

**UNIVERSIDADE FEDERAL DE MINAS GERAIS
CURSO DE ESPECIALIZAÇÃO GESTÃO DO CUIDADO EM SAÚDE DA FAMÍLIA**

VIVIANE FELÍCIO DA CUNHA RODRIGUES

**PREVENÇÃO E CONTROLE DO TABAGISMO NO CONTEXTO DA
ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE: PROPOSTA DE INTERVENÇÃO NA
UNIDADE BÁSICA DE SAÚDE DO BAIRRO RASA,
PONTE NOVA – MINAS GERAIS**

BELO HORIZONTE/MINAS GERAIS

2018

VIVIANE FELÍCIO DA CUNHA RODRIGUES

**PREVENÇÃO E CONTROLE DO TABAGISMO NO CONTEXTO DA
ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE: PROPOSTA DE INTERVENÇÃO NA
UNIDADE BÁSICA DE SAÚDE DO BAIRRO RASA,
PONTE NOVA – MINAS GERAIS**

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

Orientadora: Profa. Dra. Andréa Gazzinelli

BELO HORIZONTE/MINAS GERAIS

2018

VIVIANE FELÍCIO DA CUNHA RODRIGUES

**PREVENÇÃO E CONTROLE DO TABAGISMO NO CONTEXTO DA
ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE: PROPOSTA DE INTERVENÇÃO NA
UNIDADE BÁSICA DE SAÚDE DO BAIRRO RASA,
PONTE NOVA – MINAS GERAIS**

Banca examinadora:

Profa. Dra. Andréa Gazzinelli- orientadora

Profa. Dra. Matilde Meire Miranda Cadete- UFMG

Aprovado em Belo Horizonte, em 11 de outubro de 2018.

DEDICATÓRIA

À comunidade do bairro Rasa, por permitir meu engrandecimento pessoal e profissional e me mostrar, diariamente, que a medicina sem humanidade nada seria.

AGRADECIMENTOS

Agradeço a Deus por todas bênçãos.

A meus pais Marcos e Dorinha, por sonharem junto comigo sempre, pela minha essência e valores. Vocês sempre serão meus maiores incentivadores.

Aos meus irmãos Marcos e Túlio, pelo companheirismo e amizade.

Ao meu namorado Lucas pelo amor e por estar ao meu lado em todos os momentos.

À ESF Rasa pelo aprendizado, união e momentos vivenciados.

Às professoras Regina e Andréa pelos ensinamentos e orientações neste projeto.

RESUMO

Introdução: O tabagismo é um problema de saúde pública que representa um fator de risco evitável para uma série de doenças crônicas não transmissíveis. O diagnóstico situacional da Unidade Básica de Saúde do bairro Rasa, Ponte Nova, identificou, como problema prioritário, a alta prevalência de tabagismo entre os usuários do serviço. Por ser a Atenção Primária a Saúde uma porta de entrada para o sistema e por ter, como princípio, a promoção da saúde e a prevenção de doenças, o paciente tabagista deve ser conscientizado sobre os riscos à saúde provocados pelo cigarro. **Objetivo:** Elaborar uma proposta de intervenção para prevenção e redução do tabagismo na área de abrangência da UBS Rasa. **Metodologia:** A pesquisa bibliográfica foi realizada no Tratado de Medicina de Família e Comunidade, nas bases de dados do Scientific Eletronic Library Online (SciELO) e sites do Ministério da Saúde com os descritores: Tabagismo, Atenção primária, Abordagem do tabagismo, Abandono do fumo. Os nós críticos identificados foram o conhecimento precário do profissional de saúde da ESF sobre a abordagem do tabagista, baixo nível de informação da população sobre os riscos de agravos à saúde associados ao tabagismo e a dificuldade em conseguir mudança de comportamento, principalmente nos casos de grau de dependência e permanência do vício mais altos. Com base nos nós críticos foi elaborado o desenho das operações, identificado os recursos críticos necessários para se alcançar os resultados, analisada a viabilidade e elaborada a gestão do plano. **Intervenção:** Foram propostas as seguintes ações: Ampliar o nível de conhecimento dos profissionais da equipe sobre abordagem do tabagista, ampliar o nível de conscientização da comunidade da área de abrangência sobre os riscos e problemas de saúde mais frequentemente associados ao fumo e avaliar a dependência e o grau de motivação para cessação do fumo. Além disso, será feita busca ativa dos usuários tabagistas e reativação do Grupo de Tabagismo.

Palavras-chave: Tabagismo. Atenção Primária à Saúde. Prevenção. Controle. Dependência e Motivação.

ABSTRACT

Introduction: Smoking is a public health problem that represents an avoidable risk factor for a number of chronic non-communicable diseases. The situational diagnosis of the Basic Health Unit of the Rasa neighborhood in Ponte Nova identified, as a priority problem, the high prevalence of smoking among patients. Because Primary Health Care is the first step to the health system and because it has, as a principle, health promotion and disease prevention, the smoker should be informed of the risks caused by smoking. **Objective:** To elaborate an intervention plan for prevention and reduction of smoking in the area of the UBS Rasa. **Methodology:** The bibliographical research was carried out in the Family and Community Medicine Treaty, in the databases of the Scientific Electronic Library Online (SciELO) and sites of the Ministry of Health using the descriptors: Smoking, Primary Care, Smoking Approach and Smoking Abandonment. The critical points identified were the poor knowledge of the Family Health Program professionals about the best approach to use for smoking cessation among smokers, lack of awareness of the population about the risks of health problems associated with smoking, and the difficulty in achieving behavior change, especially in cases of dependence and permanence of addiction. Based on the critical points, the operations design was elaborated, the critical resources needed to achieve the results were analyzed as well as the feasibility and the plan management was elaborated. **Intervention:** The following actions were proposed: To improve the knowledge of health professionals about the approaches used to achieve smoking cessation, to increase the level of conscientization of the community of the area of coverage about the risks and health problems most frequently associated with smoking and to evaluate the patient's dependence and degree of motivation. Besides, it will be done active search of smoker users and reactivation of the Smoking Group.

Key words: Smoking, Primary Health Care. Prevention. Control., Dependence and Motivation.

LISTA DE ABREVIATURAS

ABS	Atenção Básica à Saúde
APS	Atenção Primária à Saúde
CQCT-OMS	Convenção Quadro para Controle do Tabaco
CONICQ	Comissão Nacional para Implementação da Convenção-Quadro para o Controle do Tabaco
ESF	Estratégia Saúde da Família
DCNT	Doenças Crônicas não Transmissíveis
IBGE	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
INCA	Instituto Nacional do Câncer
NASF	Núcleo de Apoio a Saúde da Família
OMS	Organização Mundial da Saúde
PES	Planejamento Estratégico Situacional
PNCT	Programa Nacional de Controle do Tabagismo
PNUD	Programa das Nações Unidas para o Desenvolvimento
PSE	Programa Saúde na Escola
PSF	Programa Saúde da Família e Comunidade
SAMDU	Serviço de Atendimento Municipal de Urgências
SIAB	Sistema de Informação da Atenção Básica
TCC	Terapia Cognitivo Comportamental
UBS	Unidade Básica de Saúde
WHO	World Health Organization

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	10
1.1 Breve informação sobre o município de Ponte Nova	10
1.2 O sistema municipal de saúde	11
1.3 A Equipe de Saúde da Família, seu território e sua população	11
1.4 Estimativa rápida: problemas de saúde do território e da comunidade (primeiro passo)	13
1.5 Priorização dos problemas (segundo passo)	13
2 JUSTIFICATIVA	15
3 OBJETIVO	17
4 METODOLOGIA	18
5 REVISÃO BIBLIOGRÁFICA	19
5.1 O tabagismo e o impacto na saúde	19
5.2 Políticas públicas para o controle do tabagismo	20
5.3 Abordagem do tabagismo	21
5.3.1 Avaliação do grau de dependência nicotínica	23
5.3.2 Avaliação do grau de motivação do paciente	23
6 PROPOSTA DE INTERVENÇÃO	25
6.1 Descrição do problema selecionado (terceiro passo)	25
6.2 Explicação do problema (quarto passo)	26
6.3 Seleção dos nós críticos (quinto passo)	27
6.4 Desenho das operações	27
7 CONSIDERAÇÕES FINAIS	31
REFERÊNCIAS	32
ANEXO	34

1 INTRODUÇÃO

1.1 Breve informação sobre o município de Ponte Nova

Ponte Nova está localizada na Zona da Mata Mineira, distante 170 km da capital do estado, Belo Horizonte. Possui uma área de 471,21 Km² (site da Prefeitura) e uma população de 57.390 habitantes, sendo que aproximadamente 90% vivem na região urbana (IBGE, 2010). Possui um IDHM de 0,766, considerado alto (PNUD, 2000). Conta com dois distritos chamados Vau Açu e Pontal.

O território local já foi habitado por índios puris e aimorés, apelidados de “botocudos”, referente ao adorno corporal que utilizavam. Em 1762, uma comissão oficial encarregada de abrir uma estrada para a capitania do Espírito Santo construiu uma ponte provisória de madeira sobre o rio Piranga. Após sua destruição foi construída no local uma outra ponte, apoiada em pilares de pedra e que logo seria denominada ponte nova (IBGE, 2010).

As primeiras habitações começaram a ser construídas em 1770, próximas ao córrego Vau Açu. Em 1832 foi autorizada a construção de mais casas em lotes próximos, no terreno da Fazenda do Vau Açu. Neste local foi construída a Capela de São Sebastião e Almas, em torno da qual surgiu um povoado conhecido inicialmente como São Sebastião da Ponte Nova, vindo a tornar-se vila em 1857 e cidade em 1866. Em 1883 o nome foi reduzido para Ponte Nova (IBGE, 2010).

Durante muitos anos a economia local se baseou na lavoura de cana de açúcar que teve uma grande expansão dando, à cidade, o título de maior centro açucareiro de Minas Gerais, no decorrer do século XIX e início do XX. Essa disseminação do plantio de cana de açúcar na região incentivou os proprietários de terras a construírem seus próprios engenhos, exportando açúcar, rapadura e aguardente para várias regiões de Minas Gerais. A primeira usina a vapor, a Usina Ana Florência, que contava com máquinas importadas da Inglaterra, foi inaugurada em 1883, sendo seguida pela instalação de várias outras. Com a inauguração da estrada de ferro, a exportação ampliou e a produção de açúcar chegou a mercados mais distantes (IBGE, 2010).

Atualmente a suinocultura e o setor de laticínios vêm ganhando destaque na região, inclusive para exportação de carne e produtos da suinocultura para outros países.

1.2 O sistema municipal de saúde

O município possui 13 Equipes de Saúde da Família, além de duas equipes completas do Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF 1). Com isso, 68% do município tem cobertura da Estratégia Saúde da Família.

Na atenção especializada são ofertados vários serviços de média a alta complexidade. A atenção de urgência e emergência é coordenada por três instituições: Irmandade do Hospital Nossa Senhora das Dores, Hospital Arnaldo Gavazza Filho, ambos filantrópicos, e o SAMDU (Serviço de Atendimento Municipal de Urgência). Atualmente, foi construída a estrutura física para uma Unidade de Pronto Atendimento, mas ainda não está ativa. O Hospital Nossa Senhora das Dores é referência no SUS no que diz respeito a serviços de oncologia, nefrologia e obstetrícia. O Hospital Arnaldo Gavazza se destaca nos atendimentos de ortopedia/traumatologia, urgências e conta com serviço de hemodinâmica.

A integração das redes de atenção à saúde não é efetiva e mantém um sistema precário de referência e contra referência. A articulação entre os profissionais da ESF e os profissionais dos outros níveis de atenção ocorre de maneira precária o que dificulta a manutenção de um cuidado contínuo e integral.

1.3 A Equipe de Saúde da Família, seu território e sua população

O bairro Rasa era uma enorme fazenda chamada Santa Cruz que possuía um armazém, único comércio da localidade e que ficava na própria fazenda. Viajantes que passavam pela região a cavalo paravam às margens de trechos do rio de águas rasas, para repousar e hidratar seus animais. Devido a profundidade de suas águas, a região ficou conhecida como Rasinha vindo, posteriormente, a originar o nome do bairro Rasa.

A Unidade Básica de Saúde da Família do bairro, inaugurada em 2001, está situada atualmente na Rua Joaquim Machado Guimarães, número 333. A UBS funciona em estrutura própria e conta com dois consultórios médicos, um consultório ginecológico, uma sala multiprofissional, uma sala de reuniões, recepção, uma sala para procedimentos, um consultório odontológico, uma sala de nebulização, uma para esterilização e uma para expurgo, uma cozinha e cinco banheiros (dois na recepção, dois para uso dos funcionários e um no consultório ginecológico). A área física é ótima, sendo que nos horários com maior fluxo de usuários observa-se uma recepção mais cheia, porém, na maior parte do tempo, o número de

cadeiras é suficiente. A UBS tem cadastrada em seu território um total de 820 famílias e 2.389 pessoas.

A equipe é composta por 15 funcionários, sendo uma enfermeira coordenadora, dois médicos, duas técnicas de enfermagem, cinco Agentes Comunitários de Saúde, uma auxiliar de Serviços Gerais, um dentista, um Auxiliar de odontologia e dois vigias noturnos.

O PSF Rasa funciona de 07 às 11h e de 13 às 17h, contando com o apoio dos agentes comunitários e dos técnicos de enfermagem para o funcionamento da recepção. A Unidade permanece aberta durante o período do almoço (11-13hs) para marcação de consultas, aferição de pressão arterial e outros serviços realizados pela técnica de enfermagem, cuja escala é compatível com essas atividades. As visitas domiciliares são realizadas em turnos fixos, por depender do transporte concedido pela prefeitura, através da secretaria de saúde.

De acordo com o Sistema de Informação da Atenção Básica – (SIAB, 2015), na comunidade, há um discreto predomínio de mulheres em relação aos homens. A população é formada por um grande número de adultos jovens de 20 a 39 anos (742 pessoas), porém a senilidade merece destaque na região, e conta, atualmente, com aproximadamente 330 idosos (>60 anos) / registrados no serviço. Merece destaque o número de hipertensos e diabéticos, sendo essas as doenças mais prevalentes na unidade (14,84% e 3,98% respectivamente). No Brasil, em 2016, a prevalência dessas patologias era de 25,7% e 8,9%, respectivamente.

Com relação ao saneamento básico 724 famílias possuem água tratada filtrada, duas utilizam o método de cloração e 12 não possuem água tratada. Cerca de 670 famílias possuem abastecimento de água da rede pública e 70 possuem poços ou nascentes. A coleta pública de lixo atende 675 famílias e 96% das casas possuem sistema de esgoto, 2,98% fossa e, em 1%, o destino é a céu aberto. Ressalta-se que 99,6% das habitações possuem energia elétrica.

A população de maior carência socioeconômica se encontra na zona rural, onde também se tem, segundo relato da equipe, a maior prevalência de analfabetismo, principalmente nos adultos acima de 50 anos. No momento não há relato de criança fora da escola.

O bairro possui uma escola estadual de ensino fundamental, além de uma creche municipal. A igreja católica empresta o salão paroquial para atividades com a comunidade. No momento os encontros do Grupo de Dores Crônicas ocorrem às terças feiras com a educadora física do Núcleo de Apoio a Saúde da Família (NASF). Além da igreja católica existem, no bairro Rasa, duas igrejas evangélicas e, nas imediações da UBS, ainda em construção, uma academia para a comunidade.

1.4 Estimativa rápida: problemas de saúde do território e da comunidade (primeiro passo)

A partir da observação ativa, conversas com informantes chave e funcionários da UBS, além da análise do diagnóstico situacional, foi possível levantar alguns problemas relacionados à UBS Rasa, dentre eles:

- **Grande número de pacientes tabagistas**, equivalendo a aproximadamente 7,5% da população, sendo a maior parte pouco consciente sobre os riscos do tabaco e pouco motivada a cessar o uso do mesmo. Como acompanhamento a zona rural é comum o uso do “rolão”, que os pacientes atribuem erroneamente a sensação de algo mais natural e por isso menos danoso ao organismo.
- **Alta prevalência de Diabéticos e Hipertensos**, muitas vezes de difícil controle devido à má adesão medicamentosa e dificuldade de mudança no estilo de vida;
- **Problemas de abastecimento e tratamento da água**, que contribuem para o aumento de doenças parasitárias e infecto contagiosas.
- **Ausência de um horário específico para renovação de receitas**, que atualmente é feita no tempo livre, após atendimentos, porém com a alta demanda por consultas, frequentemente o tempo não é suficiente para renovar rapidamente as prescrições.
- **Ausência de folha de rosto ou não preenchimento das mesmas nos prontuários** fato que atrapalha a dinâmica do atendimento, pois exige busca em registros prévios a respeito das medicações que os pacientes usam o que muitas vezes não está bem relatado, assim como a consulta dos motivos pelos quais esteve em atendimento tanto por demanda aguda quanto por condições crônicas.
- **Integralidade do cuidado deficiente** decorrente de falha na comunicação entre os serviços de média e alta complexidade e a atenção primária, destacando aqui a ausência do preenchimento de contra referência dos especialistas.
- **Gravidez na adolescência.**
- **Dificuldade no estabelecimento de vínculos com a comunidade** devido à alta rotatividade dos médicos na unidade.

1.5 Priorização dos problemas (segundo passo)

Priorizar os problemas se torna essencial, ao passo que nem todos poderão ser solucionados a curto prazo. A priorização foi realizada pela equipe considerando a prevalência do problema a capacidade de enfrentamento e urgência na resolução do mesmo. Com base nesses critérios, foi construída a tabela abaixo:

Quadro 1: Classificação de prioridade para os problemas identificados no diagnóstico situacional do Bairro Rasa- Ponte Nova/MG, 2017

Comunidade do Bairro Rasa - Priorização dos Problemas				
Principais problemas	Importância*	Urgência**	Capacidade de enfrentamento***	Seleção****
Alta prevalência tabagismo	Alta	9	Parcial	1
Alta prevalência de DM2 e HAS (baixa adesão medicamentosa e às mudanças de estilo de vida)	Alta	8	Parcial	2
Gravidez na adolescência	Alta	7	Parcial	3
Ausência de horário fixo para renovação de receitas	Alta	6,5	Total	4
Ausência da implantação/ preenchimento da folha de rosto nos prontuários	Alta	6	Total	5
Dificuldade de comunicação com outros níveis de atenção (não preenchimento da contra referência)	Alta	6	Parcial - baixa	6
Alta rotatividade dos médicos na unidade	Alta	5	Baixa	7
Problemas relacionados ao abastecimento e tratamento de água	Alta	5	Baixa	8

Fonte: Ponte Nova, MG, 2017.

*Alta, média ou baixa.

** Total dos pontos distribuídos até o máximo de 30

***Total, parcial ou fora

****Ordenar considerando os três itens

Com base na análise dos critérios anteriores, nossa Equipe de Saúde selecionou, como prioridade 1, o problema da Alta prevalência de tabagismo a ser focalizado neste projeto de intervenção.

2 JUSTIFICATIVA

Em geral, o tabagismo não é a queixa principal ou o motivo das consultas, porém é identificado frequentemente entre os pacientes que procuram a UBS Rasa. Isso chama a atenção do profissional de saúde, pelo fato de o tabagismo ser considerado um problema de saúde pública, responsável por causar uma série de patologias, assim como agravar outras com as quais coexiste. É a causa mais importante de várias doenças pulmonares e está associado a doenças cardiovasculares e neoplasias. É considerado a maior causa evitável de morte no mundo matando, anualmente, 6 milhões de pessoas no mundo e 200 mil no Brasil (WHO, 2018).

Pelo fato de ser um problema identificado frequentemente no âmbito da atenção primária, o atendimento aos pacientes que fumam deve ser qualificado. A equipe de saúde, necessita de treinamento para identificar o indivíduo tabagista e orientar para cessação do fumo. Embora seja de conhecimento geral que o tabaco causa câncer e doenças respiratórias, ainda existe uma lacuna no conhecimento das pessoas em geral, sobre o fato de que pode causar, também, doenças cardiovasculares e acidentes vasculares cerebrais. Essa conscientização é de grande importância para prevenção das Doenças Crônicas Não Transmissíveis (DCNTs).

É importante, também, que a equipe de saúde tenha conhecimento de diferentes formas de abordar os jovens, não somente os que procuram a UBS, mas também na escola do bairro através do Programa Saúde na Escola (PSE). É importante que estratégias sejam usadas tanto para a cessação do fumo quanto para sua prevenção. O uso de tabaco ocupa o segundo lugar no ranking de drogas mais experimentadas no país e a idade média de experimentação entre os jovens brasileiros é de 16 anos de idade, tanto para meninos quanto para meninas e principalmente entre estudantes da rede pública. Em geral o número de jovens que experimentaram cigarro alguma vez tem reduzido nos últimos anos, mas entre os escolares de 13 a 15 anos de idade a experimentação ainda é de 19% e aumenta com o aumento da idade (PeNSE, 2015).

O tabagismo é considerado uma das principais causas de morte evitáveis em todo o mundo. Apesar do consumo de cigarro ter diminuído 6,7% desde o ano 2000, segundo

estimativas da Organização Mundial da Saúde (OMS), 20,2% da população mundial com idade igual ou maior que 15 anos ainda fumavam em 2015, sendo a maioria homens com idade entre 45 e 54 anos. Isso equivale dizer que ainda existem, no mundo, um bilhão de fumantes e, no Brasil, 24,6 milhões. Essa redução ainda é insuficiente para atingir as metas acordadas globalmente para proteger as pessoas da morte e do sofrimento causado pelas doenças cardiovasculares e outras DCNTs (WHO, 2018).

Dados da OMS estimam que a prevalência de tabagismo entre as mulheres diminuiu de 38% para 22% no período de 2000 a 2015, o que significa que no ano 2025, as mulheres terão atingido a meta proposta pela Organização. No caso dos homens, apesar de ter havido redução importante, ela foi menor do que nas mulheres, de 68% para 50%. Se continuar desta forma, não será possível atingir a meta até o ano 2025. Isso mostra a necessidade de uma intensificação das iniciativas de controle em todas as instituições e serviços de saúde não só no Brasil, mas em todo o mundo (WHO, 2018).

Esses números apontam a relevância dos serviços de saúde se estruturarem para uma campanha mais agressiva contra o tabagismo. A abordagem breve e intensiva ao fumante pode ser realizada por toda a equipe, incluindo médicos, enfermeiros, dentistas, psicólogos, farmacêuticos, técnicos de enfermagem e agentes comunitários de saúde (ACSs), uma vez que discutir o problema no cenário da atenção primária é uma questão de promoção da saúde e de prevenção de doenças. É essencial que se faça, também, uma avaliação do grau de motivação do indivíduo para cessar o tabagismo, de forma a adotar a melhor conduta, seja conduzi-lo para a consulta médica, ou para os grupos de apoio ao paciente que fuma ou mesmo para ambos.

Em geral, nota-se, na maioria das vezes, que a equipe se preocupa apenas com a resolutividade dos motivos da procura do paciente pelo serviço de saúde, seja um quadro agudo ou crônico, e não priorizam ações que promovem a visão holística do mesmo. Portanto, é essencial que o profissional de saúde saiba identificar o indivíduo e buscar estabelecer um vínculo com o usuário e o serviço de modo a facilitar o desenvolvimento de estratégias que levem ao abandono do fumo.

Espera-se que a equipe da UBS, ao discutir sobre o fumo com os usuários, poderá estimular a reativação do grupo de tabagismo, tendo em vista que este é um ponto de apoio e referência para os pacientes, representando a oportunidade de partilha de anseios e dificuldades, além do convívio com experiências exitosas. No momento, existe apenas um grupo no município que se encontra em um bairro distante da UBS, e conta com baixa adesão dos pacientes do bairro Rasa.

3 OBJETIVO

Elaborar uma proposta de intervenção para prevenção e redução do tabagismo na área de abrangência da UBS Rasa.

4 METODOLOGIA

Inicialmente foi utilizado o método de Planejamento Estratégico Situacional (PES) para definição dos problemas, priorização, descrição e explicação dos mesmos, seleção dos nós críticos, desenho das operações, identificação dos recursos críticos, que são aqueles necessários para se alcançar os resultados esperados pelas operações, análise da viabilidade, elaboração e gestão do plano. O PES é uma forma organizada que permite a compreensão do problema e seus determinantes, apresentando grande importância no planejamento da intervenção.

Foi realizada a busca bibliográfica no Tratado de Medicina de Família e Comunidade, nas bases de dados do Scientific Electronic Library Online (SciELO) e sites do Ministério da Saúde com os descritores: Tabagismo, Atenção primária à Saúde, Prevenção e Controle, Abordagem do tabagismo, Abandono do fumo. A revisão bibliográfica contemplou, também, avaliação do grau de dependência e de motivação do paciente, cruciais para abordagem do tabagismo nas consultas médicas, onde tais aspectos foram analisados.

Dentre as operações/ações propostas estão:

- Conscientização da equipe da ESF sobre a importância de se identificar o indivíduo fumante, capacitando-a para identificar os fatores relacionados ao fumo e a motivação para cessação.
- Estímulo às ações conjuntas de toda a equipe da ESF, para a busca ativa de pacientes tabagistas nos domicílios orientando-os a buscar auxílio na UBS.
- Mobilização da equipe para reativação do grupo de tabagismo da própria unidade com o apoio dos profissionais do NASF.
- Atividades educativas e de conscientização dos pacientes a respeito dos riscos inerentes ao cigarro realizadas na sala de espera da unidade, com cartilhas e outras mídias disponíveis na UBS.
- Atividades educativas e de conscientização dos estudantes da escola do bairro, juntamente com professores, sobre os riscos inerentes ao cigarro.
- Divulgação do tratamento para os indivíduos fumantes.

5 REVISÃO BIBLIOGRÁFICA

5.1 Tabagismo e o impacto na saúde

O tabagismo é considerado uma doença crônica gerada pela dependência da nicotina e está inserido na Classificação Internacional de Doenças (CID10) da Organização Mundial da Saúde (BRASIL, 2017a). É um dos principais fatores de risco para o desenvolvimento de DCNTs, fazendo parte do espectro das quatro principais (doenças cardiovasculares, doenças respiratórias crônicas, diabetes e neoplasias) como fator agravante ou desencadeante. Segundo a OMS, a carga global dessas DCNTs vem aumentando nos últimos anos e pode ser considerada uma barreira que dificulta o alcance dos Objetivos de Desenvolvimento Sustentável (ODS) (BRASIL, 2017a).

Os efeitos do cigarro nas vias aéreas iniciam com a inalação da fumaça, que agrava quadros de rinite e irritação das vias aéreas superiores. Além disso, o cigarro é a principal causa da Doença Pulmonar Obstrutiva Crônica (DPOC), sendo fator limitante da qualidade de vida. Dentre as neoplasias mais frequentes no paciente tabagista os cânceres de orofaringe, laringe, esôfago, traqueia e pulmões merecem destaque (BRASIL, 2013).

Os profissionais da Atenção Primária à Saúde devem conhecer as patologias associadas ao cigarro, ao passo que informações sobre as mesmas são essenciais na abordagem dos pacientes que tem dificuldade ou mesmo que não se interessam em cessar o uso, assim como daqueles que estão dispostos a abandonar o vício. Esclarecer os pacientes sobre as doenças relacionadas ao tabaco pode motivar os mesmos a abandonar o tabagismo. Além disso, os profissionais devem estar atentos de que existem outros fatores, principalmente comportamentais e psicológicos, tais como ansiedade, depressão, baixa autoestima, fatores psicossociais e culturais dentre outros que levam o indivíduo a fumar e que, conseqüentemente, dificultam sua cessação (BRASIL, 2013).

Segundo a Sociedade Brasileira de Pneumologia e Tisiologia (SBPT, 2012), são mais de 50 doenças relacionadas ao tabagismo, sendo:

- 25% das mortes por doença coronariana: Infarto Agudo do Miocárdio(IAM) e angina
- 45% das mortes IAM em <65 anos
- 85% das mortes por Doença Pulmonar Obstrutiva Crônica (DPOC) (bronquite e enfisema)
- 90% dos casos de Câncer de pulmão (entre os 10% restantes, 1/3 é fumante passivo)

- 30% de mortes por outros tipos de câncer (laringe, boca, faringe, esôfago, pâncreas, rins, bexiga e colo do útero)
- 25% das doenças vasculares, dentre elas o Acidente Vascular Encefálico(AVE)

Vale ressaltar o impacto econômico do tabagismo para a economia de vários países. Nos Estados Unidos os gastos anuais com assistência médica e perda de produtividade devido a incapacidade e morte prematura geraram um gasto de quase US\$ 200 bilhões entre 2000 e 2004 (ADHIKARI et al., 2008). No Brasil, o número de mortes supera as estimativas da Organização Mundial da Saúde o que acarreta um custo de R\$21 bilhões em 2011, tanto nos sistemas de saúde público quanto suplementar (PINTO et al., 2012).

O Brasil, desde o final da década de 1980, vem desenvolvendo ações que compõem o Programa Nacional de Controle do Tabagismo (PNCT) do Instituto Nacional do Câncer (INCA), Ministério da Saúde. O programa tem como objetivo reduzir a prevalência de fumantes e a consequente morbimortalidade relacionada ao consumo do tabaco. As ações envolvem aspectos educativos, de comunicação, de atenção à saúde, associadas às medidas legislativas e econômicas que devem ser desenvolvidas para prevenir a iniciação do tabagismo, promover a cessação de fumar e proteger a população da exposição à fumaça ambiental do tabaco (BRASIL, 2017a).

5.2 Políticas públicas para o controle do tabagismo

Desde a década de 1970 organizações internacionais reconhecem a gravidade dos problemas causados pelo tabagismo, mas somente em 1999, a Organização Mundial da Saúde (OMS) iniciou as negociações para um esforço internacional de controle do fumo. Em 2003, após um complexo processo de negociação e embate entre instituições preocupadas com a manutenção da saúde e aquelas de interesses comerciais do mercado do tabaco, a OMS adotou, na 56^a Assembleia Mundial da Saúde, a Convenção Quadro para Controle do Tabaco (CQCT-OMS). A CQCT-OMS contém um conjunto de ações multissetoriais e de cooperação com o objetivo de reduzir a demanda por produtos de tabaco e o controle da oferta deles (CAVALCANTE et al., 2017). Este tratado é considerado o maior tratado internacional da OMS e conta, atualmente, com a participação de 192 países, entre eles o Brasil. A CQCT-OMS, com o objetivo de reduzir o tabagismo no mundo, desenvolveu estratégias, em um esforço conjunto de vários países, de estímulo a propaganda, publicidade e marketing ressaltando os malefícios do cigarro e as consequências do tabagismo passivo. Incentivou o tratamento de fumantes e o aumento de impostos dos produtos de tabaco, assim como

combate ao comércio ilegal de cigarros. Com isso, espera diminuir a morbidade e mortalidade causadas por agravos relacionados ao tabagismo, somando esforços à atuação do setor saúde para juntos enfrentarem o mercado de tabaco e alcançar os objetivos traçados da Convenção (CAVALCANTE et al., 2017; TEIXEIRA; PAIVA; FERREIRA, 2017).

Em 2003 o governo brasileiro criou a Comissão Nacional para Implementação da Convenção-Quadro para o Controle do Tabaco (CONICQ) com o objetivo de promover a ratificação da Convenção e articular uma agenda de Estado para o seu cumprimento (CAVALCANTE et al., 2017). Apesar da ratificação da Convenção ter ocorrido em 2005, o Ministério da Saúde, já vinha desde 1989 adotando várias ações de controle do tabagismo, entre elas o Programa Nacional de Controle do Tabagismo (PNCT), coordenado pelo Instituto Nacional do Câncer (INCA). Este programa envolve várias ações abrangentes de prevenção e apoio à cessação de fumar, entre elas, a implantação do Programa de Tratamento do Tabagismo no SUS a partir de 2002 (MENDES et al., 2016).

Em 2011 foi promulgada a Lei Antifumo -Lei Federal 12.546/2011 (BRASIL, 2011), resultado da forte atuação da Comissão de Tabagismo da Sociedade Brasileira de Pneumologia e Tisiologia, (SBPT) que iniciou suas atividades em 2000, juntamente com ações do INCA e da Convenção-Quadro para o Controle do Tabaco, Aliança de Controle do Tabagismo, entre outros.

Como se vê, muito já se fez para restringir o uso do fumo no Brasil e no mundo, mas ainda é necessário que o processo continue, tendo em vista que o Brasil é o segundo maior produtor e maior exportador mundial de fumo. As políticas e legislação antifumo precisam operar com eficiência técnica, econômica e política para barrar as estratégias de expansão do tabagismo das indústrias do fumo (CAVALCANTE et al., 2017).

5.3 Abordagem do tabagismo

Na abordagem do tabagista, o objetivo é estimulá-lo a adotar hábitos saudáveis, tendo como base o reconhecimento do grau de dependência e o de motivação e, assim, determinar as necessidades do mesmo e o tratamento que deve ser disponibilizado. Evidentemente um paciente com maior dependência poderá se beneficiar de abordagem multidisciplinar e tratamento farmacológico, ao passo que um paciente mais motivado e menos dependente, pode vir a cessar o tabagismo sem o auxílio medicamentoso.

No tabagista, as doenças neoplásicas, cardiovasculares e respiratórias apresentam maior incidência (GUSSO; LOPES, 2012), logo um exame clínico minucioso realizado na consulta médica, faz parte da avaliação do paciente que fuma.

O tratamento não farmacológico inclui a Terapia Cognitivo Comportamental (TCC), definida como um modelo de intervenção que se baseia na identificação de padrões de comportamentos, pensamentos e hábitos que estão na origem do problema, indicando a partir daí, estratégias e técnicas de enfrentamento positivo e mudança de postura frente a determinadas situações. Visa principalmente a manutenção da abstinência (BRASIL, 2017b). A abordagem pode ser mínima/breve, que pode ser realizada por qualquer profissional da saúde durante atendimento com duração de três a cinco minutos. Consiste na orientação do fumante e incluindo perguntas, avaliação do grau de dependência física e de motivação, além de conselhos para cessar o tabagismo e acompanhamento em consultas subsequentes para prevenção de recaídas (BRASIL, 2017b). Pode-se utilizar, também, a abordagem intensiva que consiste na estruturação de locais específicos para o atendimento dos tabagistas, podendo o atendimento ser individual ou em grupo de apoio.

As abordagens em grupos, normalmente, são coordenadas por dois profissionais da saúde de nível superior, por uma equipe de saúde ou apenas por um profissional, sendo esses compostos por 10 a 15 pacientes. As discussões são pautadas em:

- Compreender a dependência da nicotina e como isso afeta a saúde
- Como são os primeiros dias sem fumar
- Como permanecer sem fumar
- Benefícios após parar de fumar

O tratamento farmacológico inclui os medicamentos disponibilizados pelo Ministério da Saúde para o tratamento do tabagismo na Rede do SUS: Terapia de Reposição de Nicotina, através do adesivo transdérmico, goma de mascar e pastilha, e o Cloridrato de Bupropiona. O objetivo do tratamento farmacológico no processo de cessação do tabagismo é o de minimizar os sintomas da síndrome de abstinência à nicotina facilitando, dessa forma, a abordagem intensiva do tabagista. A recomendação é que se use os medicamentos em associação com outro tipo de abordagem. Dessa forma, o tabagista sente menos ansia ao parar de fumar, e se sente mais confiante para por em prática as orientações recebidas durante as reuniões de grupo e consulta (BRASIL, 2017b). Seja nas reuniões ou no consultório, o importante é enfatizar que a mudança comportamental é o principal passo para parar de fumar.

5.3.1 Avaliação do grau de dependência nicotínica

A avaliação do grau de dependência à nicotina, principal substância responsável pela dependência química e psíquica, é importante no auxílio da identificação das dificuldades em abandonar o fumo.

Segundo o Manual Diagnóstico e Estatístico de Desordens Mentais (DSM IV), a dependência é sinalizada pelo número de cigarros fumados ao longo de semanas, pelos sintomas que surgem após a interrupção abrupta ou redução do consumo de nicotina: irritabilidade, insônia, depressão, ansiedade, inquietude, alterações do peso, dentre outros. Esses sintomas podem influenciar nas relações sociais, laborais, ou em outras áreas de atuação do indivíduo e não se explicam pela vigência de outra condição orgânica ou transtorno mental (GUSSO; LOPES, 2012).

O Teste de Fagerstrom é um questionário simples e rápido, com apenas seis perguntas, utilizado para a determinar o grau de dependência à nicotina. Foi desenvolvido em 1974 pelo por Karl Fagerstrom e adaptado para avaliar a dependência à nicotina em 1991, já tendo sido validado no Brasil (CARMO; PUEYO, 2002). Para cada uma das seis perguntas existe uma pontuação. A soma dos pontos permitirá a avaliação do grau de dependência de nicotina que varia de “Muito baixo” a “Muito elevado”, de acordo com os hábitos do indivíduo. Com uma soma acima de seis pontos provavelmente o paciente apresentará um dos desconfortos supracitados, caracterizando a síndrome de abstinência. Esse questionário será utilizado durante as consultas. A partir do resultado deste teste, o profissional de saúde recomenda o tratamento mais adequado (Anexo 1).

5.3.2 Avaliação do grau de motivação do paciente

O sucesso da mudança de estilo de vida depende do grau de motivação do paciente para o abandono do tabagismo. O Modelo Transteórico de Prochaska e DiClemente (DiCLEMENTE; PROCHASKA, 1982) foi elaborado em 1982 e tem como objetivo compreender como ocorre a mudança dos indivíduos em relação a uma determinada conduta viciante. Mede a prontidão dos indivíduos para a mudança dos comportamentos de risco à saúde utilizando uma série de etapas pelas quais uma pessoa passa quando quer abandonar um hábito ou vício. Classifica as pessoas de acordo com a motivação em cinco estágios: pré-contemplação, contemplação, preparação, ação e manutenção. O Quadro 2 mostra a abordagem terapêutica que deve ser utilizada nos casos dos pacientes tabagistas em cada uma das cinco etapas do Modelo Transteórico.

Quadro 2: Características e abordagem terapêutica dos pacientes tabagistas em cada um dos cinco estágios de motivação do Modelo Transteórico de Prochaska e DiClemente.

Estágio	Características	Abordagem terapêutica
Pré-contemplação	Neste momento o paciente não consegue identificar que tem um problema e não pensa na possibilidade de parar de fumar.	Nesta fase é importante a conscientização sobre os riscos e malefícios provocados pelo cigarro, a fim de estimular a mudança para a fase de contemplação.
Contemplação	Apesar de reconhecer os malefícios do cigarro o paciente tem sentimento de ambivalência em cessar o tabagismo.	Nesta fase é importante orientar e esclarecer as dúvidas, identificando as barreiras e dificuldades para iniciar uma tentativa de parar de fumar, já que o paciente é susceptível a mudança e necessidade de ajuda.
Preparação	Esta fase é marcada pela tentativa de cessar o tabagismo, demonstrada pela redução no número de cigarros, estabelecimentos de regras para fumar, como horários e pela busca de auxílio profissional.	Auxiliar o paciente a escolher a estratégia mais apropriada para conseguir cessar o fumo.
Ação	O paciente apresentou mudanças comportamentais que o levaram a parar de fumar.	Nesta fase é importante a orientação sobre os riscos de recaída e evitar as situações que poderiam favorecer a mesma. O profissional da saúde deve sempre parabenizar pelas conquistas do paciente, reforçando os pontos benéficos que foram adquiridos após cessar o tabagismo, melhorando a motivação do paciente.
Manutenção	Os pontos abordados na fase anterior devem ser reforçados. Esta fase sinaliza o fim do processo de mudança do estilo de vida, ou anulação do mesmo no caso de recaída.	Auxiliar o paciente a elaborar estratégias para lidar com a vontade de fumar e prevenir a recaída.

6 PROPOSTA DE INTERVENÇÃO

O problema priorizado foi o tabagismo, utilizando o Planejamento Estratégico Situacional (PES) como modelo para construção da proposta de intervenção.

6.1 Descrição do problema selecionado (terceiro passo)

A equipe escolheu como problema principal o tabagismo, por ser um fator de risco modificável para uma série de agravos à saúde e ser considerado a maior causa isolada evitável de adoecimento e mortes precoces em todo o mundo, podendo acarretar aproximadamente 50 doenças, dentre elas cânceres, doenças cardiovasculares e respiratórias crônicas (INCA, 2007). Além disso, é importante que os serviços de saúde, principalmente os da atenção primária envidem esforços para a busca da redução do número de fumantes, para que possamos contribuir para atingir a meta da Organização Mundial da Saúde para o ano 2025.

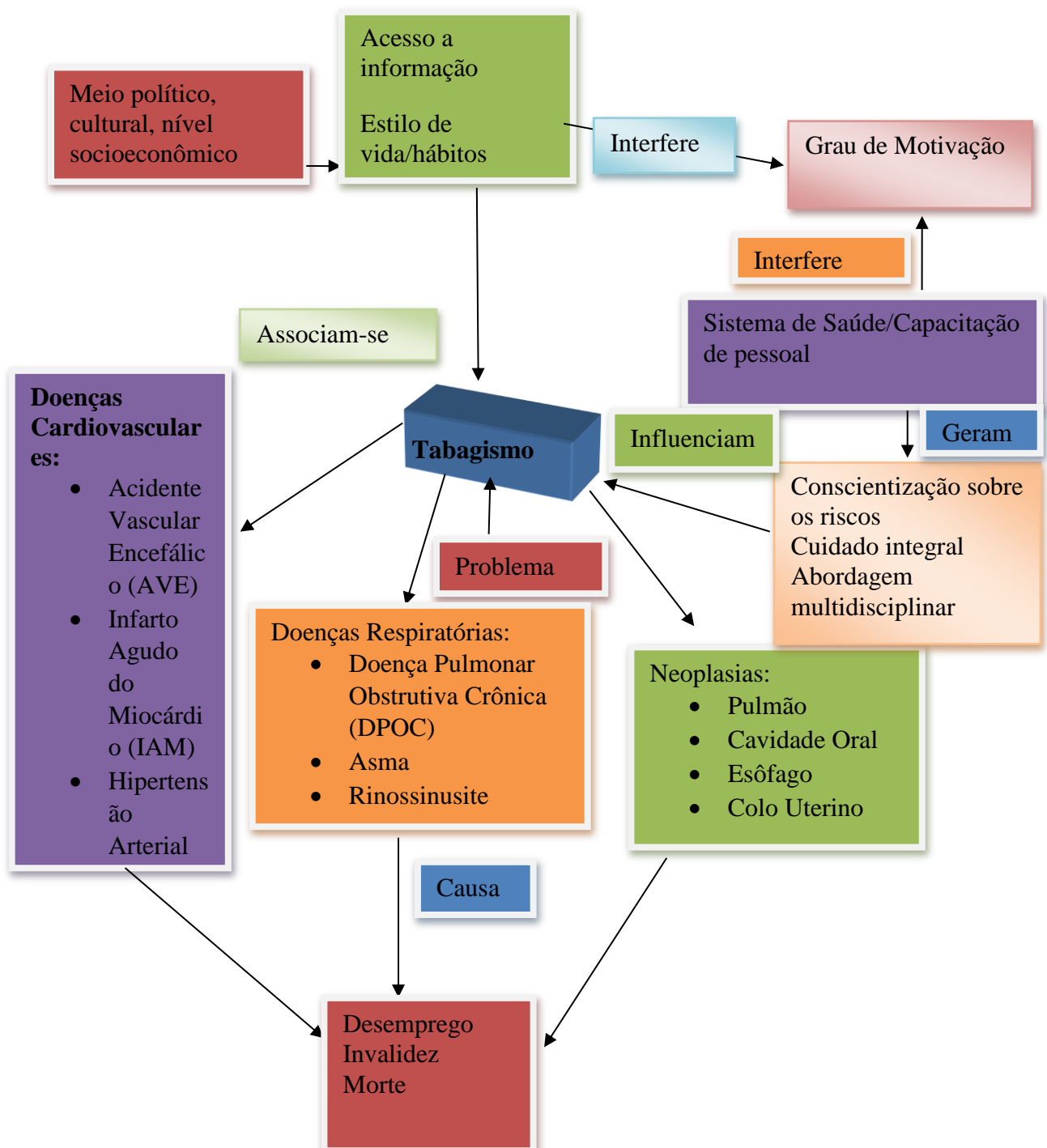
Apesar da queda observada com relação ao número de fumantes em geral, o tabagismo é frequentemente identificado no cenário da atenção primária, e especialmente na área de abrangência da UBS do bairro Rasa. O ambiente da atenção primária é propício para abordagem desse problema, uma vez que objetiva a prevenção e a promoção da saúde. Logo, além do tratamento medicamentoso quando necessário, vale ressaltar a importância da abordagem cognitivo-comportamental que visa a cessação do hábito e a prevenção de recaídas, tornando-se essenciais nesse setor, que garante cuidado integral.

No momento, não há, na UBS do Bairro Rasa, nenhuma estratégia para estimular o abandono do cigarro entre os fumantes e nem de prevenção do tabagismo sendo desenvolvida no centro de saúde. Verificou-se, também, que os usuários, apesar de conhecer os malefícios do cigarro, principalmente os problemas pulmonares decorrentes do tabagismo, eles não tem conhecimento de várias outras doenças que podem ocorrer como consequência do fumo.

De outro lado, os profissionais da saúde precisam ter conhecimento sobre a melhor forma de identificar o tabagista e de orienta-lo na busca de tratamento, assim como desenvolve juntamente com a comunidade, estratégias de prevenção do fumo.

6.2 Explicação do problema selecionado (quarto passo)

A explicação de um problema está pautada no conhecimento de sua origem e nas causas que o determinam, como pode-se verificar no diagrama abaixo sobre o problema do tabagismo.



6.3 Seleção dos nós críticos (quinto passo)

A dependência nicotínica possui importantes nós críticos a serem abordados na Atenção Primária à saúde:

- Conhecimento inadequado do profissional de saúde da ESF sobre a abordagem do tabagismo;
- População pouco conscientizada sobre os riscos de agravos à saúde associados ao tabagismo;
- Grau de Dependência e permanência do vício – dificuldade em conseguir mudança de comportamento.

6.4 Desenho das Operações (sexto passo)

Para a organização do trabalho, houve a participação de toda a equipe para identificação do problema objeto do plano de intervenção e para a organização da proposta.

Quadro 3 – Operações sobre o “nó crítico 1” **Conhecimento inadequado do profissional de saúde da ESF para abordar o tabagismo na Atenção Primária à Saúde**, Equipe de Saúde da Família do Bairro Rasa, do município de Ponte Nova, Minas Gerais

Nó crítico 1	Conhecimento inadequado do profissional de saúde da ESF para abordar o tabagismo na Atenção Primária à Saúde
Operação (operações)	Ampliar o nível de conhecimento da equipe de saúde
Projeto	Qualificar para auxiliar
Resultados esperados	Capacitação dos profissionais. Ampliação do conhecimento das técnicas de abordagem do tabagista para cessação.
Produtos esperados	Capacitação do pessoal. Estratégias cognitiva-comportamental e medicamentosa. Linha de cuidado ao paciente tabagista.
Recursos necessários	Estrutural: computadores com acesso à internet, sala de reuniões, literatura impressa. Cognitivo: revisão bibliográfica, estratégias de abordagem. Financeiro: recurso para impressão de material.

	Político: mobilização da equipe para capacitação.
Recursos críticos	Cognitivo: Conhecer as estratégias de abordagem do paciente tabagista
Controle dos recursos críticos	Médico- Favorável
Ações estratégicas	02 Encontros quinzenais na sala de reuniões após as 16:00 horas, quando toda equipe se encontra na UBS, para discussão do tema.
Prazo	30 dias
Responsável (eis) pelo acompanhamento das ações	Médico, enfermeiro
Processo de monitoramento e avaliação das ações	O monitoramento e avaliação das ações será feito durante as próprias reuniões, em espaços abertos para discussão e dúvidas.

Quadro 4 – Operações sobre o “nó crítico 2” **Pouco conhecimento/ conscientização da população sobre os riscos de agravos à saúde associados ao tabagismo**, Equipe de Saúde da Família do Bairro Rasa, município de Ponte Nova, Minas Gerais

Nó crítico 2	Pouco conhecimento/ conscientização da população sobre os riscos de agravos à saúde associados ao tabagismo
Operação (operações)	Informar a comunidade sobre os riscos e problemas de saúde mais frequentemente associados ao fumo; Reativação do Grupo de Tabagismo.
Projeto	Conhecer para transformar
Resultados esperados	Motivar a cultura do autocuidado. Compartilhar informações. Reduzir o número de tabagistas.
Produtos esperados	Avaliação do grau de informação dos pacientes expostos ao risco. Campanhas anti-tabaco na recepção da unidade e escola do bairro. Levantamento do número de Tabagistas na área de ESF.
Recursos necessários	Estrutural: Organização de agenda e programação de eventos Cognitivo: conhecimento teórico, conhecimento de técnicas pedagógicas; Financeiro: reprodução de material informativo (cartilhas, panfletos, etc);

	Político: mobilização da população e da equipe.
Recursos críticos	Político: Adesão da população tabagista
Controle dos recursos críticos	Equipe de Saúde do Bairro Rasa, como um todo. Favoráveis.
Ações estratégicas	Busca ativa de pacientes tabagistas em consultas e em visitas domiciliares, pelos profissionais da equipe. Reativar Grupo.
Prazo	Busca constante/ levantamento da população até maio de 2019.
Responsável (eis) pelo acompanhamento das ações	Médico, enfermeiro, ACS.
Processo de monitoramento e avaliação das ações	Reuniões de Equipe

Quadro 5 – Operações sobre o “nó crítico 3” **Grau de dependência e permanência no vício e baixa motivação para mudança de comportamento**, Equipe de Saúde da Família do Bairro Rasa, município de Ponte Nova, Minas Gerais.

Nó crítico 3	Grau de dependência e permanência no vício e baixa motivação para mudança de comportamento
Operação (operações)	Avaliar a dependência e o grau de motivação.
Projeto	Não ao vício e sim à saúde.
Resultados esperados	Listar indivíduos dependentes e dispostos a abandonar o tabagismo. Entender o tabagismo e as dificuldades em abandonar o hábito.
Produtos esperados	Avaliar grau de dependência e condução individual dos casos. Reduzir dependência do cigarro entre usuários listados. Aumentar frequência dos tabagistas em grupos de apoio.
Recursos necessários	Estrutural: Abordagem multidisciplinar. Cognitivo: estratégias de comunicação. Financeiro: Disponibilização de medicamentos. Político: Apoio da prefeitura e secretaria de saúde
Recursos críticos	Estrutural: Envolvimento de toda equipe de saúde. Financeiro: disponibilização de medicações orais e adesivos pelo SUS.
Controle dos recursos críticos	Médico, enfermeira, farmacêutico da UBS, ACS, odontólogo. Favoráveis.

Ações estratégicas	Reuniões quinzenais em grupo de apoio
Prazo	Início em Junho/2018
Responsável (eis) pelo acompanhamento das ações	Médico, enfermeiro e farmacêutico
Processo de monitoramento e avaliação das ações	Discussões pela equipe envolvida após cada reunião do Grupo para avaliação da intervenção, reflexão dos ajustes necessários e planejamento dos mesmos

Importante ressaltar que algumas ações já foram implementadas como, por exemplo, o grupo de tabagismo. A busca ativa dos pacientes tabagistas foi realizada em consulta e através do trabalho diário das ACS. O grupo foi reativado no dia 28/06/2018, sendo realizado na parte da manhã no salão paroquial do bairro, às quintas feiras de 15 em 15 dias, pela manhã. Entre seus participantes a maioria (90%) é de moradores da zona rural, que encontram dificuldades para frequentar o grupo que existe na cidade, comum a todas as unidades de saúde e que funciona a noite. No primeiro encontro foi aplicado o Teste de Fagerstrom, avaliado o grau de dependência e motivação para abandono do tabagismo. Além disso, foi explicado o funcionamento do grupo e discutido sobre assuntos inerentes ao tabagismo. A distribuição de adesivos de nicotina foram realizadas pelo farmacêutico.

No segundo encontro (12/07/2018) contamos com a participação de profissionais com curso de auriculoterapia, de PSF de bairro vizinho ao nosso, sendo explicada a técnica e aplicada nos pacientes que desejassem, além das discussões sobre como permanecer sem fumar, orientadas por profissional do NASF.

No terceiro encontro (26/07/2018) foi aplicada novamente a técnica da auriculoterapia e feitas orientações sobre hábitos alimentares e mudanças de estilo de vida. O quarto encontro (09/08/2018) contou com a participação da dentista da UBS que abordou a saúde bucal e agendou limpeza dental para os pacientes.

Nos encontros os pacientes encontravam um ambiente especial para discussão sobre o tema, questionamento e exposição de suas dificuldades e experiências exitosas.

7 CONSIDERAÇÕES FINAIS

A conscientização da população é considerada de grande importância para prevenir e promover a saúde. Dentro desse contexto o público alvo desta intervenção vai além dos tabagistas e deve incluir a população que não iniciou o uso do tabaco. Isso justifica a abordagem tanto nas escolas quanto na sala de espera da UBS.

Visto o grande impacto do tabagismo na saúde individual e coletiva, o desenvolvimento de ações educativas e de saúde é considerado de grande importância, assim como a abordagem multidisciplinar no auxílio ao abandono do tabaco.

As intervenções que objetivam mudanças do estilo de vida não estão sob domínio completo do ator que planeja, por isso requerem tempo e reforço contínuo com o paciente, estímulo pelas conquistas e acompanhamento ao longo do tempo.

REFERÊNCIAS

ADHIKARI, B.; KAHENDE, J.; MALARCHER, A.; PECHACEK, T.; TONG, V. Smoking-attributable mortality, years of potential life lost, and productivity losses - United States, 2000-2004. **MMWR Morbidity and Mortality Weekly Report**, v. 57, n. 45, p.1226-8, 2008.

BRASIL. Ministério da Saúde/Instituto Nacional de Câncer José Alencar Gomes da Silva; Aliança de Controle do Tabagismo. **Evidências Científicas sobre Tabagismo para Subsídio ao Poder Judiciário**. São Paulo: Associação Médica Brasileira, 2013. Disponível em: http://S/evidencias_cientificas_sobre_tabagismo_para_subsidio_ao_poder_judiciario/files/assets/common/downloads/publication.p. Acesso em: 17junho2018.

BRASIL. Ministério da Saúde. Instituto Nacional do Câncer. **Programa Nacional de Controle do Tabagismo: conceito**. Rio de Janeiro: INCA, 2017a. Disponível em: http://www2.inca.gov.br/wps/wcm/connect/acoos_programas/site/home/nobrasil/programa-nacional-controle-tabagismo/tabagismo . Acesso em 6 jul 2018.

BRASIL. Ministério da Saúde. Instituto Nacional do Câncer. **Programa Nacional de Controle do Tabagismo: tratamento do tabagismo**. Rio de Janeiro: INCA, 2017b. Disponível em: http://www2.inca.gov.br/wps/wcm/connect/acoos_programas/site/home/nobrasil/programa-nacional-controle-tabagismo/tratamento-do-tabagismo. Acesso em 4 nov 2018.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Lei 12.546/2011**. Dispõe sobre as restrições ao uso e à propaganda de produtos fumíferos, bebidas alcoólicas, medicamentos, terapias e defensivos agrícolas, nos termos do § 4º do art. 220 da Constituição Federal. Ministério da Saúde: Brasília, 2011

CARMO, J.T; PUEYO A. A. A adaptação ao português do Fagerström Test for Nicotine Dependence (FTND) para avaliar a dependência e tolerância à nicotina em fumantes brasileiros. **Revista Brasileira de Medicina**, v. 59, n. 1/2, p.73-80, 2002. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_nlinks&ref=000159&pid=S0102-311X200600100002200020&lng=en. Acesso em: 20 de jul 2018.

CAVALCANTE, T.M. et al. Brasil: balanço da Política Nacional de Controle do Tabaco na última década e dilemas. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 33, n. Sup 3, p. S62-S75, 2017. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/csp/v33s3/1678-4464-csp-33-s3-e00138315.pdf>. Acesso em 10 jul 2018.

DICLEMENTE, C.C.; PROCHASKA, J.O. Self-change and therapy change of smoking behavior: a comparison of processes of change in cessation and maintenance. **Addictive Behaviors**. v.7, n. 2, p.133-42, 1982.

GUSSO, G.; LOPES, J. M. C. (Org.). **Tratado de medicina de família e comunidade: princípios, formação e prática**. Porto Alegre: Artmed, v. 1, p. 159-166, 2012.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. IBGE. Dados de Ponte Nova. 2010. Disponível em <http://cidades.ibge.gov.br/brasil/mg/ponte-nova/panorama>. Acesso em: 13 maio 2018.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. IBGE. **Diretoria de pesquisas, coordenação de população e indicadores sociais**. Brasília: IBGE, 2016. Disponível em: <<http://www.cidades.ibge.gov.br/xtras/perfil.php?lang=&codmun=315210>>. Acesso em: 04 jun. 2017

MENDES, A. C. R. et al. Custos do Programa de Tratamento do Tabagismo no Brasil. *Revista de Saúde Pública*, v. 50, p. 66, 2016. Disponível em: http://www.scielo.br/pdf/rsp/v50/pt_0034-8910-rsp-S1518-87872016050006303.pdf . Acesso em: 10 jul 2018.

PeNSE, PESQUISA NACIONAL DE SAÚDE DO ESCOLAR. 2015. Disponível em: http://www2.inca.gov.br/wps/wcm/connect/observatorio_controle_tabaco/site/home/dados_numeros/prevalencia-de-tabagismo. Acesso em 2 jul 2018.

PINTO, M.T.; PICHON-RIVIERE, A.; BIZ, A.; SCHLUCKBIER, L.; ARAÚJO, A. **Carga das doenças tabaco-relacionadas para o Brasil**: relatório final. 2012. Disponível em: http://actbr.org.br/uploads/conteudo/721_Relatorio_Carga_do_tabagismo_Brasil.pdf . Acesso em 2 jul 2018.

PREFEITURA MUNICIPAL DE PONTE NOVA. 2017 Disponível em: <<http://pontenova.mg.gov.br>> Acesso em: 02 de jun. 2017.

PNUD – Programa das Nações Unidas para o Desenvolvimento. Atlas do Desenvolvimento Humano. 2000. Disponível em <http://www.br.undp.org/content/brazil/pt/home/>. Acesso em 13 junho 2018.

PONTE NOVA. SIAB. Dados do município de Ponte Nova, Secretaria Municipal de Saúde de Ponte Nova, 2015.

SOCIEDADE BRASILEIRA DE PNEUMOLOGIA E TISIOLOGIA (SBPT); Araújo AJ, editores. **Manual de Condutas e Práticas em Tabagismo**. São Paulo: Gen/AC Farmacêutica; 2012.

TEIXEIRA, L.A.S.; PAIVA, C.H.A.; FERREIRA, V.N. A. Convenção-Quadro para o Controle do Tabaco da Organização Mundial da Saúde na agenda política brasileira, 2003-2005. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 33, n. Sup 3, S114-S124, 2017. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/csp/v33s3/1678-4464-csp-33-s3-e00121016.pdf> . Acesso em: 10 jul 2018.

WHO, Global Report on Trends in Prevalence of Tobacco Smoking 2000-2015, second edition. Geneva: World Health Organization, 2018. Disponível em: <<http://www.who.int/tobacco/publications/surveillance/trends-tobacco-smoking-second-edition/en/>>. Acesso em: 23 jul 2018.

ANEXO 1**Teste de Fagerstrom**

Nome: _____ Data: ___/___/___
Idade: _____ Sexo: () Fem () Masc
Estado civil: () solteiro/viúvo/divorciado () casado/união estável
Grau de escolaridade: () Analfabeto () até ensino fundamental completo
() até ensino médio completo () até nível superior completo

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

- (1) Dentro de 5 minutos – 3 pontos
- (2) Entre 6-30 minutos – 2 pontos
- (3) Entre 31-60 minutos – 1 ponto
- (4) Após 60 minutos – 0 ponto

2- Você acha difícil não fumar em lugares proibidos, como igrejas, ônibus, etc.?

- (1) Sim – 1 ponto
- (0) Não – 0 ponto

3. Qual cigarro do dia que lhe traz mais satisfação?

- (1) O primeiro da manhã – 1 ponto
- (2) Outros – 0 ponto

4. Quantos cigarros você fuma por dia?

- (1) Menos de 11 – 0 ponto
- (2) De 11 a 20 - 1 ponto
- (3) De 21 a 30 - 2 pontos
- (4) Mais de 30 – 3 pontos

5. Você fuma mais frequentemente pela manhã?

- (1) Sim – 1 ponto
- (2) Não – 0 ponto

6. Você fuma mesmo doente?

- (1) Sim – 1 ponto
- (2) Não – 0 ponto

A partir da somatória dos pontos pode-se concluir que 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