



UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA  
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE  
DEPARTAMENTO DE SAÚDE PÚBLICA  
CURSO DE ESPECIALIZAÇÃO MULTIPROFISSIONAL NA ATENÇÃO BÁSICA 2015

Mariana Menine Kubis

Projeto de intervenção contra o tabagismo na Unidade  
Básica de Saúde Sertãozinho em Matinhos - PR

Florianópolis, Março de 2016



Mariana Menine Kubis

Projeto de intervenção contra o tabagismo na Unidade Básica de  
Saúde Sertãozinho em Matinhos - PR

Monografia apresentada ao Curso de Especialização Multiprofissional na Atenção Básica da Universidade Federal de Santa Catarina, como requisito para obtenção do título de Especialista na Atenção Básica.

Orientador: Vania Marli Schubert Backes  
Coordenador do Curso: Prof. Dr. Antonio Fernando Boing

Florianópolis, Março de 2016



Mariana Menine Kubis

Projeto de intervenção contra o tabagismo na Unidade Básica de  
Saúde Sertãozinho em Matinhos - PR

Essa monografia foi julgada adequada para obtenção do título de “Especialista na atenção básica”, e aprovada em sua forma final pelo Departamento de Saúde Pública da Universidade Federal de Santa Catarina.

---

**Prof. Dr. Antonio Fernando Boing**  
Coordenador do Curso

---

**Vania Marli Schubert Backes**  
Orientador do trabalho

Florianópolis, Março de 2016



# Resumo

A nicotina do tabaco causa dependência química similar à dependência de drogas como heroína ou cocaína. O tabagismo está na Décima Revisão da Classificação Internacional de Doenças (CID-10), no grupo dos transtornos mentais e de comportamento decorrentes do uso de substância psicoativa. É considerado uma doença pediátrica, pois a idade média da iniciação é 15 anos. Comporta-se como uma doença crônica e seu tratamento deve ser valorizado fazendo parte das rotinas de atendimento de unidades de saúde do SUS da mesma forma como é feito para hipertensão e diabetes. O objetivo do trabalho é promover a redução do tabagismo e conseqüente diminuição da morbimortalidade associada ao uso do tabaco na comunidade atendida pela Unidade de Saúde Sertãozinho do município de Matinhos – PR. Até o momento foram realizadas 8 palestras na comunidade, nas quais compareceram números crescentes de tabagistas totalizando 62 pacientes. O conteúdo das palestras incluía os efeitos nocivos do tabaco, estratégias de como cessar o tabagismo e também foram realizados trabalhos interativos e motivacionais para ajudar os pacientes a cessar o tabagismo. Os resultados estão sendo muito positivos, pois somente 17 pacientes tiveram recaída, mas ainda continuam a frequentar as reuniões. Inicialmente pretendemos chegar a um êxito de 30% de cessação do fumo em relação aos tabagistas que frequentam a reunião, no entanto as metas serão sempre reavaliadas a cada 6 meses.

**Palavras-chave:** Hábito de Fumar, Saúde Pública, Educação em Saúde





# Sumário

1	<b>INTRODUÇÃO</b>	<b>9</b>
2	<b>OBJETIVOS</b>	<b>13</b>
2.1	Objetivo Geral	13
2.2	Objetivos Específicos	13
3	<b>REVISÃO DA LITERATURA</b>	<b>15</b>
4	<b>METODOLOGIA</b>	<b>21</b>
5	<b>RESULTADOS ESPERADOS</b>	<b>23</b>
	<b>REFERÊNCIAS</b>	<b>25</b>



# 1 Introdução

O município de Matinhos situa-se no litoral do estado do Paraná, está dividido entre as áreas urbana e rural e segundo o IBGE apresenta uma população em 2015 estimada em 29.428 habitantes.

Matinhos foi descoberto em 1820 e seus habitantes primitivos eram os índios Carijós. Os primeiros colonizadores foram os portugueses e italianos que fundaram colônias agrícolas. A origem do nome decorre da mata baixa, restinga, que era conhecida como matinho. Os balneários são alguns dos responsáveis pela grande movimentação de veranistas que procuram as praias do Paraná, entre outros, o de Caiobá, com ocupação por volta de 1926 por descendentes da colônia alemã de Curitiba. Matinhos ficou sob a administração de Guaratuba até 1938 e, em 1951 tornou-se Distrito Administrativo, pertencendo ao Município de Paranaguá. Em 1968, foi elevado à categoria de Município.

A Unidade Básica de Saúde Sertãozinho é responsável pelo atendimento da população do bairro Sertãozinho e Bom Retiro. A UBS começou com objetivo de atender uma pequena população rural que se dedicava a agricultura, artesanatos e pesca.

A construção da UBS se deu há 30 anos, sendo composta por consultório, sala de vacina, sala de triagem/curativo/inalação, cozinha, banheiro e recepção. No local trabalham um médico clínico geral, um médico pediatra, uma enfermeira, técnicas de enfermagem, agentes comunitários, e recepcionista. A nova UBS está sendo construída ao lado.

A comunidade é composta por mais de 4.000 habitantes entre cadastrados e não cadastrados. Devido ao crescimento acelerado da região, há muitas áreas ainda descobertas por agentes comunitários. Além disso, a demanda da UBS aumentou muito nos últimos anos, o que explica as freqüentes reclamações por falta de consultas. Devido ao perfil de uma população mais idosa, portadora de doenças crônicas e usuária de medicação contínua, as consultas de demanda livre ficam prejudicadas, gerando insatisfação dos usuários. Outro problema que prejudica o andamento do tratamento e acompanhamento dos pacientes é a demora para conseguir consulta com especialistas e realização de exames de alta complexidade em Paranaguá ou Curitiba. Durante este período de espera, há paciente que comparece semanalmente na UBS à procura de medicações para dor crônica, por exemplo, contribuindo ainda mais com a alta demanda.

No momento não há organização, movimento ou líderes sociais que façam a ponte de diálogo entre a população e a UBS. Este contato é feito basicamente pelo contato dos agentes comunitários, que trazem à UBS as reivindicações e necessidades dos usuários do sistema público de saúde.

Os dois bairros contam com 3 escolas públicas, a Escola Sertãozinho, a Escola 8 de Maio e o CEMEI, e uma única unidade básica de saúde. Contam ainda a Capela São Sebastião / Copiosa, Centro do Idoso e um ginásio de esportes que no momento está

desativado.

As áreas de risco ambiental e social resumem-se basicamente em rios contaminados e vários pontos de venda de drogas ilícitas, o que gera uma violência local. A segurança da região é bem precária, faltando policiamento das ruas e bases policiais no bairro.

O perfil social da comunidade é basicamente de baixa renda com uma renda per capita no bairro Sertãozinho de um salário mínimo e no Bom Retiro de dois salários mínimos. Muitas famílias dependem de programas sociais do governo, totalizando 201 famílias que necessitam do Bolsa Família e 60 crianças do Programa do Leite para as crianças. A escolaridade é precária principalmente entre os idosos, dos quais a maioria é analfabeta. O bairro ainda não possui saneamento básico, apesar de já existir projeto para tal. A água é tratada para 100% da população. Todo lixo da cidade é destinado ao aterro sanitário localizado na cidade de Pontal do Paraná. As condições de moradias são na maioria das vezes precárias, com ruas sem pavimentação e sujeitas a todo o momento a enchentes.

Atualmente a população total acompanhada pela UBS Sertãozinho é de 3961 habitantes, sendo 1647 homens e 2314 mulheres. A faixa etária da população é composta por 1097 habitantes com menos de 20 anos, 1891 entre 20 e 59 anos e 973 com mais de 60 anos. Dos 3961 habitantes, 820 foram diagnosticados com HAS e 289 com DM tipo 2, ou seja, para a HAS a prevalência foi de 20,7 % e para DM foi de 7,3 % no mês de maio de 2015. Nesta unidade realizamos o acompanhamento continuado das pessoas com HAS, DM, tuberculose e hanseníase. Pacientes hipertensos e diabéticos são acompanhados regularmente com consultas e exames laboratoriais conforme a necessidade. Para os pacientes mais idosos e com comorbidades que impossibilitem o deslocamento até a UBS, realizamos visitas domiciliares. Já os pacientes diagnosticados com tuberculose e hanseníase, referenciamos ao serviço de epidemiologia onde estes pacientes farão o cadastro para receber todas as medicações necessárias.

Os pacientes com tuberculose recebem visitas diárias dos agentes comunitários para o acompanhamento das doses supervisionadas do esquema pelo período de 6 meses. O acompanhamento da evolução, dos efeitos colaterais ou das reações adversas é realizado através de consultas. Quanto a hanseníase, a equipe esta preparada para realizar o acompanhamento.

Este trabalho é muito importante para a população, uma vez que facilita o tratamento, não precisando que os pacientes se desloquem com frequência para algum centro de referência em outra cidade para realizar o acompanhamento. Quanto ao índice de dentes perdidos, obturados ou cariados (CPO-D), não temos este dado, uma vez que o dentista encontra-se em outra UBS e todos os pacientes com problemas dentários são encaminhados para lá. As cinco queixas mais comuns que levaram a população a procurar atendimento em 2014 foram: lombalgia ( %), tontura ( %), dor articular ( %), insônia ( %) e cefaléia. Quanto as causas de morbidade hospitalar e mortalidade, as cinco principais causas de mortes em 2014 foram IAM, AVC, morte natural, insuficiência respiratória

---

e causas externas. As 5 principais causas de hospitalizações em 2014 foram pneumonia, abuso de álcool, complicações do DM, complicações da HAS e distúrbios psiquiátricos.

Através da observação direta realizada pela equipe de saúde, percebeu-se que o município de Matinhos apresenta uma prevalência elevada de tabagistas, muitos deles com vício há mais de 30 anos. Alguns desses tabagistas mais idosos fumam cigarro de palha, hábito que na maioria das vezes passa de pai para filho. O município não apresenta uma campanha de conscientização adequada contra o tabagismo, necessitando de um plano de ação para aumentar a educação à população em relação aos malefícios que o tabagismo causa à saúde.

Por meio das consultas diárias na Unidade de Saúde Sertãozinho, eu e a equipe de saúde podemos identificar grande número de tabagistas, alguns deles já com morbidades provocadas pelo fumo, como DPOC e infarto. Como na comunidade já existe grande prevalência de hipertensos e diabéticos, a associação do tabagismo a essas comorbidades aumenta o risco cardiovascular e diminui a sobrevida desses indivíduos. Por esse motivo, a Equipe de Saúde da Família da unidade em que trabalho priorizou o tabagismo entre os problemas de saúde da comunidade.

O tabagismo faz parte do grupo dos transtornos mentais e comportamentais devidos ao uso de substância psicoativa na Revisão da Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados à Saúde (CID-10, 1997) e representa a maior causa isolada evitável de adoecimento e mortes precoces em todo o mundo (BRASIL. Décima Revisão da Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados à Saúde - CID-10 – 1997) ([DATASUS, 2016](#)).

Segundo a Organização Mundial de Saúde (OMS) o tabagismo é responsável por 85% das mortes por doença pulmonar crônica (bronquite e enfisema), 30% por diversos tipos de câncer (pulmão, boca, laringe, faringe, esôfago, pâncreas, rim, bexiga, colo de útero, estômago e fígado), 25% por doença coronariana (angina e infarto) e 25% por doenças cerebrovasculares (acidente vascular cerebral). Estima-se em 8 bilhões as mortes atribuídas ao tabaco para o ano de 2030, se não for realizado nenhum plano efetivo de controle do tabagismo ([WHO, 2015](#)).

Diante desses dados é possível observar a importância de criar estratégias para incentivar os fumantes a cessar esse vício e para diminuir o número de novos tabagistas.



## 2 Objetivos

### 2.1 Objetivo Geral

Promover a redução do tabagismo e conseqüente diminuição da morbimortalidade associada ao uso do tabaco na comunidade atendida pela Unidade de Saúde Sertãozinho do município de Matinhos – PR.

### 2.2 Objetivos Específicos

- Realizar reuniões mensais com a participação de tabagistas da comunidade atendida pela Unidade de Saúde Sertãozinho em que serão feitas discussões sobre a importância da interrupção do tabagismo exemplificando todos os agravos provocados pelo tabaco, buscando com isso estimular os fumantes a cessar o vício.

- Orientar a população geral da comunidade sobre a importância de cessar e evitar o tabagismo e sobre os malefícios à saúde causados por essa dependência através de folhetos, cartazes, informações transmitidas pela rádio local e palestra.

- Desenvolver processo de capacitação da equipe de saúde para orientações aos tabagistas existentes na comunidade para reiterar a importância do combate ao fumo e manter o incentivo à interrupção da dependência, auxiliando assim na maior efetividade das ações realizadas pela equipe.





## 3 Revisão da Literatura

O tabagismo é reconhecido como uma doença epidêmica que causa dependência física, psicológica e comportamental semelhante ao que ocorre com o uso de outras drogas como álcool, cocaína e heroína. A dependência ocorre pela presença da nicotina nos produtos à base de tabaco. A dependência obriga os fumantes a inalarem mais de 4.720 substâncias tóxicas (INCA, 2016).

Algumas dessas substâncias tóxicas também são conhecidas como potenciais irritantes, pois produzem irritação nos olhos, no nariz e na garganta, além de paralisia nos cílios dos brônquios. Desse modo, o tabagismo é causa de aproximadamente 50 doenças, entre elas vários tipos de câncer (pulmão, laringe, faringe, esôfago, estômago, pâncreas, fígado, rim, bexiga, colo de útero, leucemia), doenças do aparelho respiratório (enfisema pulmonar, bronquite crônica, asma, infecções respiratórias) e doenças cardiovasculares (angina, infarto agudo do miocárdio, hipertensão arterial, aneurismas, acidente vascular cerebral, trombozes) (INCA, 2016).

A OMS considera o tabagismo como uma doença devido à dependência da droga nicotina. Porém, essa dependência é um processo complexo que envolve a inter-relação entre farmacologia, fatores adquiridos (ou condicionadores), sócio-ambientais, comportamentais, de personalidade, entre outros. De forma didática, podemos dividir a dependência da nicotina em três componentes, a saber: dependência física, dependência psicológica e condicionamentos ao fumar. Esses componentes não atuam isoladamente, havendo sempre uma inter-relação entre eles, sendo que o fumante pode apresentar mais evidências de um determinado componente sobre os demais (INCA, 2016).

A nicotina presente no cigarro, por exemplo, ao ser inalada produz alterações no sistema nervoso central, modificando assim o estado emocional e comportamental dos indivíduos. Depois que a nicotina atinge o cérebro, entre 7 a 19 segundos, libera várias substâncias (neurotransmissores) que são responsáveis por estimular a sensação de prazer. Com a inalação contínua da nicotina, o cérebro se adapta e passa a precisar de doses cada vez maiores para manter o mesmo nível de satisfação que tinha no início. Esse efeito é chamado de "tolerância". Com o passar do tempo, o fumante passa a ter necessidade de consumir cada vez mais cigarros. Com a dependência, cresce também o risco de se contrair doenças crônicas não transmissíveis, que podem levar à invalidez e à morte (INCA, 2016).

Mesmo as pessoas que não fumam correm sérios riscos. Quando submetidas ao tabagismo passivo em ambientes fechados, têm um risco 30% maior de desenvolverem câncer de pulmão, 25% maior de desenvolverem doenças cardiovasculares além de asma, pneumonia, sinusite, dentre outras.

Os fumantes passivos são contaminados pelas substâncias da fumaça do cigarro alheio, principalmente a que sai livremente da ponta do cigarro acesa, e se difunde homogenea-

mente pelo ambiente. Essa fumaça contém em média três vezes mais nicotina, três vezes mais monóxido de carbono e até cinquenta vezes mais substâncias cancerígenas do que a fumaça que o fumante inala (MEIRELLES, 2009).

O tabagismo passivo é a 3ª causa de morte evitável no mundo e o maior responsável pela poluição em ambientes fechados. Não existe sistema de ventilação para ambientes fechados que seja eficiente para eliminar a exposição às substâncias tóxicas da fumaça ambiental do tabaco nem seus riscos (CAVALVANTE, 2005).

As crianças fumantes passivas sofrem bastante com a exposição à fumaça dos cigarros dos pais. Estudo da OMS demonstrou que filhos de pais fumantes apresentam um risco elevado em 70%, se a mãe for fumante, e em 30% se o fumante for o pai, de apresentarem infecções respiratórias (pneumonia, broncopneumonia, sinusite), infecção do ouvido médio, crises de asma brônquica, síndrome da morte súbita infantil e até doença cardiovascular e câncer de pulmão na idade adulta, mesmo sem serem fumantes (MEIRELLES, 2009).

O tabagismo é uma epidemia construída por um comércio alimentado por várias estratégias para aumentar o consumo dos produtos de tabaco como propaganda e promoção, baixo preço dos produtos, facilitação ao acesso dos produtos, mercado ilegal (contrabando e falsificação) e lobby econômico e político (incentivos fiscais e impedir medidas para reduzir o consumo)(INCA, 2007).

A globalização dessas estratégias faz com que o consumo de tabaco continue a crescer em todo o mundo, sobretudo em países de baixa renda. A cada dia, 100.000 jovens começam a fumar e 80% deles vivem em países pobres. A dinâmica de livre mercado global permite que companhias transnacionais de tabaco promovam um rápido deslocamento de seus investimentos de países ricos para países pobres, na medida em que os primeiros vêm adotando medidas cada vez mais rígidas para reduzir o tabagismo e o impacto das doenças crônicas tabaco - relacionadas sobre seus sistemas de saúde (ROMERO; SILVA, 2011).

No mundo e no Brasil, o tabagismo vem se concentrando cada vez mais em populações de menor escolaridade e renda. Por serem dependentes da nicotina, muitos chefes de família gastam boa parte da renda familiar na compra de cigarros. A incapacitação causada pelas doenças tabaco relacionadas gera perda de produtividade e exclui muitos chefes de família do mercado de trabalho. Tabaco e pobreza formam um círculo vicioso difícil de escapar, a não ser que os tabagistas sejam encorajados e apoiados para abandonar o consumo (CAVALVANTE, 2005).

Por conta de todos esses dados alarmantes, a Organização Mundial da Saúde incluiu o controle do tabagismo como uma prioridade em termos de saúde pública. Esse cenário levou 192 países membros da Assembleia Mundial de Saúde a negociarem e adotarem o primeiro tratado internacional de saúde pública sob a coordenação da Organização Mundial de Saúde (OMS): a Convenção Quadro para Controle do Tabaco (CQCT). A adesão

---

do Brasil a este tratado foi ratificada pelo Congresso Nacional em novembro de 2005. A Convenção articula ações multissetoriais e transfroteiriças para responder a globalização da epidemia. O seu objetivo maior é: “Proteger as gerações presentes e futuras das devastadoras conseqüências sanitárias, sociais, ambientais e econômicas geradas pelo consumo e pela exposição à fumaça do tabaco, proporcionando uma referência para as medidas de controle do tabaco... a fim de reduzir de maneira contínua e substancial a prevalência do consumo e a exposição à fumaça do tabaco”. A partir dele, o controle do tabaco passa a ser encarado como uma questão ética e de responsabilidade social dos governos para com suas populações (CAVALVANTE, 2005).

As principais medidas visam proteger a população contra a exposição à fumaça do tabaco em ambientes fechados; regulamentar os conteúdos e emissões dos produtos; desenvolver programas de educação e conscientização sobre os malefícios do tabagismo; proibir a publicidade, promoção e patrocínio dos produtos de tabaco; implementar programas de tratamento da dependência da nicotina; promover medidas de preços e impostos eficientes para redução do consumo; eliminar o contrabando; restringir o acesso dos produtos para os jovens; promover alternativas econômicas para a produção de tabaco e proteger o meio ambiente e a saúde do trabalhador dos riscos causados pelas atividades de produção de tabaco (ROMERO; SILVA, 2011).

Todo esse cenário torna evidente que as ações para controle do tabagismo dependem da articulação de diferentes tipos de estratégias e de diferentes setores sociais, governamentais e não-governamentais. Portanto, é sob a ótica da promoção da saúde que, desde 1989, o INCA, órgão do Ministério da Saúde responsável pela Política Nacional de Controle do Câncer, coordena as ações nacionais do Programa Nacional de Controle do Tabagismo (PNCT), desenvolvidas em parceria com as secretarias estaduais e municipais de Saúde e de vários setores da sociedade civil organizada, sobretudo, das sociedades científicas e de conselhos profissionais da área da saúde (INCA, 2016).

Mesmo sendo o segundo maior produtor e o maior exportador de tabaco, o Brasil tem conseguido desenvolver ações para controle do tabagismo fortes e abrangentes, o que tem lhe conferido o reconhecimento de liderança internacional nessa área (INCA, 2016).

Por outro lado, muitas ainda são as dificuldades a serem enfrentadas. Dados do Inquérito sobre Tabagismo entre escolares (Vigescola), realizado pelo INCA entre 2002 e 2003 envolvendo estudantes de 13 a 15 anos de idade em 12 capitais brasileiras, mostraram que a experimentação de cigarros até os 13 anos de idade variou no sexo masculino de 58% em Fortaleza a 36% em Vitória, e, no sexo feminino, de 55% em Porto Alegre a 31% em Curitiba. A prevalência de experimentação foi maior entre meninos do que entre meninas em todas as capitais pesquisadas exceto em Porto Alegre e em Curitiba, onde se observou uma relação inversa. O Viges cola também demonstrou que 40% a 50% dos escolares relataram que compram cigarros em lojas, botequins ou em camelôs e que entre 76% a 97% deles não foram impedidos de comprar cigarros nesses espaços devido a sua

pouca idade (INCA, 2016).

Essas informações, somadas ao fato de que o cigarro brasileiro é um dos mais baratos do mundo, colocam grandes desafios que precisam ainda ser enfrentados para o controle do tabagismo no Brasil.

No dia 29 de agosto é comemorado, no Brasil, o Dia Nacional de Combate ao Fumo, uma data instituída em 1986 pela lei nº 7488, que foi criada com o objetivo de conscientizar e mobilizar a população sobre os riscos decorrentes do uso do cigarro. Advertências sanitárias com imagens mostradas em embalagens de cigarro são uma das formas mais efetivas de informar acerca das consequências do tabagismo (CAVALVANTE, 2005).

Pesquisas da neurobiologia da emoção demonstram que estímulos visuais afetam atitudes e comportamentos; estímulos agradáveis promovem predisposições para aproximação e aversivos, afastamento. Os apelos positivos que o marketing da indústria tabagista induz em suas embalagens devem ser neutralizados por advertências que mostrem o risco de fumar, desconstruindo o apelo prazeroso e induzindo predisposições de afastamento em relação ao produto (NASCIMENTO et al., 2010).

Segundo os pesquisadores, o Brasil é tido como exemplo mundial na área de controle do tabagismo, tendo desenvolvido longa e histórica luta para ampliar políticas de saúde pública para diminuir o uso de cigarros. O país teve papel ativo, em 2005, na formulação e implementação da Convenção-Quadro para Controle do Tabaco da Organização Mundial de Saúde (OMS) e consolidou diversas ações de caráter educativo, legislativo, econômico e de atenção a saúde, que visam contribuir para prevenir a iniciação, promover o fim do consumo e proteger a população dos riscos do tabagismo passivo (NASCIMENTO et al., 2010).

Entre as mais importantes ações adotadas nos últimos dez anos, destacam-se a proibição do patrocínio de eventos culturais e esportivos pelas companhias de tabaco e a restrição da exibição de programas de rádio, TV, jornais e outras mídias – só permitidas nos pontos internos de venda. Com seu alto apelo emocional, tais propagandas influenciaram diversas gerações, disseminando imagens que procuravam associar o cigarro a glamour, rebeldia, status, interdependência, espírito de aventura, beleza, sexualidade e conquistando, assim, grande número de jovens. Com o fim das propagandas, o meio mais efetivo de a indústria estimular a venda e o consumo de cigarros passou a ser sua própria embalagem (NASCIMENTO et al., 2010).

Os fabricantes têm a clara noção de que o primeiro contato dos adolescentes com o cigarro é uma experiência desagradável devido ao efeito aversivo da nicotina e ao sabor forte do produto. Visando diminuir essa aversão, trabalham ativamente, por meio de simbolismos próprios da fase de adolescência, para motivá-los a experimentar e a usar o cigarro como um passaporte para o mundo adulto. Intervenções para alertar possíveis usuários teriam se tornado, assim, extremamente necessárias (NASCIMENTO et al., 2010).

Em 2001, além da inclusão da frase "Ministério da Saúde adverte: fumar é prejudicial

à saúde”na lateral das embalagens, foi determinado por lei que as advertências sanitárias ocupassem totalmente uma das principais faces das embalagens e contivessem imagens ilustrativas dos males do tabagismo, além de exibir o número de telefone do Disque Saúde–Pare de Fumar(NASCIMENTO et al., 2010).

A reação da população, de acordo com os estudiosos, foi muito positiva: em 2002, uma pesquisa realizada pelo Datafolha revelou que 76% dos entrevistados apoiaram a obrigatoriedade do uso de imagens e 67% dos fumantes consultados relataram que os avisos tinham os estimulado a parar de fumar (NASCIMENTO et al., 2010).



## 4 Metodologia

O programa foi elaborado desde o diagnóstico da alta prevalência de pacientes tabagistas na Unidade de Saúde Sertãozinho, na cidade de Matinhos no litoral do Estado do Paraná. A elaboração do projeto se iniciou em maio de 2015, quando foi decidido aplicar um programa para avaliar e acompanhar melhor esses pacientes tabagistas. A proposta de intervenção teve a participação dos integrantes da equipe de saúde da família da unidade assim como o apoio da secretária de saúde. Para a colocação do projeto em prática foi necessário um local para que as reuniões fossem executadas, então a secretaria de saúde disponibilizou um salão de reuniões de uma igreja que fica localizada próxima as dependências da Unidade de Saúde, sem custo algum.

Durante o período de maio até outubro de 2015, quando o projeto passou a ser executado, todos os funcionários da Unidade de saúde foram treinados para a execução de suas tarefas dentro do projeto e também foi elaborada a ficha de coleta de dados dos pacientes.

No mês de maio foi realizado o diagnóstico da necessidade de um acompanhamento destes pacientes. Nos meses de junho, julho e agosto foram realizadas discussões internas na unidade de saúde para atingirmos o melhor método de acompanhamento para estes pacientes, assim como a elaboração do modo de intervenção a ser realizado.

No mês de agosto foi realizada uma reunião na secretaria de saúde com as responsáveis pela estratégia saúde da família e apresentado o projeto que prontamente foi aceito e oferecido todo o suporte necessário. No mês de agosto a setembro houve um preparo da equipe para a capacitação da equipe de saúde para orientações aos tabagistas existentes na comunidade reiterando a importância do combate ao fumo e manter o incentivo à interrupção da dependência, auxiliando assim na maior efetividade das ações realizadas pela equipe; realização da promoção de saúde à população geral da comunidade sobre a importância de cessar e evitar o tabagismo e sobre os malefícios à saúde causados por essa dependência através de folhetos, cartazes, informações transmitidas pela rádio local e palestra.

Essa ação visa à educação da população geral desde crianças até idosos sobre o processo saúde-doença do tabagismo diminuindo novos casos de fumantes, além de incentivar ainda mais os já tabagistas a parar com o vício.

No mês de outubro foi colocado em prática as atividades e desde então esta sendo realizado. No mês de janeiro de 2016 foi realizado um breve levantamento dos dados para a avaliação inicial do projeto aplicado.

O projeto foi implantado em outubro do ano de 2015, quando aconteceu a primeira reunião, que passou a acontecer mensalmente, sempre durante a terceira quinta feira de cada mês. Os agentes comunitários são responsáveis pelo acolhimento, orientação do que será proposto no dia e organizar os pacientes que compareceram. A função do médico

é a realização de orientações em grupo sobre a patologia, necessidade de mudança de estilo de vida , tratamento e possíveis complicações. O médico também tem o papel de fazer orientações individuais de acordo com a necessidade de cada paciente e a avaliação quanto à aderência ao tratamento proposto. Para participar do programa, o único critério de inclusão que foi considerado é o diagnóstico do tabagismo. Não há critérios de exclusão ou idade limite dos pacientes. O número de pacientes atendidos em cada reunião depende da procura dos pacientes, sem um número máximo de pacientes participantes por cada reunião.



## 5 Resultados Esperados

O projeto de intervenção tem como objetivo reduzir a prevalência de fumantes e a conseqüente morbimortalidade relacionada ao consumo de derivados do tabaco seguindo um modelo lógico no qual ações educativas, de comunicação, de atenção à saúde se potencializam para prevenir a iniciação do tabagismo, principalmente entre adolescentes e jovens; para promover a cessação de fumar; e para proteger a população da exposição à fumaça ambiental do tabaco e reduzir o dano individual, social e ambiental dos produtos derivados do tabaco.

A capacitação dos profissionais foi realizada em 2 encontros, nos quais compareceram toda equipe de saúde da UBS Sertãozinho, médica, enfermeira, duas técnicas de enfermagem e 6 agentes de saúde. Até o momento foram realizadas 8 reuniões com a comunidade a cada 15 dias nas segundas-feira no salão da igreja do bairro. Nas reuniões sempre compareceram todos os integrantes da equipe de saúde. Na primeira reunião compareceram 5 pacientes e nas seguintes o número de tabagistas foram aumentando, 8, 12, 15, 19, 21, 26, 28, respectivamente.

O material usado até o momento foram 200 folhas sulfites, tinta de impressora colorida e impressora. Foram entregues 134 cartilhas com conteúdos explicativos sobre o tabagismo, seu efeito nocivo e orientações de como parar de fumar. As demais cartilhas foram deixadas na Unidade de Saúde para que a população pudesse pegar. Nos encontros foram realizadas palestras interativas e de motivação para cessar o tabagismo e cada paciente teve a oportunidade de contar como estava sendo a experiência da tentativa de cessação do tabagismo.

Até o momento os resultados estão sendo muito positivos, pois somente 17 pacientes tiveram recaída, no entanto, ainda continuam frequentar as reuniões.



## Referências

- CAVALVANTE, T. M. O controle do tabagismo no brasil: avanços e desafios. *Revista de Psiquiatria Clínica*, v. 32, n. 5, p. 283–300, 2005. Citado 3 vezes nas páginas 16, 17 e 18.
- DATASUS. *CID-10: Classificação estatística internacional de doenças e problemas relacionados à saúde*. 2016. Documento publicado em 2008. Disponível em: <<http://www.datasus.gov.br/cid10/V2008/WebHelp/cid10.htm>>. Acesso em: 31 Mar. 2016. Citado na página 11.
- INCA, I. N. de C. . Tabagismo: Um grave problema de saúde pública. *Instituto Nacional de Câncer – Inca*, p. 1–25, 2007. Citado na página 16.
- INCA, I. N. do C. *Tabagismo*. 2016. Disponível em: <[http://www2.inca.gov.br/wps/wcm/connect/acoes\\_programas/site/home/nobrasil/programa-nacional-controle-tabagismo/tabagismo](http://www2.inca.gov.br/wps/wcm/connect/acoes_programas/site/home/nobrasil/programa-nacional-controle-tabagismo/tabagismo)>. Acesso em: 25 Jan. 2016. Citado 2 vezes nas páginas 15 e 17.
- MEIRELLES, R. H. S. Tabagismo e dpoc – dependência e doença – fato consumado. *Pulmão RJ - Atualizações Temáticas*, v. 1, n. 1, p. 13–19, 2009. Citado na página 16.
- NASCIMENTO, B. E. et al. Neurociências, artes gráficas e saúde pública: as novas advertências sanitárias para maços de cigarros. *História, Saúde, Ciências - Manguinhos*, v. 17, n. 1, p. 1–3, 2010. Citado 2 vezes nas páginas 18 e 19.
- ROMERO, L. C.; SILVA, V. L. da Costa e. 23 anos de controle do tabaco no brasil: a atualidade do programa nacional de combate ao fumo de 1988. *Revista Brasileira de Cancerologia*, v. 57, n. 3, p. 305–314, 2011. Citado 2 vezes nas páginas 16 e 17.
- WHO. *Tabaco*. 2015. Disponível em: <<http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs339/es/>>. Acesso em: 15 Dez. 2015. Citado na página 11.