA, A. P.; LOPEZ, R. V. M.; ANTUNES, L. F. Tabagismo e câncer no Brasil: evidências e perspectivas. **Rev. Bras. Epidemiol.** [online]. v.13, n.2, p. 175-187, 2010.