

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

RAVENA BARRETO DA SILVA CAVALCANTE

**PLANO DE AÇÃO PARA PREVENÇÃO E COMBATE AO
TABAGISMO NA ÁREA DE ABRANGÊNCIA DA EQUIPE DE
SAÚDE DA FAMÍLIA INGÁ NO MUNICÍPIO DE JUNQUEIRO/AL**

MACEIÓ / ALAGOAS

2016

RAVENA BARRETO DA SILVA CAVALCANTE

**PLANO DE AÇÃO PARA PREVENÇÃO E COMBATE AO
TABAGISMO NA ÁREA DE ABRANGÊNCIA DA EQUIPE DE
SAÚDE DA FAMÍLIA INGÁ NO MUNICÍPIO DE JUNQUEIRO/AL**

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

Orientador: Prof. Bruno Leonardo de Castro Sena

MACEIÓ / ALAGOAS

2016

RAVENA BARRETO DA SILVA CAVALCANTE

**PLANO DE AÇÃO PARA PREVENÇÃO E COMBATE AO
TABAGISMO NA ÁREA DE ABRANGÊNCIA DA EQUIPE DE
SAÚDE DA FAMÍLIA INGÁ NO MUNICÍPIO DE JUNQUEIRO/AL**

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 a obtenção do certificado de especialista.

Orientador: Prof. Bruno Leonardo de Castro Sena

BANCA EXAMINADORA:

Prof. Bruno Leonardo de Castro Sena (UFMG)

Prof. Dr^a. Kátia Ferreira Costa Campos (UFMG)

Aprovado em Belo Horizonte, em ____/____/____

RESUMO

O tabagismo é considerado pela Organização Mundial da Saúde a principal causa de morte evitável em todo o mundo. A OMS estima que um terço da população mundial adulta seja fumante e que o tabaco mata cerca de seis milhões de pessoas por ano. O tabagismo é uma epidemia com grande capacidade de enfrentamento, devido ao baixo custo-benefício para tratamento e prevenção. Apesar de ser significativo o número de fumantes que deseja parar de fumar, apenas 3% consegue a cada ano, sem ajuda profissional. Ações em atenção básica na comunidade devem ser priorizadas, desde a promoção em saúde até o tratamento. Na UBS Ingá, zona rural de Junqueiro/AL, o tabagismo foi escolhido como principal problema de saúde da comunidade, que tem população adscrita de 2860 habitantes. Este estudo objetivou a elaboração de um plano de ação visando implantar o programa nacional de cessação do tabagismo na UBS Ingá, a partir do diagnóstico situacional da área (realizado pelo método da estimativa rápida). Foram utilizados como base os dados do PNAD, em Pesquisa Especial de Tabagismo (PETab), realizada em 2008 pelo IBGE, para aplicar a proporção aos dados levantados pelos agentes de saúde sobre as pessoas cadastradas na área. Também foi realizada uma revisão de literatura para subsidiar o planejamento, através do *Scielo*, *Lilacs*, sites do Ministério da Saúde, INCA e Organização Mundial da Saúde incluindo artigos científicos sobre o tema publicados entre os anos de 2002 e 2015. A elaboração do plano de ação foi realizada a priorização dos problemas e selecionados os nós críticos. Embasado nos nós críticos, foram elaboradas operações e os recursos necessários e os resultados esperados, além da viabilidade do plano de ação que seguiu o método PES. Concluiu-se que é essencial elaborar um projeto que englobe ações tanto na prevenção da iniciação ao tabagismo quanto na abordagem daqueles que já adquiriam o vício e que os profissionais devem trabalhar em equipe (multiprofissional e interdisciplinar), sempre com a individualização dos casos.

Descritores: Hábito de fumar. Abandono do uso de tabaco. Atenção primária à saúde.

ABSTRACT

Smoking is considered by World Health Organization the main preventable cause of death worldwide. WHO estimates that a third of the adult population in the world smokes and that tobacco kills roughly six million people every year. Smoking is an epidemic that is easy to fight, since its treatment and prevention have a low cost benefit. In spite of the large number of smokers trying to quit smoking, only 3% is able to do so every year without the help of a professional. Actions in community awareness must be prioritized, from health promotion to treatment itself. In UBS Ingá, rural area of Junqueiro, in the state of Alagoas, smoking was indicated the main health issue in the community, which possesses a population of 2860. This study aimed to elaborate an action plan in order to implant the national program of tobacco use cessation in UBS Ingá (was accomplished by the method of rapid assessment), based on the situational diagnosis of the area. The quick estimation method was applied. In order to apply the proportion to the data concerning the people registered in the area, collected by the health agents, data from PNAD were used, in Special Research on Smoking (PETab), carried out in 2008 by IBGE. Furthermore, a literature review of Scielo, Lilacs and the websites of the Ministry of Health, INCA and WHO, was carried out to support the planning. In the conception of the action plan, the issues were prioritized and the critical points were identified. Based on the critical points, operations were developed as well as the necessary resources, the expected results and the viability of the plan. We concluded that it is essential to conceive a plan that involves actions in prevention of smoking initiation as well as in the treatment of people that are already addicted. Professionals must work as a team (multidisciplinary and interdisciplinary) and always considering the individualization of the clinical cases.

Keywords: Smoking. Tobacco use cessation. Primary health care.

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

AVC - Acidente Vascular Cerebral

CA – Câncer

CAPS – Centro de Atenção Psicossocial

CDC – *Center for disease control*

DPOC - Doença Pulmonar Obstrutiva Crônica

HAS - Hipertensão Arterial Sistêmica

IBGE - Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística

IDH - Índice de Desenvolvimento Humano

INCA - Instituto Nacional de Câncer

LILACS – Literatura Latino-Americana em Ciências da Saúde

NASF - Núcleo de Assistência a Saúde da Família

NESCON – Núcleo de Educação em Saúde Coletiva

OMS - Organização Mundial de Saúde

PNCT- Programa Nacional de Controle do Tabagismo

PTA - Poluição Tabagística Ambiental

SIAB - Sistema de Informação da Atenção Básica

SCIELO – *Scientific Eletronic Library Online*

SUS - Sistema Único de Saúde

UBS – Unidade Básica de Saúde

WHO – *World Health Organization*

LISTA DE TABELAS

Tabela 1: Dados geográficos do município de Junqueiro.....	09
Tabela 2: Número de famílias por microárea.....	12
Tabela 3: HAS no território da UBS	12
Tabela 4: DM no território da UBS	12
Tabela 5: Tabagismo no território da UBS	12

LISTA DE FIGURAS

Figura 1: Localização de Junqueiro em Alagoas.....	08
Figura 2: Foto do centro da cidade de Junqueiro.....	09
Figura 3: Foto da Unidade Básica de Saúde Ingá.....	11
Figura 4: Foto do povoado Ingá.....	11
Figura 5: Teste de Fargestom.....	20

LISTA DE QUADROS

Quadro 1: Planejamento das ações a partir dos nós críticos.....	31
Quadro 2: Desenho das operações do plano de ação.....	33
Quadro 3: Identificação dos recursos críticos.....	34
Quadro 4: Análise dos Recursos críticos, atores e ações.....	34
Quadro 5: Elaboração do plano operativo.....	35

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO.....	08
1.1 Contexto Geral.....	08
1.2 Histórico da cidade.....	10
1.3 Diagnóstico Situacional	11
2 JUSTIFICATIVA	14
3 OBJETIVOS.....	17
3.1 Objetivo Geral.....	17
3.2 Objetivos Específicos.....	17
4 METODOLOGIA	18
5 REVISÃO DE LITERATURA	19
5.1 Tabagismo.....	19
5.2 Epidemiologia	21
5.3 Fatores de Risco	23
5.4 Consequências	25
5.5 Controle do Tabagismo	27
5.4 Opções terapêuticas.....	29
6 PLANO DE AÇÃO	31
6.1 Identificação do problema	31
6.2 Priorização dos problemas.....	31
6.3 Descrição do problema.....	31
6.4 Seleção dos nós críticos.....	32
6.5 Desenho das operações.....	33
6.6 Identificação dos recursos críticos.....	34
6.7 Análise da viabilidade do plano.....	34
6.8 Elaboração do plano operativo.....	35
6.9 Gestão do plano de ação.....	35
7 CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	37
REFERÊNCIAS	38

1 INTRODUÇÃO

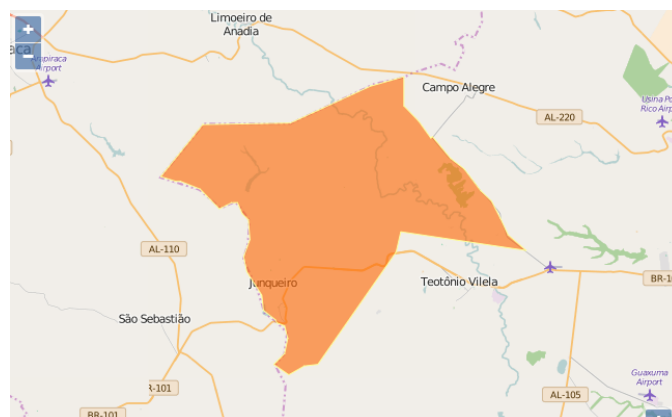
O tabagismo é considerado pela Organização Mundial da Saúde (OMS) a principal causa de morte evitável em todo o mundo. A OMS estima que um terço da população mundial adulta seja fumante e que o tabaco mata cerca de seis milhões de pessoas por ano. Mais de cinco milhões dessas mortes são o resultado direto do uso do tabaco, enquanto 600 mil óbitos são o resultado da exposição de não fumantes (BRASIL, 2011).

O fumo é o responsável por 200 mil mortes por ano no Brasil (23 pessoas por hora, 25% das mortes causadas por doença coronariana, 45% das mortes por infarto agudo do miocárdio na faixa etária abaixo de 65 anos, 85% das mortes por doença pulmonar obstrutiva crônica, 90% dos casos de câncer no pulmão, 25% das doenças vasculares (entre elas, AVC), 30% das mortes decorrentes de outros tipos de câncer (de boca, laringe, faringe, esôfago, estômago, pâncreas, fígado, rim, bexiga, colo de útero, leucemia). No Brasil, o câncer de pulmão é o tumor com maior letalidade (INCA, 2013).

1.1 Contexto Geral do Município

O município de Junqueiro está localizado na região centro-sul do Estado de Alagoas, limitando-se ao norte com os municípios de Limoeiro de Anadia e Campo Alegre, a sul com Teotônio Vilela e São Sebastião, a leste com Campo Alegre e Teotônio Vilela e a oeste com Arapiraca, Limoeiro de Anadia e São Sebastião. Fica a 110 km da capital, Maceió. A economia é baseada na agricultura, com destaque para a cana-de-açúcar (IBGE, 2014).

Figura 1: Localização de Junqueiro em Alagoas



Fonte: IBGE (2014)

Figura 2: Foto do centro da cidade de Junqueiro

Fonte: Arquivo Pessoal (2015)

O município de Junqueiro ocupa uma área de 247,342 km² e a população estimada em 2008 era de 25175 habitantes, com discreto predomínio de mulheres. A maioria das pessoas declara ser da religião católica (75,7%). A minoria da população tem ensino superior. Em 2012 foram registradas 5314 matrículas no ensino fundamental e 1099 matrículas no ensino médio. O valor do rendimento nominal médio por domicílio é maior na área urbana que na zona rural (tabela 1).

Tabela 1: Dados geográficos do município de Junqueiro

Área da unidade territorial	247,342 km ²
Bioma	Mata Atlântica
Estabelecimentos de Saúde – SUS	13 estabelecimentos
Índice de Desenvolvimento Humano Municipal - 2010	0,575
População residente	25.175 pessoas
População residente – Homens	11.743 pessoas
População residente – Mulheres	12.093 pessoas
População residente alfabetizada	14.980 pessoas
População residente que frequentava creche ou escola	9.517 pessoas
População residente, religião católica apostólica romana	19.067 pessoas
População residente, religião evangélica	2.047 pessoas
População residente, religião espírita	53 pessoas
Matrículas no Ensino Fundamental – 2012	5.314 matrículas
Matrículas no Ensino Médio – 2012	1.099 matrículas
População ativa	2.473 pessoas
Valor do rendimento nominal médio mensal dos domicílios particulares permanentes com rendimento domiciliar, por situação do domicílio – Urbana	1.740,76 reais
Valor do rendimento nominal médio mensal dos domicílios particulares permanentes com rendimento domiciliar, por situação do domicílio – Rural	892,56 reais

Valor do rendimento nominal mediano mensal per capita dos domicílios particulares permanentes – Urbana	304,57 reais
Valor do rendimento nominal mediano mensal per capita dos domicílios particulares permanentes – Rural	190 reais

Fonte: IBGE (2014)

1.2 Histórico da Cidade

A origem do nome da cidade está diretamente relacionada à existência farta do junco às margens da lagoa responsável pela formação de um pequeno aglomerado de moradores. Muitas pessoas utilizavam o junco de fabricação de utensílios domésticos. A exploração cresceu e os que passavam em direção à lagoa comentavam: “vamos para o Junqueiro”.

A história indica ter sido Isabel Ferreira e sua família, os primeiros habitantes. Dona Isabel teve muitos filhos que permaneceram na região. Uma das filhas casou-se com um mulato chamado Tomaz, vindo de Sergipe, que mais tarde ficou conhecido por Pai Félix. Seu nome é apontado como um dos destaques no desenvolvimento de Junqueiro.

Contam os mais antigos que, no tronco de um ingazeiro, foi encontrada uma cruz com um pequeno desenho da Divina Pastora em um dos braços. Pai Félix levantou uma capela perto da árvore para abrigar a cruz, denominado a construção de capela da Santa Cruz. Neste local, anos depois, foi levantada a igreja que tem como padroeira a Nossa Senhora Divina Pastora.

A paróquia foi criada em setembro de 1912, e teve como primeiro Padre, Antônio Procópio, natural do lugar. Manoel Pedro de Almeida e Joaquim Sabino de Almeida doaram grande parte de suas terras à padroeira. O município, antes Povoado de Limoeiro de Anadia, foi criado pela Lei 379, de 15 de junho de 1903, e instalado em 31 de janeiro de 1904, em 23 de fevereiro de 1932, através do decreto 1619, foi suprimido outras duas vezes. A decisão final veio através do artigo 6º, do ato das Disposições Transitórias da Constituição Estadual de 1947. Gentílico: junqueirense.

1.3 Diagnóstico Situacional da UBS

A UBS Ingá localiza-se na zona rural de Junqueiro, distando 35 km da cidade sede, e possui acesso por meio de estrada de barro. Tem uma população adscrita de 2860 habitantes, distribuídos em 857 famílias, dando uma média de 3,34 pessoas por família. Localiza-se em uma extensa área rural, com latifúndios de cana-de-açúcar e também com propriedades menores de cultivo agrário familiar.

Figura 3: Foto da Unidade básica de Saúde Ingá



Fonte: Arquivo Pessoal (2015)

Figura 4: Foto do povoado Ingá



Fonte: Arquivo Pessoal (2015)

Em relação às principais morbidades, destacam-se a hipertensão arterial sistêmica e o *diabetes melitus*. Não há dados sobre drogas ilícitas e o principal vício é o tabagismo. Há 315 hipertensos cadastrados, com prevalência de 16,61% de HAS em pessoas com 20 anos ou mais - a população desta faixa etária é 1896 pessoas (tabela 2). Possui 94 diabéticos cadastrados, representando prevalência de 4,96% de DM em pessoas com 20 anos ou mais (tabela 3). O número estimado de tabagistas é de 310 pessoas e prevalência de 14,2% em pessoas de 15 anos ou mais (tabela 4).

Tabela 1: Número de famílias por microárea

Microárea	1	2	3	4	5	6	7	8	9
Famílias	99	107	83	96	104	88	84	104	92

Fonte: Autoria Própria (2015).

Tabela 2: HAS no território da UBS

Hipertensos cadastrados	315
Prevalência HAS em 20 anos ou mais	16,61%

Fonte: Autoria Própria (2015).

Tabela 3: DM no território da UBS

Diabéticos cadastrados	94
Prevalência DM em 20 anos ou mais	4,96%

Fonte: Autoria Própria (2015).

Tabela 4: Tabagismo no território da UBS

Tabagistas (estimativa)	310
Prevalência tabagismo em 15 anos ou mais	14,2%

Fonte: Autoria Própria (2015).

A UBS Ingá abrange os povoados: Ingá, Atoleiro, Chã do Meio, Tucun, Camadanta, Brejo dos Bois e Pé Leve, divididos em nove microáreas. Há uma UBS e dois pontos de apoio, além de um ponto de atendimento improvisado em um campo de futebol de um dos povoados. A equipe de saúde da família é composta por uma médica generalista, um dentista, uma enfermeira, três

técnicas de enfermagem, uma auxiliar de serviços gerais e nove agentes comunitários de saúde. Possui uma ambulância com motorista, para eventuais transportes de pacientes.

A cidade de Junqueiro possui NASF com psicóloga, nutricionista e educadora física. O Hospital Municipal de Junqueiro possui apenas um médico plantonista para realizar atendimentos de urgência e internamento de pacientes. Possui também um ambulatório com algumas especialidades médicas pelo SUS (gastroenterologia, cirurgia geral, ginecologia, pediatria, oftalmologia, ultrassonografia). As demais especialidades são reguladas pelo CORA para cidades próximas e o município fornece o transporte aos pacientes. A maternidade de referência para as gestantes da cidade fica a cerca de 50 km, na cidade de São Miguel dos Campos. O laboratório de análises clínicas do município é insuficiente para a demanda, visto que há demora na marcação de exames bioquímicos. O CAPS possui uma psiquiatra e uma psicóloga.

2 JUSTIFICATIVA

O tabagismo é uma epidemia com grande capacidade de enfrentamento, devido ao baixo custo-benefício para tratamento e prevenção. Apesar de ser significativo o número de fumantes que deseja parar de fumar, apenas 3% consegue a cada ano, sem ajuda profissional. É importante considerar também que os fumantes esperam orientações dos profissionais de saúde para pararem de fumar, sendo, portanto, necessária a intervenção (BRASIL, 2001).

Já que o tabagismo é a principal causa de morte evitável, é de extrema importância desmistificar a cultura do tabaco. A maioria dos tabagistas inicia na adolescência, o que torna clara a necessidade de ações para promoção do estilo de vida saudável, com prevenção da iniciação do hábito de fumar (MANHÃES, 2009).

Em zona rural como a UBS Ingá, é notável a presença de outras formas de fumo, principalmente cigarros de palha, hábito que reflete o contexto cultural de um município com tradição cultural agrícola. O hábito costuma ser passado de geração em geração, em uma comunidade que tem menos acesso à informação sobre os riscos à saúde, em comparação aos grandes centros.

O primeiro contato com o tabaco ocorre ainda na infância e normalmente em ambientes familiares, devido à alta prevalência na população. Assim, afetam uma população vulnerável e mais influenciável por hábitos de pessoas próximas, além de mensagens midiáticas. Além disso, devido à dificuldade de interrupção do hábito, a prevenção se torna uma estratégia importante na abordagem dos agravos provocados pelo cigarro. Educação, conscientização e exemplos positivos se tornam ferramentas interessantes e que devem ser utilizadas com linguagem apropriada e foco nos adolescentes em ambientes de maior risco (INCA, 2015).

O tabagismo ativo e passivo se associa a significativos problemas de saúde durante a infância e a adolescência e como fator aumentado de riscos para problemas de saúde na vida adulta. Os fumantes adolescentes têm maior probabilidade de falta de ar, acessos de tosse, produção de muco, respiração ofegante e a terem redução global da saúde física, com diminuição da resistência orgânica a infecções. Portanto, fumar cigarros durante a infância e a adolescência representa um

risco para sintomas respiratórios já nesta fase da vida; estes problemas são fatores de risco para o desenvolvimento de outras condições crônicas na vida adulta, incluindo a doença pulmonar obstrutiva crônica (VIEGAS, 2007, p. 07).

Como a abordagem do tabagista é complexa e suas reações à abstinência durante a cessação são complexas, um programa voltado especificamente para o controle do tabagismo, com equipe multidisciplinar e oferta dos fármacos é mais eficiente (BRASIL, 2001).

Quase 80% dos mais de um bilhão de fumantes em todo o mundo vivem em países de baixa e média renda, onde a carga de doença e morte relacionada com o tabaco é mais pesada. Poucas pessoas compreendem os riscos específicos de saúde em relação ao uso do tabaco. Uma pesquisa de 2009 na China revelou que apenas 38% dos fumantes sabia que fumar provoca doenças coronárias e apenas 27% sabia que provoca acidente vascular cerebral (AVC) (WHO, 2008).

O uso de tabaco é associado com uma ampla variedade de problemas comportamentais durante a adolescência. O tabaco geralmente representa a primeira droga usada por pessoas jovens em uma sucessão que pode incluir, além do tabaco, o álcool, a maconha, e outras drogas pesadas. Existem, ainda, vários mecanismos biológicos, comportamentais e sociais pelos quais o uso de uma droga pode facilitar o uso de outras drogas. Os adolescentes fumantes têm maior probabilidade de uso do álcool e drogas ilegais do que os não fumantes. Eles também são mais prováveis de se envolverem em brigas, portarem armas, tentarem suicídio e de terem comportamentos sexuais de alto risco. Estes distúrbios comportamentais podem ser considerados uma síndrome, desde que o envolvimento em um comportamento aumenta o risco para o envolvimento em outros (VIEGAS, 2007, p. 11).

Indivíduos próximos, como familiares e amigos, são afetados pela fumaça, que também apresenta riscos. O tabagismo passivo também dito involuntário ou ambiental é a exposição secundária à fumaça do cigarro ou de qualquer produto derivado do tabaco. Na fumaça dos produtos, podem ser detectadas cerca de 4700 substâncias tóxicas diferentes, dentre elas o alcatrão, a nicotina, o monóxido de carbono, resíduos de fertilizantes e pesticidas, metais pesados e até substâncias radioativas (BRASIL, 2013).

Entre os fumantes que estão cientes dos perigos do tabaco, a maioria quer sair. Aconselhamento e disponibilização da medicação pode mais do que duplicar a chance de que um fumante que tenta sair terá sucesso (NICE, 2008).

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

3 OBJETIVOS

3.1 Objetivo Geral

Propor um plano de ação visando implantar o Programa Nacional de Controle do Tabagismo na UBS Ingá, localizada em Junqueiro (AL).

3.2 Objetivos Específicos

- Reduzir a incidência e prevalência do tabagismo na população adscrita;
- Promover educação sobre os riscos e consequências do tabagismo, tanto para tabagistas quanto não tabagistas;
- Prevenir a iniciação ao tabagismo em crianças e adolescentes;
- Envolver a comunidade local na divulgação e apoio aos participantes, com apoio de instituições locais (escola, igreja, associação de bairro);
- Capacitar a equipe para identificar e captar precocemente os tabagistas com desejo de cessar a dependência e desestimular a cultura do tabagismo;
- Reduzir em longo prazo a morbi-mortalidade causada pelo tabagismo.

4 METODOLOGIA

O presente trabalho, para a elaboração do plano de ação, foi feito em três fases: o diagnóstico situacional em saúde, revisão da literatura e elaboração do plano de ação. O diagnóstico situacional permitiu conhecer o território estudado, incluindo os principais problemas enfrentados pela UBS e obter informação sobre os problemas e de os recursos potenciais para o planejamento das ações de enfrentamento, num curto período de tempo e sem gastos econômicos e motivando da população na identificação de suas necessidades e problemas. Serão planejadas intervenções que garantam o combate ao tabagismo. O tabagismo foi o problema prioritário sob governabilidade da equipe, já que tem importância alta, urgência alta e capacidade de enfrentamento parcial (CAMPOS, 2010).

Foram utilizados como base os dados do PNAD, em Pesquisa Especial de Tabagismo (PETab), realizada em 2008 pelo IBGE, para aplicar a proporção aos dados levantados pelos agentes de saúde sobre as pessoas cadastradas na área. A revisão bibliográfica utilizará *Scielo*, *Lilacs*, sites do Ministério da Saúde, INCA e Organização Mundial da Saúde, além dos módulos de Planejamento e Avaliação das Ações em Saúde e Iniciação à Metodologia Científica, disponíveis na Biblioteca Virtual do NESCON, selecionando artigos científicos sobre o tema publicados entre os anos de 2002 e 2015.

O plano de ação, feito pelo método PES, será apresentado antes de ser implementado. O trabalho será com equipe multidisciplinar, incluindo médicos, enfermeiros, técnicos de enfermagem, médicos de apoio e agentes comunitárias de saúde em parceria com a Unidade Básica de Saúde e outros fatores, utilizando o método de Planejamento Estratégico Situacional (PES), com elaboração de um plano de ação sobre o problema identificado como prioritário. Será disponibilizada na agenda de atendimentos, uma tarde para esse grupo de pacientes, incluindo atendimento médico e grupos operativos específicos. O enfoque maior será na psico-educação. As datas ainda não foram definidas.

Para gestão do plano, o processo de acompanhamento será possível após início de implantação, podendo analisar a eficiente utilização de recursos e a comunicação entre planejadores e executores.

5 REVISÃO DE LITERATURA

5.1 Tabagismo

O tabagismo é o ato de consumir cigarros ou outros produtos que contenham tabaco, cuja droga ou princípio ativo é a nicotina. A organização Mundial da Saúde afirma que o tabagismo deve ser considerado uma pandemia, e, como tal, precisa ser combatido. É a principal causa de morte evitável do mundo (INCA, 2013).

A nicotina é uma substância altamente indutora de dependência, pois tem alto poder de modificar a biologia e fisiologia do sistema nervoso central (SBPT, 2004).

O tabagismo é uma doença crônica que surge devido à dependência da nicotina, estando, portanto, inserido, desde 1997, na Classificação Internacional de Doenças (CID10) da Organização Mundial de Saúde (OMS), dentro do grupo de transtornos mentais e de comportamento decorrentes do uso de substâncias psicoativas (ROSEMBERG, 2004).

O tabaco contém aproximadamente 4.720 substâncias químicas, destas, 43 substâncias provocam câncer, chamadas carcinogênicas, e alteram o núcleo das células. A nicotina é uma droga que apresenta alto poder de modificar a biologia e a fisiologia do cérebro, sendo fortemente indutora de dependência. Outra substância altamente cancerígena é o alcatrão. Com todos esses dados, é fácil concluir que o hábito de fumar pode trazer consequências devastadoras para o organismo humano (BRASIL, 2014, p. 09).

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

O tabagismo responde atualmente por 40 a 50% de todas as mortes por câncer, 90 a 95% dos óbitos por câncer de pulmão, 75% das mortes por DPOC, cerca de 35% das mortes por doenças cardiovasculares, entre 35 a 69 anos de idade, nos países desenvolvidos. Hoje o tabaco resulta em 15% dos óbitos totais nestes países (WHO, 2008).

Enquanto nos países em desenvolvimento os fumantes constituem 48% da população masculina e 7% da população feminina, nos países

desenvolvidos a participação das mulheres mais do que triplica: 42% dos homens e 24% das mulheres têm o comportamento de fumar.

O Teste de Fagerstrom para Dependência de Nicotina tem o objetivo de estimar o grau de dependência da nicotina. Ele é utilizado mundialmente como ferramenta de avaliação, em substituição a outros testes bem mais caros, que consomem mais tempo e são invasivos. Ele foi desenvolvido e introduzido pelo Karl Fagerström em 1974, como questionário de tolerância de Fagerström (FTQ) (PIETROBON, 2007).

O teste consiste em um questionário de seis perguntas de escolha simples (Figura 4). Para cada alternativa das questões do teste, existe uma pontuação. A soma dos pontos permitirá a avaliação do seu grau de dependência de nicotina. É um instrumento que tem demonstrado associação entre medidas bioquímicas relacionadas com a quantidade de cigarros usada, através das dosagens de cotinina plasmática, urinária e gás carbônico no ar expirado. O FTND permite prever desconforto ao deixar de fumar e a necessidade de tratamento para controle da síndrome de abstinência. Conclusão sobre o grau de dependência: 0-2 pontos = muito baixo; 3-4 pontos = baixo; 5 pontos = médio; 6-7 pontos = elevado; 8-10 pontos = muito elevado. Uma soma acima de 6 pontos indica que, provavelmente, o paciente terá síndrome de abstinência ao deixar de fumar (PIETROBON, 2007).

Figura 5: Teste de Fagerstom

1. Quanto tempo após acordar você fuma seu primeiro cigarro?	
(1) Dentro de 5 minutos	3
(2) Entre 6-30 minutos	2
(3) Entre 31-60 minutos	1
(4) Após 60 minutos	0
(5) Não fuma	
2. Você acha difícil não fumar em lugares proibidos, como igrejas, ônibus, etc.?	
(1) Sim	1
(0) Não	0
3. Qual cigarro do dia traz mais satisfação?	
(1) O primeiro da manhã	1
(2) Outros	0
(3) Nenhum	
4. Quantos cigarros você fuma por dia?	
(1) Menos de 10	0
(2) De 11 a 20	1
(3) De 21 a 30	2
(4) Mais de 31	3
(5) Não fuma	
5. Você fuma mais frequentemente pela manhã?	
(1) Sim	1
(0) Não	0
6. Você fuma mesmo doente?	
(1) Sim	1
(0) Não	0

Fonte: PIETROBON (2007)

O controle da epidemia do tabagismo é considerado pela Organização Mundial da Saúde como um dos maiores desafios de saúde pública. Esse

status se dá pela droga afetar não apenas a saúde dos fumantes, mas também as dos que com eles convivem, em ambientes poluídos pela fumaça do tabaco (KROEFF, 2010)

5.2 Epidemiologia

A prevalência de fumantes no mundo é de 1,3 bilhão, considerando-se pessoas de 15 ou mais anos, constituindo um terço da população global. Desses, 900 milhões estão em países em desenvolvimento e 250 milhões são mulheres. No Brasil, há 27,9 milhões de fumantes, consumindo 110 bilhões de cigarros por ano (WHO, 2008).

A idade média de início de consumo está entre 13 e 14 anos, mas a vulnerabilidade para dependência não está relacionada apenas à idade. O uso das demais drogas entre os adolescentes declina com a idade; Isso, no entanto, não acontece com o tabaco. Estima-se que 60% daqueles que venham a fumar por mais de seis semanas irão continuar fumando por mais 30 anos e que 30% a 50% das pessoas que começam a fumar criam dependência decorrente do uso problemático. A expectativa de vida de um indivíduo que fuma muito é 25% menor que a de um não fumante (MARQUES, 2002).

Dados do Ministério da Saúde apontam que no Brasil, cerca de 63% dos homens e 33% das mulheres adultas fumam cigarro, dentre estes, os com menores condições socioeconômicas e níveis educacionais fumam mais. O cigarro brasileiro tem o preço muito baixo, sendo o sexto mais barato do mundo em comparação com países desenvolvidos e em desenvolvimento, tornando-o um produto de acesso físico simples, facilitando a iniciação entre crianças e adolescentes (BRASIL, 2003).

Em 2013, foi realizada a primeira edição da Pesquisa Nacional de Saúde (PNS), em convênio entre IBGE e Ministério da Saúde. Intitulada “Percepção do estado de saúde, estilos de vida e doenças crônicas no Brasil, Grandes Regiões e Unidades da Federação”, apresenta os dados sobre a prevalência de adultos fumantes. Esta pesquisa mostra que o país possui 21.519.000 pessoas com 18 anos ou mais de idade fumantes atuais de cigarro, correspondendo a 14,5% da população. Demonstrou também que a proporção é maior na zona rural: 16,2% das pessoas da área rural fumam, enquanto que

na área urbana este percentual é de 14,29%. Os dados foram analisados ainda por nível de instrução, tendo mais prevalência quanto menor a escolaridade: 19,3% na população sem instrução/fundamental incompleto *versus* 8,7% em pessoas com nível superior completo. Em Alagoas, esta diferença é ainda maior. A proporção geral no estado foi de 12,7% tabagistas com 18 anos ou mais de idade (IBGE, 2014).

A mortalidade anual relacionada ao tabaco, no mundo, é de 5,4 milhões de pessoas, sendo um óbito a cada dez adultos, dos quais 70% em países em desenvolvimento. A mortalidade nos adultos está sendo maior que o número de óbitos por HIV, malária, tuberculose, alcoolismo, causas maternas, homicídios e suicídios combinados. No Brasil, ocorrem 200 mil óbitos por ano. A previsão para o ano 2.020 é ocorrerem, no mundo, 10 milhões de óbitos, sendo 7 milhões nos países em desenvolvimento (MIRRA, 2009).

O câncer de pulmão, no Brasil, é a maior causa de mortalidade por neoplasia para ambos os sexos. Assim como em outros países em desenvolvimento, espera-se um aumento gradativo no diagnóstico de novos casos dessa neoplasia. Se o diagnóstico é protelado, o início do tratamento é, em consequência, invariavelmente retardado (LISTA, 2008).

O declínio da prevalência do tabagismo na população brasileira tem sido constante desde o final da década de 80. Até 2003, foi mais intenso entre os homens. A partir daquele ano, a queda tornou-se mais pronunciada entre as mulheres. As mais altas prevalências de tabagismo encontram-se no Sudeste e Sul, as duas regiões com as maiores incidências de neoplasias estritamente relacionadas ao tabaco (cavidade oral, esôfago e pulmão) (WUNSCH FILHO, 2010, p. 17).

No Brasil, a redução de fumantes a partir da década de 90 até o momento foi de 33,2% para 15,2%, na população acima de 18 anos (ARAÚJO, 2004).

Não havendo uma mudança de curso da exposição mundial ao tabagismo, a Organização Mundial de Saúde estima que o número de fumantes passará do ano 2000 a 2030 de 1,2 bilhões para 1,6 bilhões e que o número de mortes anuais atribuíveis ao tabagismo aumentará de 4,9 milhões para 10 milhões, sendo que 70% ocorrerão nos países menos desenvolvidos (MORAES, 2006).

A morbidade e a mortalidade pelo tabaco tenderão a aumentar significativamente nas próximas décadas, devido à prevalência do hábito e pelas políticas agressivas das empresas do tabaco. Esta projeção impõe a implementação urgente de efetiva política antitabagista (ROSEMBERG, 2004).

5.3 Fatores de Risco

O conceito atual de dependência química é descritivo, baseado em sinais e sintomas. Isso lhe conferiu objetividade. O novo conceito, além de trazer critérios diagnósticos claros, apontou para a existência de diferentes graus de dependência, rejeitando a ideia dicotômica anterior (dependente e não dependente). Desse modo, a dependência é vista como uma síndrome, determinada a partir da combinação de diversos fatores de risco, aparecendo de maneiras distintas em cada indivíduo (MARQUES, 2002).

Apesar do incontestável sucesso da política de controle do tabagismo no país, as ações de prevenção devem considerar que as parcelas da população com piores condições socioeconômicas e com baixo nível educacional são as que apresentam taxas mais altas de prevalência de tabagismo. Dentro destes segmentos populacionais, os adolescentes representam uma prioridade (WUNSCH FILHO, 2010, p. 15).

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

A adolescência é o período de transição entre a infância e a idade adulta, caracterizado por intenso crescimento somático, desenvolvimento da capacidade de abstração e ampliação das referências sociais. Nesta etapa da vida, o ambiente influencia a saúde e o desenvolvimento físico e psicossocial do adolescente. Trata-se de uma época de experimentação natural, que pode levar ao aparecimento de comportamentos de risco, tais como: início precoce da atividade sexual, não utilização de proteção no ato sexual, hábitos alimentares inadequados, níveis baixos ou excessivos de atividade física, uso de tabaco, álcool e outras substâncias psicoativas. Desses, um dos comportamentos de risco mais difundidos na adolescência é o consumo experimental e recreativo de substâncias psicoativas, dentre elas o cigarro (OLIVEIRA *et al.*, 2010, p. 16).

Malcon *et al.* (2003) em artigo de revisão sobre fatores de risco para tabagismo em adolescentes da América do Sul, identificou o hábito de fumar entre irmãos e amigos como principal fator de risco para tabagismo na adolescência. O baixo rendimento escolar, a idade mais avançada, o sexo masculino, o trabalho remunerado e a separação dos pais também foram identificados como fatores de risco (MALCON *et al.*, 2003).

A idade escolar é um momento oportuno para a realização de ações de controle do tabagismo, pois a grande maioria dos fumantes começa a fumar nessa fase da vida, coincidindo com a crise da adolescência, da autoestima, da formação da consciência crítica, crenças e incorporações de hábitos que, geralmente, estarão presentes por toda a vida (MORAES, 2006, p. 11).

Os fatores potencializadores da iniciação e da manutenção são o fácil acesso, o baixo custo, a publicidade e a aceitação social (GUINDON *et al.*, 2002).

A experimentação do tabaco geralmente está vinculada à busca das propriedades psicofarmacológicas prazerosas promovidas pela nicotina, expressa pela ligação desta com os receptores colinérgicos nicotínicos nos gânglios autonômicos, junção neuromuscular e sistema nervoso central. A estimulação desses receptores resulta no aumento da liberação de vários neurotransmissores, em especial a dopamina, que exerce elevada representatividade na dependência química em questão (DA CUNHA *et al.*, 2007, p. 21).

O suporte social é fundamental para a melhora do prognóstico dos dependentes de substâncias psicoativas. Uma investigação completa deve abordar a situação do indivíduo no emprego e na família, a estabilidade do núcleo familiar e a disponibilidade desta para cooperar no tratamento do paciente. Caso não haja tal apoio, uma rede de suporte social deverá ser organizada. O serviço social é o mais indicado para auxiliar o médico nessa tarefa (MARQUES, 2003).

O tabagismo representa um importante acelerador do processo de envelhecimento, comprometendo não apenas a expectativa, mas a qualidade de vida também. Fumantes com idade superior a 50 anos apresentam maior dependência da nicotina, fumam há mais tempo e um maior número de cigarros, tendo

mais problemas de saúde relacionados ao tabagismo, e dificuldade maior em parar de fumar (GOULART, 2010, p. 09).

5.4 Consequências

Hoje existem mais de 50 doenças relacionadas ao tabagismo, atingindo principalmente os aparelhos respiratório (doença pulmonar obstrutiva crônica - DPOC, algumas doenças intersticiais, agravamento da asma), cardiovascular (aterosclerose, arterial coronariana, acidente vascular cerebral - AVC, aneurisma, tromboangeíte obliterante, associação tabaco-anovulatório), digestivo (refluxo gastroesofágico, úlcera péptica, doença de Crohn, cirrose hepática), genitourinário (disfunção erétil, infertilidade, hipogonadismo, nefrite), neoplasias malignas (cavidade oral, faringe, esôfago, estômago, pâncreas, cólon, reto, fígado e vias biliares, rins, bexiga, mama, colo de útero, vulva, leucemia mieloide), na gravidez e no feto (infertilidade, abortamento espontâneo, descolamento prematuro da placenta, placenta prévia, pré-eclâmpsia, gravidez tubária, menor peso ao nascer, parto prematuro, natimortos, mortalidade neonatal, malformações congênitas, prejuízo no desenvolvimento mental em idade escolar) e outras (envelhecimento da pele, psoríase, osteoporose, artrite reumatoide, doença periodontal, cárie dental, estomatites, leucoplasias, língua pilosa, pigmentação melânica, halitose, queda das defesas imunitárias) (VIEGAS, 2007, p. 17).

Entre as repercussões socioeconômicas ocorrem: desvio de renda (menos gastos com as necessidades básicas) e perda de produtividade (por retenção no leito, absenteísmo no trabalho, pensões, acidentes, assistência médica, invalidez e mortes precoces) (MIRRA, 2011).

No âmbito ecológico, dentre as repercussões do tabaco, podemos citar na cultura do tabaco (empobrecimento do solo, uso de pesticidas e fertilizantes), na produção dos produtos do tabaco (cura do tabaco - uso de mata nativa e reflorestada; na fabricação - destruição de uma árvore para 300 cigarros) e provocação de incêndios (30%) (MIRRA, 2011).

A doença pulmonar obstrutiva crônica (DPOC) caracteriza-se por redução progressiva do fluxo aéreo de maneira não reversível e tem como principal fator de risco o tabagismo. A inflamação das vias aéreas é considerada o principal mecanismo envolvido no desenvolvimento da DPOC (CALVERLY, 2003).

Está estabelecida a relação definitiva entre tabagismo e câncer de pulmão. Por ser uma doença de caráter insidioso, oligossintomática no seu início e de hábito agressivo, frequentemente é diagnosticada já em estádios localmente avançados ou disseminado (LISTA, 2008).

O tabagismo, bem como o uso de outras drogas aditivas, tende a se estabelecer durante a adolescência. Quanto mais precoce a idade do início, maior a probabilidade do indivíduo tornar-se dependente da nicotina. Como conseqüência, os adolescentes fumantes sofrem um expressivo risco de virem a desenvolver algum tipo de câncer tabaco-relacionado ainda na vida adulta produtiva, com grande repercussão em termos de anos de vida perdidos para a sociedade (WUNSCH FILHO, 2010, p. 02).

O risco de morte por CA de pulmão é 20 vezes maior em fumantes do que não fumantes. Os outros fatores de risco são considerados secundários: genética, radiação, exposição a outras substâncias químicas (INCA, 2010).

A fisiopatologia do tabagismo nas doenças cardiovasculares envolve diversos mecanismos. O fumo causa hipóxia tecidual ao produzir carboxihemoglobina, composto altamente estável com a hemoglobina, que desloca a reação normal do oxigênio com a hemoglobina e assim menos oxigênio chega às células. O metabolismo anaeróbio devido à diminuição do oxigênio leva a produção de oxidantes que lesam as células. Além disso, a nicotina age como vasoconstritora elevando a resistência vascular e a pressão arterial. É importante lembrar que a afinidade da hemoglobina pelo monóxido de carbono é cerca de 200 vezes maior do que pelo oxigênio, e, portanto, mesmo em concentrações baixas de monóxido de carbono alveolar, fumantes apresentam níveis significativos de carboxihemoglobina (5-15% em fumantes; 0,5 a 3% em não fumantes) (FURTADO, 2003).

As doenças cardíacas são as principais causa de morte em quase todas as regiões do mundo. Os três fatores de risco preveníveis para doença coronariana são tabagismo, hipertensão arterial e hipercolesterolemia (SBPT, 2004).

O tabagismo passivo é a inalação por não fumantes da fumaça da queima de derivados do tabaco. É também denominado exposição involuntária ao fumo ou à poluição tabagística ambiental - PTA (SBPT, 2008). Está relacionado a diversas doenças respiratórias: exacerbação da asma,

desenvolvimento e agravamento de DPOC, câncer de pulmão (VINEIS *et al.*, 2005).

A exposição do feto ao fumo materno é o exemplo mais grave de tabagismo passivo. Neonatos de gestantes fumantes têm peso inferior ao das gestantes que não fumam e chance dobrada de prematuridade. Dentre outros desfechos indesejáveis da gestação em fumantes estão o risco aumentado de placenta prévia, gravidez tubária, aborto espontâneo e síndrome da morte súbita na infância. Vinte e cinco a 40% dos casos de síndrome de morte súbita infantil é atribuída ao tabagismo durante a gestação. É considerado um dos maiores fatores de risco evitáveis dessas perdas (NUNES; CASTRO, 2010, p. 14).

O fumo na gravidez é responsável por 20% dos casos de fetos com baixo peso ao nascer, 8% dos partos prematuros e 5% de todas as mortes perinatais. Estudos mostram que o tabagismo na gestação pode contribuir para a síndrome da morte súbita do bebê, além de causar importantes alterações no desenvolvimento do sistema nervoso fetal. O monóxido de carbono liga-se à hemoglobina materna e fetal no sítio onde se deveria ligar o oxigênio, com afinidade 200 vezes maior que este. O produto dessa ligação é a carboxihemoglobina. A hemoglobina fetal tem uma ligação com o monóxido de carbono mais forte que a hemoglobina materna, resultando em níveis de carboxihemoglobina mais elevados na circulação fetal. As altas concentrações de carboxihemoglobina provocam hipóxia tecidual (LEOPÉRCIO, 2004).

5.5. Controle do Tabagismo

O consumo do tabaco é um dos maiores problemas de saúde pública, de proporções internacionais. A planta, de origem americana, chegou à Europa no século XVI. Seu consumo já esteve associado a comportamentos sociais que iam do glamour à rebeldia. O combate ao fumo e seus malefícios ganhou fôlego apenas nos últimos vinte anos (MARQUES, 2003).

A pessoa que fuma fica dependente da nicotina. Considerada uma droga bastante poderosa, a nicotina atua no sistema nervoso central como a cocaína, heroína, álcool, com uma diferença: chega ao cérebro em apenas 7 a 19 segundos. É normal, portanto, que, ao parar de fumar, os primeiros dias

sem cigarros sejam os mais difíceis, porém as dificuldades tendem a ser menores a cada dia.

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

O tabagismo representa uma fonte de risco e a causa principal de inúmeras doenças. Porém, o desejo de parar de fumar é maior entre aqueles que reconhecem ser esse hábito prejudicial à saúde. Os benefícios adquiridos com a interrupção do hábito de fumar são maiores entre os mais jovens, mas o abandono do tabagismo, em qualquer idade, reduz o risco de morte e melhora a condição geral de saúde (GOULART, 2010).

A prática regular da atividade física é um excelente auxílio na melhora do estado psicológico, como por exemplo no controle da ansiedade ou outras alterações orgânicas no processo de cessação do tabaco. Pode auxiliar o fumante e o ex-fumante a obter uma maior aptidão física, melhorando sua qualidade de vida e diminuir o risco de doenças crônicas, como problemas cardíacos que estão relacionados intimamente com o tabaco (NAHAS, 2001).

Reconhecendo que a propagação da epidemia do tabagismo é um problema global com sérias consequências para a saúde pública, A OMS desenvolveu entre 1999 e 2003 a Convenção-Quadro para o Controle do Tabaco (*WHO Framework Convention on Tobacco Control*), que entrou em vigor em fevereiro de 2005. A Convenção-Quadro para o Controle do Tabaco (CQCT) foi o primeiro tratado internacional de saúde pública da história da OMS e representa um instrumento de resposta dos 192 países membros da Assembleia Mundial da Saúde à prevalência do tabagismo em todo o mundo. Em 10 anos, é o acordo com maior número de adesões: 180 países até 04 de março de 2015. No Brasil, entrou em vigor em fevereiro de 2006, por meio do Decreto nº 5.658 de 2 de janeiro de 2006 (WHO, 2005) (INCA, 2015).

No Brasil, o Programa Nacional de Controle do Tabagismo (PNCT) abrange a promoção de ambientes livres do fumo e a implantação de projetos para a cessação de fumar, na rede do SUS. Busca promover a interação entre

as áreas de saúde e educação nos estados, municípios e em nível federal (BRASIL, 2013).

O PNCT, coordenado pelo Instituto Nacional de Câncer - INCA, identifica como passos necessários para reduzir o tabagismo: evitar a dependência, em especial entre crianças e adolescentes; promover ações para estimular a cessação; proteger os não-fumantes dos perigos da fumaça ambiental do tabaco e promover a redução dos danos causados pelo tabaco, através de medidas de regulamentação do produto (INCA, 2013).

Desde 1996, o Brasil conta com uma lei federal número 9.294 que restringe o uso – e também a propaganda – de produtos derivados de tabaco em locais coletivos, públicos ou privados, com exceção às áreas destinadas para seu consumo, desde que isoladas e ventiladas (fumódromos) (BRASIL, 2012).

5.6. Opções Terapêuticas

O tratamento do tabagista apresenta ótimo custo-efetividade nos cuidados em saúde.

Existem vários métodos utilizados para cessação do tabagismo, desde material de autoajuda, tipo folhetos, manuais, aconselhamento telefônico reativo, passando por aconselhamento telefônico pró-ativo, aconselhamento face a face mínimo, intensivo, individual ou em grupo de apoio. Estudos de meta-análise mostram que a utilização de material de autoajuda apresenta baixa efetividade em termos de cessação do tabagismo, comparada a outras formas de cessação. O aconselhamento telefônico pró-ativo, realizado por um conselheiro com ligações posteriores aumenta as taxas de cessação comparado ao aconselhamento mínimo (STEAD, 2006).

O sucesso na cessação do tabagismo é tão maior quanto mais intensiva a abordagem. Tanto a abordagem individual quanto a em grupo são eficazes, sendo ideal um tempo de abordagem de 90 minutos, e um mínimo de quatro sessões para resultados satisfatórios (MIRRA, 2011).

Recomenda-se o tratamento farmacológico para todo fumante acima de 18 anos, com consumo maior do que 10 cigarros/dia, sendo esta uma medida

efetiva para cessação do tabagismo. Para outros grupos, o tratamento farmacológico não está bem estabelecido (JOREMBY, 2006).

A escolha quanto à prescrição de medicamentos deve ser baseada no grau de dependência à nicotina, nas características individuais do paciente, incluindo comorbidades, devendo-se também conhecer os efeitos adversos e contraindicações de cada fármaco. As opções disponíveis são: adesivos de nicotina, goma ou pastilha de nicotina, Bupropiona, Vareniclina, Clonidina e Nortriptilina (TONSTAD, 2006).

A redução da dose deve ser realizada em intervalo de quatro a seis semanas, e o período total de uso deve ser de 6 a 14 semanas. A suspensão da medicação após as 12 semanas de tratamento é a conduta recomendada. Entretanto, fumantes que referem sintomas de abstinência persistentes e/ou que apresentaram recaída após suspensão da medicação em tratamentos anteriores podem obter benefícios com o uso prolongado de medicações (SILAGY, 2004).

6 PLANO DE AÇÃO

6.1 Definição do Problema

Por meio do planejamento estratégico situacional, foi definido como foco de intervenção a ausência de uma abordagem específica para cessação do tabagismo. Outros problemas definidos foram: abuso e dependência de psicofármacos, baixo nível socioeconômico, desemprego, falta de medicamentos na UBS.

6.2 Priorização dos Problemas

O principal critério utilizado para escolha das prioridades foi a governabilidade sobre o problema, compreendendo que a capacidade de enfrentamento é parcial. A escolha do vício do tabagismo como primeira prioridade foi baseada ainda no seu alto grau de importância, já que ele interfere negativamente nas principais morbidades que afligem a população do território (hipertensão, diabetes *mellitus* e câncer).

Quadro 1: Planejamento das ações a partir dos nós críticos

Principais problemas	Importância	Urgência	Capacidade de enfrentamento	Seleção
Tabagismo	Alta	5	Parcial	1
Abuso de psicofármacos	Alta	4	Parcial	2
Baixo nível sócio-econômico	Alta	5	Parcial	3
Desemprego	Alta	4	Fora	4
Falta de medicamentos na UBS	Alta	4	Parcial	5

Fonte: Autoria Própria (2015).

6.3 Descrição do Problema Selecionado

A estimativa do número de tabagistas no território da equipe Ingá é de 310 pessoas.

Para a descrição do problema, foram utilizados os dados do PNAD, em Pesquisa Especial de Tabagismo (PETab), realizada em 2008 pelo IBGE. O cálculo da estimativa de tabagistas é proposto pelo Programa Nacional de Controle do Tabagismo (PNCT), na portaria interministerial nº 571 de 5 de abril de 2013: “cada equipe poderá ter a prevalência de pessoas tabagistas por meio de registros próprios, de inquéritos locais ou da PNAD 2008, observando os dados do seu estado”. Aplicado na área: A UBS Ingá, localizada no estado de Alagoas, tem 2189 pessoas com 15 anos ou mais de idade cadastradas. Considerando o percentual de pessoas tabagistas com mais de 15 anos de idade no estado (14,2%), o número estimado de fumantes na equipe é de 310 pessoas (IBGE, 2008).

Foi estimado também o número de usuários tabagistas que serão atendidos em 1 ano pela equipe da atenção básica, também guiado pelo PNCT. Considerando o percentual de tabagistas da região nordeste que desejam parar de fumar nos próximos 12 meses (11,2%), o número estimado de tabagistas que desejam parar de fumar na UBS Ingá (que tem 310 tabagistas) é de 35 pessoas. Na prática, este número aproximado de pacientes atendidos para a cessação do tabagismo irá auxiliar a organização das ações.

6.4 Seleção dos Nós Críticos

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

Os nós críticos foram selecionados considerando a capacidade de intervenção da equipe e o quanto eles interferem para manter o tabagismo.

- São eles:
- 1) Hábitos e estilo de vida
 - 2) Nível de informação baixo
 - 3) Processo de trabalho da equipe

6.5 Desenho das Operações

Embasado nós críticos, foram elaboradas operações, os recursos necessários e os resultados esperados.

Quadro 2: Desenho das operações do plano de ação

Nó crítico	Operação/projeto	Resultados esperados	Produtos e resultados	Recursos necessários
Hábitos e estilo de vida	Viver melhor/ Modificar estilos	Aumentar realização de atividade física e alimentação saudável; diminuir tabagismo	Campanha educativa. Ações na UBS	Organizacional: espaços para atividades físicas Cognitivo: informações e estratégias Político: conseguir o local, mobilização social Financeiro: recursos audiovisuais, folhetos educativos
Nível de informação	+conscientização/ Aumentar o nível de informação da população sobre os riscos do tabaco	População mais informada sobre os malefícios do cigarro. Desmistificar a cultura do tabaco	Palestras na UBS. Palestras no programa saúde na escola. Avaliação do nível de informação da população	Financeiro: impressão de panfletos, recursos audiovisuais; Político: espaço na escola; Cognitivo: informação da equipe de saúde; Organizacional: folhetos educativos
Processo de trabalho da equipe	Linha de cuidado/ Cessação do tabagismo e promoção de saúde	Cobertura de não tabagistas (promoção e prevenção primária) e encorajar a cessação do tabagismo.	Recursos humanos capacitados. Programa nacional de cessação do tabagismo implantado.	Financeiro e político: disponibilização de medicamentos pela Secretaria Municipal de Saúde Organizacional:

		Garantir medicamentos propostos pelo PNCT.		colaboração de outros profissionais de saúde Cognitivo: informações
--	--	--	--	--

Fonte: Autoria Própria (2015).

6.6. Identificação dos recursos críticos

Este passo consistiu na análise dos recursos críticos.

Quadro 3: Identificação dos recursos críticos

Operação/Projeto	
Viver melhor	Organizacional e político> conseguir espaço para atividades físicas
+conscientização	Financeiro>para aquisição de recursos audiovisuais, folhetos educativos
Linha do cuidado	Financeiro>recursos necessários para estruturar o serviço (custeio, medicamentos e equipamentos) Político e organizacional>articulação entre os setores da saúde e adesão dos profissionais

Fonte: Autoria Própria (2015).

6.7 Análise da viabilidade do plano

Quadro 4: Análise dos Recursos críticos, atores e ações

Operação	Recurso Crítico	Ator que Controla	Motivação	Ações Estratégicas
Hábitos e estilo de vida	Organizacional e político> conseguir espaço para atividades físicas	Secretário de Saúde	Favorável	Não é necessária
+conscientização	Financeiro>para aquisição de recursos audiovisuais, folhetos educativos	Equipe de Saúde da UBS; gestores.	Favorável	Apresentar pré-projeto de TCC
Linha do cuidado	Financeiro>recursos necessários para estruturar o serviço (custeio, medicamentos e equipamentos) Político e	Ministério da saúde; Gestores municipais.	Indiferente	Articulação entre Ministério da Saúde e SMS

	organizacional>articulação entre os setores da saúde e adesão dos profissionais			
--	---	--	--	--

Fonte: Autora própria (2015).

6.8. Elaboração do plano operativo

A elaboração do plano operativo consistiu em estabelecer prazos e metas.

Quadro 5: Elaboração do plano operativo

Operação	Resultados	ProEndemias e epidemias	Prazo
Hábitos e estilo de vida	Diminuir em 20% o número de sedentários e obesos em 1 ano;	Programa de caminhada orientada, programa “lanche saudável”	3 meses
+conscientização	Diminuir a incidência de tabagismo; População mais informada sobre os malefícios do tabagismo	Campanha educativa; Programa de Saúde Escolar	6 meses
Linha do cuidado	Diminuir a prevalência do tabagismo; Atender aos tabagistas interessados na cessação do tabagismo.	Programa Nacional de Cessação do Tabagismo implantado; recursos humanos capacitados; medicamentos disponíveis	12 meses

Fonte: Autoria própria (2015).

6.9. Gestão do Plano de ação

O acompanhamento do projeto será feito através de reuniões mensais. As ações estratégicas devem ser sempre executadas e avaliadas ao mesmo tempo para que os problemas sejam detectados e corrigidos no menor tempo possível.

O sistema de gestão deve garantir, além disso, a eficiente utilização dos recursos, com plena comunicação entre os planejadores e executores. Tem que ser observado se o prazo foi cumprido e com integrantes da equipe participando como foi determinado.

É importante saber qual é o estado de satisfação da população com as mudanças e se tem alguma nova sugestão.

7 CONSIDERAÇÕES FINAIS

O projeto de intervenção proposto é abrangente ao planejar ações tanto na prevenção da iniciação ao tabagismo quanto na abordagem daqueles que já adquiriram o vício. Além disso, propões ações contínuas na medida em que o tema é inserido na rotina do ambiente da estratégia de saúde da família. Concluímos que não há intervenção única para abordar um problema de saúde de alta complexidade como o tabagismo.

São necessárias ações coletivas em saúde para conscientização de toda a população, ações para prevenir a iniciação e para ajudar os fumantes a deixarem o hábito. Além disso, combater a cultura do tabaco e empresas que lucram com a produção de cigarros.

O apoio dos familiares juntamente com o acolhimento da equipe é fundamental no sucesso do tratamento. Assim, o acolhimento e acompanhamento são estratégicos à medida que proporcionam o conhecimento do usuário. Dessa forma, a intervenção pode ser individualizada e direcionada, garantindo maior eficácia. A sinergia entre as partes envolvidas garante melhores resultados.

Com base no trabalho proposto, concluiu-se que:

- Apesar de haver um programa nacional de combate ao tabagismo, é essencial elaborar um planejamento local que valorize as particularidades da comunidade;
- Não basta atingirmos apenas os usuários que já iniciaram o vício. É essencial elaborar ações de prevenção para evitar novos tabagistas.
- Os profissionais que trabalham na estratégia de saúde da família devem agir conjuntamente;
- Ações em nível de atenção primária para educação devem ser priorizadas, envolvendo a comunidade e o adolescente como alvo.

REFERÊNCIAS

- ARAÚJO, A. J. *et al.* Diretrizes para Cessação do Tabagismo. **Jornal brasileiro de pneumologia**, Ago 2004, vol.30, suppl.2, p.S1-S76.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Instituto Nacional de Câncer. Organização Pan-Americana da Saúde. **Pesquisa especial de tabagismo – PETab: Relatório Brasil / Organização Pan-Americana da Saúde**. Rio de Janeiro: INCA, 2011.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Instituto Nacional de Câncer José de Alencar Gomes da Silva. Fundação Oswaldo Cruz (Fiocruz). **O controle do tabaco no Brasil: uma trajetória**. Rio de Janeiro: INCA, 2012.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Instituto Nacional do Câncer. **Abordagem e tratamento do fumante**. Rio de Janeiro: INCA, 2001.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Análise de Situação de Saúde. **Plano de Ações Estratégicas para o Enfrentamento das Doenças Crônicas não Transmissíveis (DCNT) no Brasil 2011-2022**. Brasília: Ministério da Saúde, 2011. 160 p.
- BRASIL. Ministério da Saúde. **Diretrizes de cuidado à pessoa tabagista no âmbito da Rede de Atenção à Saúde no Sistema Único de Saúde**. Portaria nº 571. Brasília, 2013.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Portal Brasil. **Dia Nacional de Combate ao Fumo**. 2014. Disponível na internet via URL: <<http://www.brasil.gov.br/saude/2014/08/cigarro-mata-mais-de-5-milhoes-de-pessoas-segundo-oms>> Arquivo consultado em 27 de agosto de 2015.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Instituto Nacional do Câncer – INCA. **Programa de Controle do Tabagismo: modelo lógico e avaliação**. 2ª Edição, Rio de Janeiro, 2003.
- CALVERLY, P. M. A.; WALKER, P. Chronic obstructive pulmonary disease. **Lancet**, n.362, p.1053-61, 2003.
- CAMPOS, F. C. C.; FARIA, H. P.; SANTOS, M. A. Elaboração do plano de ação. **Planejamento e avaliação das ações em saúde**. 2ª ed. Belo Horizonte: Nescon/UFMG, 2010. 118p. : il.
- DA CUNHA, G.H *et al.* Nicotina e tabagismo. **Revista Eletrônica Pesquisa Médica**. Vol.1, nº4, 2007.
- DOLL, R. *et al.* Mortality in relation to smoking: 50 years' observations on male British doctors. **British medical journal**, n.328, p.1519-1528, 2004.
- ESSON, K.; LEEDER, S. The Millennium Development Goals and Tobacco Control. **World Health Organization**, Geneve, 2004.
- FURTADO, R. D. Implicações anestésicas do tabagismo. **Revista Brasileira de Anestesiologia**, vol. 52, nº 3, Campinas, 2003.

GOULART, D. *et al.* Tabagismo em idosos. **Revista brasileira de geriatria e gerontologia** [online]. 2010, vol.13, n.2, pp. 313-320. ISSN 1809-9823. <http://dx.doi.org/10.1590/S1809-98232010000200015>.

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

IBGE. Instituto Brasileiro de Geografia e estatística. **PETab - Pesquisa Especial de tabagismo**. 2008 Disponível na internet via URL: <<http://www.ibge.gov.br/home/estatistica/populacao/trabalhoerendimento/pnad2008/suplementos/tabagismo/>> Arquivo consultado em 05 de Junho de 2015.

IBGE. Instituto Nacional de Geografia e Estatística. Pesquisa Nacional de Saúde (PNS). **Percepção do estado de saúde, estilos de vida e doenças crônicas Brasil, Grandes Regiões e Unidades da Federação**. Rio de Janeiro, 2014.

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

INCA. Instituto Nacional do Câncer. **Dados e fatos de 12 capitais brasileiras**. Ministério da saúde. Rio de Janeiro, 2010.

INCA. Instituto Nacional do Câncer. **Programa Nacional de Controle do Tabagismo**. Rio de Janeiro, 2013.

INCA. Instituto Nacional do Câncer. **O que é convenção-quadro para o controle do tabaco**. Rio de Janeiro, 2015.

JOREMBY, D. *et al.* Efficacy of varenicline, an alpha4beta2 nicotinic acetylcholine receptor partial agonist, vs placebo or sustained-release bupropion for smoking cessation: a randomized controlled trial. **JAMA** 2006; 296: 56-63.

KROEFF, L.; MENGUE, S. S. Análise dos gastos individuais com tabagismo a partir da Pesquisa de Orçamentos Familiares de 2002-2003. **Caderno de Saúde Pública**. Rio de Janeiro, vol.26, nº12, p2334-2342, dezembro, 2010.

LEOPÉRCIO, W.; GIGLIOTTI, A. Tabagismo e suas peculiaridades durante a gestação: uma revisão crítica. **Jornal Brasileiro de Pneumologia**, vol. 30, nº 2, São Paulo, 2004.

LISTA, M. *et al.* Excessiva demora no diagnóstico clínico do câncer de pulmão. Depende do médico, do paciente ou do sistema. **Arq Med Hosp Fac Cienc Med Santa Casa São Paulo**. 2008; 53(1): 6-9.

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

MARQUES, A. C. P. R.; RIBEIRO, M. **Usuários de substâncias psicoativas: abordagem, diagnóstico e tratamento**. Ed. São Paulo. Conselho Regional de Medicina do Estado de São Paulo/Associação Médica Brasileira, 2003

MANHÃES, A; VILLAÇA, Y. FAPERJ. Fundação de Amparo à Pesquisa do Estado do Rio de Janeiro. **Alterações comportamentais e bioquímicas em um modelo experimental de exposição à fumaça do cigarro durante a adolescência**. Rio de Janeiro, 2009.

MIRRA, A. P. *et al.* **Tabagismo**. Primeiras Diretrizes Clínicas na Saúde Suplementar – Agência Nacional de Saúde Suplementar; Associação Médica Brasileira; Conselho Federal de Medicina, Rio de Janeiro, 2009.

MIRRA, A. P. *et al.* **Tabagismo**. Diretrizes Clínicas na Saúde Suplementar – Agência Nacional de Saúde Suplementar; Associação Médica Brasileira; Conselho Federal de Medicina. Projeto Diretrizes, São Paulo, 2011.

MORAES, M.A. **Avaliação da implantação do Programa de Controle do Tabagismo no Hospital Santa Cruz – São Paulo**. Tese de doutorado em serviços de saúde pública. Faculdade e Serviços de Saúde Pública. Universidade de São Paulo, São Paulo, 2006.

NAHAS, M.V. **Atividade física, saúde e qualidade de vida: conceitos e sugestões para um estilo de vida ativo**. Londrina, 2001.

NICE. National Institute for Health and Clinical Excellence. **Smoking cessation services in primary care, pharmacies, local authorities and workplaces, particularly for manual working groups, pregnant women and hard to reach communities**. London (UK): National Institute for Health and Clinical Excellence (NICE); 2008 Feb. 87 p.

PIETROBON, R. C.; BARBISAN, J. N.; MANFROI, W.C. **Utilização do teste de dependência à nicotina de Fagerstrom como um instrumento de medida do grau de dependência**. Artigo de revisão. Porto Alegre, 2007.

ROSEMBERG, J. **Nicotina: droga universal**. São Paulo: SESC/CVE, 2004.

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

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

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

SILAGY, C. *et al.* Nicotine replacement therapy for smoking cessation. **Cochrane Database Syst Rev** 2004.

STEAD, L; PEREIRA, R; LANCASTER, T. Telephone counselling for smoking cessation. **Cochrane Database Syst Rev** 2006.

TONSTAD, S. *et al.* Effect of maintenance therapy with varenicline on smoking cessation: a randomized controlled trial. **JAMA** 2006;296: 64-71.

VIEGAS, C. A. A. *et al.* **Tabagismo: do Diagnóstico à Saúde Pública**. Coordenador Editorial e Vários Colaboradores, Conselho Federal de Medicina, Sociedade Brasileira de Pneumologia e Tisiologia. São Paulo: Atheneu; 2007.

VINEIS, P. *et al.* Environmental tobacco smoke and risk of respiratory cancer and chronic obstructive pulmonary disease in former smokers and never smokers in the EPIC prospective study. **BMJ**, n. 330, p.7486-7522, 2005.

WHO. World Health Organization. **Parties to the WHO Framework Convention on Tobacco Control**. Genebra, Suíça. 2005. Disponível em: < <http://www.who.int/fctc/cop/en/>>

WHO. World Health Organization. **Report on the Global Tobacco Epidemic. The Power Pachege**. Geneve: WHO; 2008.

WUNSCH FILHO, F. *et al.* **Tabagismo e câncer no Brasil: evidências e perspectivas**. Revista Brasileira de Epidemiologia, vol. 13, 2010.