



UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA  
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE  
DEPARTAMENTO DE SAÚDE PÚBLICA  
CURSO DE ESPECIALIZAÇÃO MULTIPROFISSIONAL NA ATENÇÃO BÁSICA 2016

Alessandra Barreto de Godoi

## Enfrentamento do Tabagismo: Projeto de Intervenção no Município de Quatiguá, PR.

Florianópolis, Abril de 2017



Alessandra Barreto de Godoi

Enfrentamento do Tabagismo: Projeto de Intervenção no  
Município de Quatiguá, 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: Larissa de Abreu Queiroz  
Coordenadora do Curso: Profa. Dra. Fátima Büchele

Florianópolis, Abril de 2017



Alessandra Barreto de Godoi

## Enfrentamento do Tabagismo: Projeto de Intervenção no Município de Quatiguá, 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.

---

**Profa. Dra. Fátima Büchele**  
Coordenadora do Curso

---

**Larissa de Abreu Queiroz**  
Orientador do trabalho

Florianópolis, Abril de 2017



# Resumo

**Introdução:** A dependência do tabaco está entre os principais agravos à saúde no município de Quatiguá, Paraná, assim como no mundo, já que é fator de risco associado a inúmeras doenças incapacitantes e até fatais. A Política Nacional de Combate ao Tabagismo (PNCT) foi criada para enfrentar o tabagismo nas Unidades do SUS, fiscalizar as propagandas, entre outras determinações. O presente projeto de intervenção se propõe a trabalhar em consonância com a política de saúde vigente na medida em que representa as necessidades da comunidade local e busca contribuir para melhorar a saúde e a prática dos profissionais em relação a esse problema. **Objetivo:** Melhorar a saúde da população a partir da redução do uso de tabaco, das doenças associadas ao consumo do cigarro e do estímulo à prática de atividade física. **Metodologia:** A equipe de saúde irá realizar atividades educativas na comunidade – escolas e Unidade Básica de Saúde - no período de março à setembro de 2017. Será estimulada conscientização acerca dos malefícios do tabagismo e realizada orientação, com enfoque na prevenção e cessação. Além disso, planeja-se realizar abordagem terapêutica com os indivíduos dependentes da droga, por meio de acompanhamento em grupo e uso de medicações coadjuvantes, nos casos necessários. **Resultados Esperados:** Espera-se que os profissionais de saúde sintam-se mais capacitados para atuar frente à questão do tabagismo, dando suporte aos usuários sem julgamentos e com empatia. Além disso, acredita-se que, as ações envolvendo atividade física irão aumentar o condicionamento físico e a autoestima da comunidade, facilitando a interação social. A partir da conscientização da população, intenta-se que o uso de tabaco diminua em 80% e que a qualidade de vida e saúde dos atingidos aumente significativamente.

**Palavras-chave:** Tabagismo, Educação em Saúde, Promoção da Saúde





# Sumário

1	<b>INTRODUÇÃO</b>	9
2	<b>OBJETIVOS</b>	15
2.1	Objetivo Geral	15
2.2	Objetivos específicos	15
3	<b>REVISÃO DA LITERATURA</b>	17
3.1	História e Classificação do Tabagismo	17
3.2	Prevalência de Tabagismo e complicações do uso	18
3.3	Políticas Públicas e Legislação: prevenção e controle do tabagismo	20
3.4	Ações em Saúde no Enfrentamento do Uso de Tabaco	22
4	<b>METODOLOGIA</b>	23
5	<b>RESULTADOS ESPERADOS</b>	25
	<b>REFERÊNCIAS</b>	27



# 1 Introdução

Quatiguá, cujo nome originou-se de uma árvore presente na vegetação local, é um município brasileiro que pertence à mesorregião do norte pioneiro paranaense e à microrregião de Wenceslau Braz. Mineiros e paulistas chegaram ao local em 1903 e iniciaram o povoado, com atividades agrícolas de subsistência e criação de animais para o comércio. Era um lugar isolado e de difícil acesso por falta de estradas, mas esse problema foi resolvido com estradas ferroviárias, a partir de 1922. Possuía riquezas naturais, terra fértil, água corrente e situação geográfica favorável, fatores que permitiram crescimento econômico e social, sendo criado o Distrito Policial de Quatiguá em 1928. Em 1947, elevou-se à categoria de município.

Sua extensão territorial é de 112.689 km<sup>2</sup>, com aproximadamente 90% da população vivendo em área urbana e quase 10% em área rural, em 2010. Nesse ano, estimou-se que, dos 7045 habitantes, 82,3% seguiam a religião católica apostólica romana e 14,9% seguiam religiões evangélicas. Há alguns movimentos sociais, como o Clube dos Desbravadores (um movimento juvenil da Igreja Adventista do Sétimo Dia), a Associação Jardim Cristal (uma associação entre bairros) e a Associação Sem Teto (que visa conseguir moradia para os associados) (IBGE, 2010).

Com relação à atividade econômica, aproximadamente 64% da população acima de 18 anos era economicamente ativa e ocupada em 2010, com o setor de serviços o que mais empregava, seguido por agropecuária, comércio e indústria de transformação. O setor de construção e de utilidade pública empregava um menor percentual (CHEDIEK et al., 2017).

As Pastorais Eclesiásticas da Igreja Católica - Pastoral da Criança, Pastoral da Saúde, Pastoral da Família, Pastoral do Idoso - assim como os Conselhos Municipais - Conselho Municipal de Saúde, Conselho Municipal de Assistência Social, Conselho Municipal da Merenda Escolar, Conselho Municipal dos Direitos da Criança e do Adolescente, Conselho Tutelar - são as principais lideranças da comunidade. O Sindicato dos Trabalhadores Rurais, o Lar dos Idosos David Lechinewski, a Associação de Pais e Amigos do Excepcionais (APAE) e o Rotary Club são entidades representativas locais.

O município possui três estabelecimentos públicos de saúde: Hospital de Caridade São Vicente de Paulo, o Centro de Saúde (Unidade de Saúde da Família) e a Clínica da Mulher. Possui três escolas municipais e uma estadual: Centro Municipal de Ensino Infantil Santa Maria, Centro Municipal de Ensino Infantil Valter Dolenz, Colégio Municipal Bom Pastor e Colégio Estadual João Marques da Silveira. Há um projeto de alfabetização para jovens e adultos (EJA) e um programa de parceria entre município e Sicred, União Faz a Vida, que incentiva o desenvolvimento das crianças e oferece cursos de aperfeiçoamento para professores.

O Centro de Referência de Assistência Social (CRASS) é bastante atuante por meio de programas sociais de renda e programas habitacionais (Programa Habitar Brasil e Programa Morar Bem Paraná), assim como através de cursos de artesanato e profissionalizantes, financiados pelo município. Os cidadãos com baixa renda beneficiam-se dos programas federais Bolsa Família, Baixa Renda Luz e do programa estadual Família Paranaense. Existe também o Benefício Prestação Continuada, que auxilia deficientes físico ou mental e idosos com mais de 65 anos, cuja renda per capita seja inferior a  $\frac{1}{4}$  do salário mínimo.

Existem alguns equipamentos sociais, como o salão de festas da igreja católica, o ginásio de esportes, as quadras poliesportivas das escolas, o campo de futebol e as duas academias ao ar livre, onde são realizados o programa de atividade física para idosos, e o programa de atividade física para mulheres, supervisionados por fisioterapeuta e educador físico, respectivamente.

Quatiguá situava-se na faixa de Alto Desenvolvimento Humano, com IDH de 0,714 em 2010, sendo 0,803 o componente Longevidade. Renda e Educação tiveram índices de 0,691 e 0,655, respectivamente. Com relação à renda per capita, a mesma foi calculada em 2010, totalizando 590 reais, indicando que aproximadamente 20% da população estavam vulneráveis à pobreza, 6% eram pobres e 1% era extremamente pobre (CHEDIAK *et al.*, 2017).

Segundo o Atlas de Desenvolvimento Humano no Brasil, em 2010, quase 100% das crianças de 5 a 6 anos frequentavam a escola; pouco mais de 90% das crianças de 11 a 13 anos estavam nos anos finais do ensino fundamental regular seriado ou haviam concluído o ensino fundamental; em torno de 70% das pessoas com 15 a 17 anos concluíram o fundamental e quase 60% das pessoas de 18 a 20 anos tinham o ensino médio completo; aproximadamente 15% dos adultos jovens de 18 a 24 anos cursavam o ensino superior. Quanto aos adultos com mais de 25 anos, também segundo o Atlas, 10,5% não concluíram o ensino fundamental e eram analfabetos; 52,9% tinham ensino fundamental incompleto e foram alfabetizados; 10,4% tinham ensino fundamental completo e médio incompleto; 19,7% tinham ensino médio completo e superior incompleto; 6,5% completaram o ensino superior (CHEDIAK *et al.*, 2017).

Outro dado importante de ser mencionado é que aproximadamente 97,75% da população quatiguaense viviam em domicílios com água encanada em 2010, 100% em domicílios com energia elétrica e havia coleta de lixo para 100% da população urbana. Já a esperança de vida ao nascer é 73,2 anos, a taxa de mortalidade infantil é de 15,2 (em concordância com o estabelecido pela ONU) e a taxa de fecundidade é de 1,6. Esses índices estão diretamente relacionados com as questões de saneamento, educação e saúde da cidade, no presente estudo, com enfoque neste último aspecto (CHEDIAK *et al.*, 2017).

A Equipe de Saúde da Família do Centro de Saúde de Quatiguá acompanha 1047 (53,8%) pessoas do sexo feminino e 899 (46,2%) do sexo masculino, com um total de 1946

peças atualmente, das quais 280 (14,4%) são crianças e jovens, 1200 (61,7%) são adultos e 466 (23,9%) são idosos.

Segundo dados coletados na referida unidade de saúde, a prevalência de Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS) nessa população foi de 22,8% e de Diabetes Mellitus (DM) foi de 6,6% no mês de maio de 2016. Devido a inexistência dos dados, a incidência dessas doenças não foi calculada. Tal lacuna de informação deve-se ao cadastramento dos pacientes ser manuscrito, o que limita o cálculo dos casos incidentes e prejudica a avaliação e o planejamento das ações de saúde. A equipe multiprofissional realiza o acompanhamento de pessoas com HAS e DM por meio de consultas no Centro de Saúde e de visitas domiciliares pelas agentes comunitárias de saúde (ACS) e auxiliar/técnica de enfermagem.

Na área de abrangência dessa unidade de saúde, não há casos de tuberculose e hanseníase atualmente. Também é relevante mencionar que não há dados sobre as principais queixas que levaram a população a procurar a unidade de saúde, mas há informações sobre os principais agravos de saúde: das 329 consultas realizadas em abril de 2016, 36 (10,9%) foram consultas de saúde mental, 24 (7,3%) foram acompanhamento de hipertensos, 24 (7,3%) foram puericultura, 15 (4,5%) foram acompanhamento de diabéticos, 10 (3%) foram rastreamento de câncer de colo uterino e 6 (1,8%) foram rastreamento de câncer de mama.

A população procura o Centro de Saúde conforme necessita de atendimento, conforme orientado o retorno em consulta prévia ou conforme recomendado pelas ACS e auxiliar/técnica de enfermagem, durante as visitas domiciliares. As consultas não são programadas e não há um sistema de agendamento de consultas, de uma forma geral. Apenas os pré-natais e consultas de pós-parto são agendadas e há programação de visita domiciliar em situações de risco ou em que há dificuldade ou impossibilidade de o paciente locomover-se até a unidade de saúde.

Em 2015, houve 1 óbito em menores de 1 ano, causado por malformação congênita, segundo as Declarações de Óbitos. Com relação à vacinação, 100% dos menores de 1 ano, sob cuidados da equipe de ESF, estavam com o esquema vacinal atualizado em maio de 2016. Em 2015, 88% das gestantes tiveram 7 ou mais consultas de pré-natal segundo as Declarações de Nascidos Vivos. A equipe acompanha a evolução da saúde-materno infantil: foi observada melhora na qualidade de assistência pré-natal e, conseqüentemente, o município alcançou a maioria das metas estabelecidas em 2013, como nenhum caso de mortalidade materna e nenhum caso de sífilis congênita em menores de um ano, em 2014. Por outro lado, houve proporção de parto normal igual a 16,2% em 2014, ainda abaixo da meta estabelecida em 2013, que era de 20%.

Em 2014, as principais causas de morte foram doenças do aparelho circulatório, neoplasias (tumores), doenças endócrinas, nutricionais e metabólicas, doenças do aparelho respiratório e causas externas de morbidade e mortalidade (BRASIL, 2014b).

No mesmo ano as principais causas de internação em idosos foram doenças do aparelho

respiratório, doenças do aparelho circulatório, doenças do aparelho geniturinário, doenças do aparelho digestivo e neoplasias (tumores) (BRASIL, 2014a).

Além das doenças já citadas, um importante agravamento à saúde que se destaca em Quatiguá, do ponto de vista epidemiológico, é o tabagismo, cuja prevalência era de 7,2% em maio de 2016. Há ainda os fumantes passivos – aqueles que não fumam, mas convivem com tabagistas – os quais não foram contabilizados.

Nesse município, após discussão com os gestores, profissionais da Equipe de Saúde da Família e com a comunidade, o tabagismo foi elencado como uma problemática importante nesse contexto, além de ser uma questão de saúde pública em âmbito nacional. Segundo a Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados com a Saúde, em sua décima revisão (CID-10), o tabagismo é um problema relacionado com o estilo de vida, integrando o grupo dos transtornos mentais e comportamentais devidos ao uso de substâncias psicoativas (OMS, 2008).

Os produtos derivados de tabaco podem ser fumados/inalados, aspirados, mascarados ou absorvidos pela mucosa oral. Dentre essas formas, destaca-se a forma fumada, como cigarro, cigarro de palha, cachimbo, charuto, narguilé, etc (INCA, 2017b). Todas contêm nicotina, que atinge o cérebro em poucos segundos e libera substâncias que estimulam uma sensação de prazer. Com a continuidade do uso, ocorre tolerância à droga, que é um efeito decorrente da adaptação do cérebro, o qual precisará de doses cada vez maiores para manter o mesmo nível de satisfação que tinha no início. Assim, o tabagismo causa dependência física, psicológica e comportamental, como o que ocorre com outras drogas. Com a dependência, aumenta-se também o risco de outras doenças crônicas não transmissíveis, que podem levar à invalidez e à morte (ROSEMBERG, 2003).

Segundo o Instituto Nacional do Câncer (INCA), o tabagismo é reconhecido como uma doença epidêmica que causa dezenas de doenças, como câncer, doenças cardiovasculares e respiratórias crônicas. Sabe-se que é o fator mais importante de predisposição à Doença Pulmonar Obstrutiva Crônica sendo que os fumantes inalam milhares de substâncias tóxicas - incluindo monóxido de carbono, amônia, cetonas, formaldeído, acetaldeído, acroleína – e dezenas de substâncias cancerígenas - principalmente arsênio, níquel, benzo-pireno, cádmio, chumbo, resíduos de agrotóxicos e substâncias radioativas (INCA, 2017b).

Por ser a principal causa de morte evitável no mundo, segundo a Organização Mundial de Saúde, responsável por 63% dos óbitos relacionados às doenças crônicas não transmissíveis, e associado também com o desenvolvimento de outras doenças (tuberculose, infecções respiratórias, úlcera gastrintestinal, impotência sexual, infertilidade em mulheres e homens, osteoporose, catarata, etc.), este é um tema de relevância mundial e também em Quatiguá (IBGE, 2013).

É possível realizar este projeto para o enfrentamento do tabagismo, planejando as ações para garantir o melhor aproveitamento do tempo e o alcance dos objetivos. É recomendado: o rastreamento para adultos e gestantes (devemos questionar sobre o uso de

tabaco em todo encontro com estes usuários e encorajá-los a cessar este hábito); atuar frente a esta situação com formação de grupos de atendimento coletivo (que possibilitam ações voltadas à prevenção dos danos causados pelo tabagismo e sobretudo promoção de melhor qualidade de vida a estes usuários); medicações, como ansiolíticos/ antidepressivos e adesivos de nicotina, por exemplo, podem ser usados. Os profissionais de saúde devem ter uma postura pró-ativa, não aguardando a doença para tratá-la, mas agindo de forma preventiva.

Segundo o INCA, estima-se que a prevalência do tabagismo no Brasil diminuiu de 34,8% em 1989 para 14,7% em 2013, como resultado das importantes ações de controle do tabaco (IBGE, 2013). Ainda assim, se a tendência atual continuar, em 2030 o tabaco matará cerca de 8 milhões por ano, sendo que 80% dessas mortes ocorrerão nos países da baixa e média renda, segundo WHO (2011) .

Dessa forma, este projeto de intervenção é oportuno neste momento e está de acordo com os interesses da comunidade e da unidade de saúde na medida em que pode contribuir para melhorar a situação de saúde da população quatiguaense e a prática dos profissionais de saúde com relação a essa questão.





## 2 Objetivos

### 2.1 Objetivo Geral

Reduzir o uso de tabaco e diminuir as comorbidades associadas ao tabagismo na população do município de Quatiguá.

### 2.2 Objetivos específicos

Promover ações de conscientização e orientação na comunidade por meio de atividades educativas e recreativas em grupo, além de divulgar cartazes e distribuir panfletos com informações a respeito do uso de tabaco.

Incentivar a prática de atividades físicas regulares na população tabagista por meio da oferta de variados esportes com grupos organizados pela equipe multidisciplinar.

Avaliar a necessidade da administração de medicamentos como ansiolíticos, antidepressivos e adesivos de nicotina, como coadjuvantes no tratamento da dependência do tabaco.



## 3 Revisão da Literatura

### 3.1 História e Classificação do Tabagismo

O tabagismo foi incluído na Classificação Internacional de Doenças (CID) como dependência do tabaco (F17.2). Caracteriza-se essencialmente pela presença de um agrupamento de sintomas cognitivos, comportamentais e fisiológicos, os quais indicam que o indivíduo continua utilizando a substância, apesar de problemas significativos relacionados a ela (NUNES; CASTRO, 2011). É uma doença crônica, progressiva e recorrente, sendo considerado um dos principais fatores de risco para doenças crônicas e a principal causa evitável de morte no mundo (SILVA et al., 2016).

A nicotina é uma substância presente nas folhas de tabaco, produtora da dependência e da síndrome de abstinência. A força da dependência relaciona-se com a fissura ou craving (um forte impulso para usar a substância) e com a tolerância (necessidade crescente da substância para atingir o efeito desejado). A cessação de seu uso gera sintomas como: humor disfórico ou deprimido, insônia, irritabilidade, ansiedade, dificuldade de concentração, inquietação ou impaciência, bradicardia, aumento do apetite ou ganho de peso, que constituem a síndrome de abstinência, quando quatro ou mais desses estão presentes (NUNES; CASTRO, 2011).

A dependência da nicotina tem mecanismo neurocomportamental, mediada por ações de receptores centrais e periféricos, e associada a fatores como ansiedade, depressão, transtornos de diversas naturezas, problemas psiquiátricos, baixa autoestima, automatismos, gatilhos e costumes, bem como a fatores psicossociais, culturais e genéticos. Esses fatores comportamentais e psicológicos induzem ao ato de fumar e dificultam sua cessação. Assim, as pessoas fumam porque são dependentes e não simplesmente porque querem (SILVA et al., 2016).

O tabaco originou-se na América, era cultivado em todo o continente, pelas populações indígenas, e usado em rituais religiosos. Após a chegada dos colonizadores, foi levado para a Europa, onde se espalhou rapidamente e seu uso tornou-se um símbolo de civilização. Chegou à Itália em 1561, sendo cultivado no Vaticano, e chamado de erva santa ou divina. O cachimbo e o rapé se popularizaram inclusive nas igrejas, até os fumantes serem condenados à excomunhão. Com a comercialização, o tabaco alterou o contexto da política econômica dos governos europeus, tornando-se a maior fonte de renda dos cofres públicos. No começo do século XVII, a Espanha tentou monopólio de seu comércio, mas foi contida por Holanda e Inglaterra, nos anos seguintes. Em 1674, Portugal criou o monopólio do tabaco, com legislação punindo o contrabando. No Brasil colônia, o tabaco serviu de moeda no escambo de escravos (ACT, 2017).

A mania de aspirar rapé teve seu auge no século XVIII, enquanto o charuto se popularizou entre os abastados a partir do século XIX, simbolizando elevado status econômico e social. O cigarro, mais econômico e cômodo de carregar, chegou a Paris em 1860 e nos Estados Unidos a partir de 1880. Expandiu-se mundialmente após a Primeira Grande Guerra Mundial (1914-1918), difundindo-se no sexo masculino primeiramente, e entre as mulheres a partir de 1950, com as técnicas de publicidade. Em 1881 foi inventada a máquina de confeccionar cigarros, e a partir disso a indústria de cigarros se consolidou (ACT, 2017).

No início do século XX surgiram diversas leis contra o tabagismo nos EUA, mas, ao final da década de 1920, quase todas foram abolidas porque as empresas conseguiram driblar as várias legislações. O governo dos EUA publicou, em 1964, um relatório de grande impacto na opinião pública e, em 1972, aprofundou a investigação sobre os riscos do tabagismo para a saúde, estabelecendo uma relação entre tabaco e várias enfermidades graves. Essas publicações do serviço público de saúde provocaram certo recuo nas vendas (ACT, 2017).

Da primeira para a segunda parte do século XX, as empresas reagiram de modo a intensificar estratégias de defesa de seu domínio, estratégias de ataque e criação de novos espaços, como investimentos em mercados externos e valorização da independência entre as empresas. As estratégias de marketing foram direcionadas aos países em desenvolvimento: a América Latina foi o maior alvo nos anos 60, os países recém-industrializados da Ásia foram os primeiros alvos nos anos 80, e China e África, na década de 1990 (ACT, 2017).

No Brasil, durante o século XX, a produção de fumo concentrou-se na região sul, que respondia por 95 % da produção brasileira. O Brasil liderou a exportação de tabaco no mundo de 1993 até 2002, e a partir desse ano ficou em segundo lugar. De 1980 a 2003, a produção brasileira aumentou em 70%, enquanto os Estados Unidos reduziram a sua em 50%. Atualmente, os maiores produtores mundiais de tabaco são China, Brasil, Índia e Estados Unidos, nessa ordem (ACT, 2017).

## 3.2 Prevalência de Tabagismo e complicações do uso

Nos países mais desenvolvidos e em alguns em desenvolvimento reduziu-se a prevalência do tabagismo – principalmente pela proibição de fumar em ambientes fechados, preocupações com a saúde, políticas de preços e outras regulamentações governamentais decorrentes da Convenção-Quadro da Organização Mundial da Saúde (OMS). Porém, mundialmente o uso ainda está aumentando, particularmente nos países com baixo ingresso econômico e nas populações mais pobres e com menor escolaridade (SILVA et al., 2016).

Desde a década de 1980, o Brasil destaca-se por desenvolver políticas de controle mais eficazes, o que fez reduzir a prevalência do tabagismo na população adulta, de 35% em

1989 para 14,7% em 2013.

Segundo um levantamento nacional realizado em 1989, a prevalência do tabagismo era maior em adultos do sexo masculino que do sexo feminino, mas a tendência atual é que se torne uma doença mais prevalente nas mulheres. Isso pode estar ocorrendo pelas características de sua dependência, pois possuem um padrão próprio de resposta às situações de enfrentamento de crises, pelas demandas sociais e biológicas e por serem o alvo principal da propaganda. A prevalência no período anterior à gravidez, foi de cerca de 30%, mas apesar dos danos à saúde materna e fetal, a percentagem de mulheres fumantes durante a gestação manteve-se elevada, cerca de 19%. Também se demonstrou que a dependência do tabaco tem um caráter familiar, pois houve maior frequência de dependentes em familiares em primeiro grau de outros dependentes de tabaco (NUNES; CASTRO, 2011).

Em estudos anteriores, foi estabelecido que fumantes com uma história de desordens mentais têm uma baixa taxa de sucesso na cessação do hábito, sendo duas vezes maior a probabilidade de fumar do que em pessoas sem doença psiquiátrica (NUNES; CASTRO, 2011).

Foi estimado que 200 mil pessoas morrem anualmente no Brasil, devido ao tabagismo. Os fumantes têm maior probabilidade de morrer por doença coronariana, especialmente os homens entre 45 e 54 anos de idade, que têm quase três vezes mais probabilidade de morrer de infarto do que os não fumantes da mesma faixa etária. O câncer, segunda causa de morte por doença no país, é responsável por grandes gastos com tratamento e internações hospitalares, e tem, entre seus fatores de risco, o fato de que 90% dos cânceres de pulmão e 30% de todos os tipos de câncer são devidos ao tabagismo. Sabe-se também que o câncer de pulmão é o que mais mata homens no Brasil, e a segunda causa de morte por câncer entre as mulheres (NUNES; CASTRO, 2011).

Fumantes passivos também adoecem em consequência do cigarro, e as crianças e os idosos são as principais vítimas. Entre as crianças, o tabagismo passivo é implicado na síndrome de morte súbita infantil, no baixo peso ao nascer, em infecções crônicas do ouvido médio e em doenças respiratórias (asma, bronquite e pneumonia). Filhos de gestantes que fumam podem nascer com baixo peso, sofrer aborto espontâneo ou morrer ao nascer. Os efeitos da poluição tabagística ambiental em fumantes passivos podem ser irritação nos olhos, tosse, dor de cabeça e aumento dos problemas alérgicos e cardíacos. Os fumantes passivos têm um risco 23% maior de desenvolver doença cardiovascular e 30% mais chances de ter câncer de pulmão. Têm também mais propensão à asma, redução da capacidade respiratória, 24% a mais de chances de infarto do miocárdio e maior risco de arteriosclerose. [pag 59, Sandra]. A exposição involuntária ao tabagismo passivo permanece um risco comum à saúde pública, que pode ser prevenido com as políticas reguladoras adequadas (NUNES; CASTRO, 2011).

### 3.3 Políticas Públicas e Legislação: prevenção e controle do tabagismo

Em 1986, foi intituído que em 29 de agosto comemora-se o Dia Nacional de Combate ao Fumo (BRASIL, 1986).

Também neste ano, o Ministério da Saúde criou o Programa Nacional de Controle do Tabagismo (PNCT), cujas diretrizes são: reduzir a iniciação do consumo de tabaco, proteger a população contra os riscos do tabagismo passivo, reduzir a aceitação social do tabagismo, aumentar o acesso ao tratamento do fumante, controlar e monitorar os produtos derivados do tabaco e monitorar as tendências de consumo/estratégias da indústria. Para isso, o PNCT objetiva a prevenção da iniciação, a promoção da cessação e a proteção ao tabagismo passivo/ambientes livres-abertos. A coordenação nacional, tal como a sua referência técnica, são responsabilidade do Instituto Nacional do Câncer – INCA, que, junto às coordenações estaduais e municipais, acompanha a implementação do Programa. Para alcançar tais objetivos, devem ser promovidas ações de educação e informação, tratamento para a cessação do tabagismo em unidades do SUS, estabelecimento de redes de cooperação e parcerias, visando à descentralização do atendimento, o estabelecimento de leis e regulação de produtos do tabaco, vigilância (monitoramento) e mobilização/controle social (CAMPOS; GOMIDE, 2015).

Entre 1999 e 2003, foi desenvolvido o primeiro tratado internacional de saúde pública, sob os auspícios da Organização Mundial da Saúde, denominado como Convenção-Quadro para o Controle do Tabaco (CQCT). Seu objetivo é “proteger as gerações presentes e futuras das devastadoras consequências sanitárias, sociais, ambientais e econômicas geradas pelo consumo e pela exposição à fumaça do tabaco”. Considerada um marco histórico para a saúde pública global, a Convenção-Quadro trata de medidas para reduzir a epidemia do tabagismo em proporções mundiais, abordando temas como propaganda, publicidade e patrocínio, advertências, marketing, tabagismo passivo, tratamento de fumantes, comércio ilegal e impostos, etc (ACT, 2017).

Entrou em vigor em fevereiro de 2005, teve adesão brasileira através do Decreto Legislativo n.º 1012/2005 (BRASIL, 2005), ganhando o status de Política de Estado e tornando-se uma obrigação legal do governo brasileiro com a promulgação da Convenção-Quadro pelo Presidente da República através do Decreto n.º 5658 em 2 de janeiro de 2006 (BRASIL, 2006).

Cabe à Comissão Nacional para Implementação da Convenção-Quadro para o Controle do Tabaco (CONICQ) articular a organização e implementação de uma agenda governamental intersetorial para o cumprimento das obrigações previstas no tratado. Os principais programas e ações que integram a atual Política Nacional de Controle do Tabaco são os seguintes:

- Programa Nacional de Combate ao Tabagismo;

- Regulação e fiscalização dos derivados de tabaco, sob coordenação da Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA), em parceria com a rede de vigilância sanitária do SUS, com ações de implementação e fiscalização do tabagismo em recintos coletivos, de restrição da propaganda e regulamentação das embalagens;
- Vigilância epidemiológica: realiza inquéritos periódicos mais aprofundados sobre tabagismo entre jovens e grandes inquéritos nacionais em parceria com o Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE) - como a Pesquisa Especial de Tabagismo (Petab) e a Pesquisa Nacional sobre Saúde do Escolar (Pense) e tem permitido visualizar a situação do tabagismo no Brasil e seu impacto sobre a saúde, oferecendo subsídios para orientar a Política Nacional de Controle do Tabaco;
- Programa Nacional de Diversificação da Produção em Áreas Cultivadas com Tabaco: desenvolvido pelo Ministério do Desenvolvimento Agrário, tem grande importância política, pois sua criação foi condicionante para a ratificação da Convenção-Quadro no Congresso Nacional;
- Inclusão dos princípios da CQCT na Política Nacional sobre Drogas: a Secretaria Nacional de Política sobre Drogas (SENAD), que faz parte da CONICQ, inclui o tema tabagismo nas suas ações educativas, de divulgação e comunicação e nas pesquisas sistemáticas que desenvolve para monitorar o consumo de drogas lícitas e ilícitas;
- Política de preços e impostos para o setor fumo: coordenada pelo Ministério da Fazenda, através da Secretaria da Receita Federal, vem sendo alinhada paulatinamente aos objetivos da CQCT por meio de sucessivos ajustes nos impostos sobre cigarros;
- Combate ao mercado ilegal de produtos de tabaco: é conduzida pelos Ministérios da Fazenda e da Justiça como parte dos projetos estratégicos de combate à pirataria. (INCA, 2017a).

Os programas de controle do tabagismo objetivam reduzir a exposição à fumaça ambiental do tabaco dos ambientes de trabalho e unidades de saúde por meio de informação, educação, sensibilização, mobilizações políticas, medidas legislativas e econômicas favoráveis ao controle do tabagismo.

A Lei Federal nº 9.294/96, regulamentada pelo Decreto nº 2018 de 01 de outubro de 1996, dispõe sobre restrições ao uso e à propaganda de derivados do tabaco. Esta proíbe fumar em recintos fechados onde sejam obrigatórios o trânsito ou a permanência de pessoas, determina a necessidade de avisos escritos e orais dessa proibição (NUNES; CASTRO, 2011).

A Lei Antifumo (Lei Federal nº 12.546/2011) é uma das mais recentes e também está entre as medidas mais eficazes e de resultados mais imediatos, inclui a elevação de preços e a promoção de ambientes 100% livres de tabaco (SILVA et al., 2016).

Em 5 de abril de 2013, o Ministério da Saúde publicou a Portaria n° 571, que moderniza as diretrizes para o cuidado ao indivíduo tabagista no âmbito da Rede de Atenção à Saúde das Pessoas com Doenças Crônicas do Sistema Único de Saúde (SUS). Tal portaria revoga a Portaria n° 1.035/GM/MS, de 31 de maio de 2004, bem como a portaria SAS n° 442 de 13 de agosto de 2004. Com isso, novas diretrizes sobre a adesão ao PNCT, a programação para aquisição da medicação e as responsabilidades são estabelecidas (CAMPOS; GOMIDE, 2015).

### 3.4 Ações em Saúde no Enfrentamento do Uso de Tabaco

A intervenção que este projeto tem intenção de realizar é relevante porque aproximadamente 80% dos fumantes desejam parar de fumar, no entanto, apenas 3% conseguem a cessação a cada ano. A maioria interrompe o uso do tabaco sem auxílio e, com abordagem e tratamento do fumante, esses percentuais de abstinência aumentam, atingindo 20% a 30% em um ano (NUNES; CASTRO, 2011).

“Embora 70% dos pacientes que fumam desejem parar de fumar, somente 7,9% são capazes de fazê-lo sem ajuda profissional. O aconselhamento do profissional da saúde pode melhorar a cessação do tabagismo em 10,2%. A combinação de terapia de reposição de nicotina com bupropiona, suporte social e comportamental pode aumentar a taxa de abandono do tabaco em 35%. No aconselhamento breve, os profissionais da saúde devem avaliar a motivação e a prontidão para mudança do paciente. Fumantes que não estão prontos para parar de fumar devem ser encaminhados para a entrevista motivacional nos seus cinco princípios gerais, que são: expressar a empatia, desenvolver discrepância, evitar argumentação, acompanhar a resistência e promover a autoeficácia”(NUNES; CASTRO, 2011, p. 92)

A dependência do tabaco é uma doença crônica com recaídas; a maioria dos tabagistas requer 5 a 7 tentativas antes de finalmente deixar de fumar. O aconselhamento deverá ocorrer de modo empático, sem julgamentos, e de modo suportivo (NUNES; CASTRO, 2011).

O controle do tabaco é uma prioridade da saúde pública, uma vez que dentre as causas de mortalidade que podem ser prevenidas, o tabaco é a maior delas. Esse é um tema extremamente abrangente, em que o “controle”, para ser bem-sucedido, tem que ser implementado concomitantemente em seus vários componentes: produção, políticas de saúde, prevenção, exposição tabágica e cessação. Os esforços para o controle do tabaco num país tão grande como o Brasil, onde existe tanta influência da indústria do tabaco e do mercado ilícito, representam um desafio. Porém, esse é o momento certo para promover e implementar um sistema integrado de controle do tabaco no Brasil (NUNES; CASTRO, 2011).



## 4 Metodologia

O presente trabalho se propõe a estimular a cessação do hábito de fumar na população do município de Quatiguá, Paraná, bem como prevenir a ocorrência de novos casos de tabagismo.

A proposta de intervenção terá 6 meses de duração, com realização de março à setembro de 2017 nas escolas de ensino médio e fundamental e também na Unidade Básica de Saúde. Nas escolas, o foco será na prevenção de modo a evitar que jovens e adolescentes iniciem o hábito de fumar. Já na UBS, serão prioritárias ações para cessação da dependência do tabaco e para prevenção das comorbidades.

A realização e organização da intervenção será responsabilidade da equipe de PSF: médico, enfermeiro, psicólogo, odontólogo e também professores das referidas escolas. O médico e o enfermeiro serão responsáveis pelas palestras oferecidas à população, elaboração de panfletos e abordagem em grupos. O técnico de enfermagem e os agentes comunitários de saúde contribuirão com a panfletagem, triagem e identificação de casos de tabagismo nos domicílios. Psicólogos e odontólogos colaborarão com acompanhamentos individuais e em grupo.

A intervenção se dividirá em três etapas. A primeira será a organização e divisão das tarefas que ficarão sob responsabilidade de cada profissional. Também nessa primeira fase, haverá o rastreamento de pacientes tabagistas na Unidade Básica de Saúde e também nos domicílios.

A segunda consistirá no treinamento dos palestrantes e da equipe envolvida, na seleção de vídeos relacionados ao tema do tabagismo e confecção dos panfletos.

Já a terceira etapa será o momento de orientar e conscientizar efetivamente a comunidade, incluindo a apresentação das palestras para os alunos e usuários da UBS e elaboração conjunta de cartazes e faixas. A programação e campanha será divulgada na rádio local e os panfletos discorrendo sobre os malefícios do hábito de fumar e a possibilidade de cessá-lo, serão distribuídos à população.

Além disso, serão realizadas sessões de apoio individual, semanais no primeiro mês, quinzenais no segundo e terceiro mês, e nos meses seguintes tornam-se mensais, com objetivo de manutenção da cessação do uso de tabaco. Serão criados grupos de tratamento com as pessoas que necessitam de terapia medicamentosa coadjuvante. A avaliação dessa necessidade ocorrerá durante as sessões de apoio ao tabagista por meio do questionário de Fagerström, que tem o objetivo de estimar o grau de dependência da nicotina. Os responsáveis serão o médico, psicólogo e farmacêutico, que atuarão na Unidade Básica de Saúde de Quatiguá.

Também constando na terceira etapa, serão organizados grupos de atividades físicas abertos à população. Os indivíduos tabagistas aptos à prática de exercícios serão incenti-

vados a participarem das atividades que possuírem mais afinidade. Os grupos acontecerão entre três a cinco vezes por semana e serão supervisionados por fisioterapeuta, profissionais de educação física e professor de dança. Haverá esportes como vôlei, basquete e futebol e grupos de caminhada, academia e dança. Tais atividades serão desenvolvidas nas academias ao ar livre, nas quadras poliesportivas das escolas e do ginásio de esportes municipal e no salão de festas da igreja.

## 5 Resultados Esperados

Com a aplicação da intervenção descrita anteriormente, almeja-se enfrentar o tabagismo, atuando desde a sua prevenção até a cessação e diminuição da exposição tabágica.

A partir da capacitação da equipe, é possível qualificar o aconselhamento dos usuários para que este ocorra de modo empático e suportivo, sem julgamentos. Os profissionais de saúde devem realizar a abordagem breve - avaliar a motivação e a prontidão para mudança do paciente - e encaminhar os fumantes que não estão prontos para parar de fumar para a entrevista motivacional.

Além do exposto, esse projeto de intervenção visa conscientizar a população sobre o problema do uso de tabaco ao oferecer informações sobre essa droga que causa dependência e consiste no maior fator de risco evitável para doenças incapacitantes e letais. Apesar da existência de políticas públicas nessa área, seu uso ainda é prevalente em Quatiguá. A partir dessa conscientização, objetiva-se diminuir a incidência de tabagismo em 80%.

É interessante apontar que os fumantes apresentam muitas dificuldades para cessar o hábito e podem ter várias recaídas. Nesse sentido, busca-se prevenir as recaídas por meio do aconselhamento e do acompanhamento dos usuários pela equipe de saúde, além da prática de atividades físicas. Espera-se, então, que o índice de fumantes que permaneçam abstinentes aumente em 30%.

Sabendo que o tabagismo está associado a problemas comportamentais e psicológicos que induzem ao ato de fumar e dificultam sua cessação, entende-se que com a realização de atividades físicas irá ocorrer melhora no condicionamento físico dos indivíduos, além do aumento da autoestima, da sensação de bem-estar e fortalecimento da relação interpessoal entre os indivíduos. Dessa forma, aumenta-se também a motivação para lidar com a dependência e persistir abstinente.

É relevante reduzir também a exposição passiva dos não-fumantes ao tabaco, visto que fumantes passivos também adoecem em consequência do cigarro. E por meio das informações levadas até a comunidade, acredita-se que isso será possível.

Além desses resultados, pretende-se conseguir cessação do tabagismo por meio de medicações naqueles indivíduos com alta nível de dependência, pela combinação com suporte social e comportamental, aumentando a taxa de abandono em 35%. De forma geral, com a diminuição do tabagismo, espera-se melhorar a qualidade de vida de todos os quatiguaenses e diminuir as comorbidades associadas a ele.



# Referências

- ACT. *Tabagismo*. 2017. Disponível em: <<http://actbr.org.br/tabagismo/>>. Acesso em: 05 Fev. 2017. Citado 3 vezes nas páginas 17, 18 e 20.
- BRASIL. Lei nº 7.488, de 11 de junho de 1986. Imprensa Nacional, Brasília, n. 1, 1986. Citado na página 20.
- BRASIL. Decreto legislativo nº 1.012, de 2005. Imprensa Nacional, Brasília, n. 1, 2005. Citado na página 20.
- BRASIL. Decreto nº 5.658, de 2 de janeiro de 2006. Imprensa Nacional, Brasília, n. 1, 2006. Citado na página 20.
- BRASIL. *Sistema de Informações Hospitalares do SUS: Internações por capítulo cid-10 segundo município. faixa etária 2. período: 2014*. 2014. Disponível em: <<http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/tabcgi.exe?sih/cnv/nibr.def>>. Acesso em: 14 Jan. 2017. Citado na página 11.
- BRASIL. *Sistema de Informações sobre Mortalidade. Óbitos por Residência por Capítulo CID-10 segundo Município Período: 2014*. 2014. Disponível em: <<http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/tabcgi.exe?sim/cnv/obt10PR.def>>. Acesso em: 11 Jan. 2017. Citado na página 11.
- CAMPOS, P. C. M.; GOMIDE, M. O programa nacional de controle do tabagismo (pnct) na perspectiva social: a análise de redes, capital e apoio social. *Caderno de Saúde Coletiva*, p. 436-444, 2015. Citado 2 vezes nas páginas 20 e 22.
- CHEDIEK, J. et al. *Atlas do Desenvolvimento Humano no Brasil*. 2017. Disponível em: <[http://www.atlasbrasil.org.br/2013/pt/perfil\\_m/quatigua\\_pr](http://www.atlasbrasil.org.br/2013/pt/perfil_m/quatigua_pr)>. Acesso em: 14 Jan. 2017. Citado 2 vezes nas páginas 9 e 10.
- IBGE. *Censo Demográfico 2010*: Instituto brasileiro de geografia e estatística. 2010. Disponível em: <<http://cidades.ibge.gov.br/v3/cidades/municipio/4120705/pesquisa/23/2010>>. Acesso em: 11 Jan. 2017. Citado na página 9.
- IBGE. *Pesquisa Nacional de Saúde 2013*: Percepção do estado de saúde, estilos de vida e doenças crônicas. 2013. Disponível em: <<http://portalsaude.saude.gov.br/images/pdf/2014/dezembro/18/PNS-2013.pdf>>. Acesso em: 16 Jan. 2017. Citado 2 vezes nas páginas 12 e 13.
- INCA. *Observatório da Política Nacional de Controle do Tabaco*. 2017. Disponível em: <[http://www2.inca.gov.br/wps/wcm/connect/observatorio\\_controle\\_tabaco/site/home](http://www2.inca.gov.br/wps/wcm/connect/observatorio_controle_tabaco/site/home)>. Acesso em: 05 Fev. 2017. Citado na página 21.
- INCA. *Programa Nacional de Controle do Tabagismo*: Tabagismo. 2017. 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: 12 Jan. 2017. Citado na página 12.

NUNES, S. O. V.; CASTRO, M. R. P. de. *Tabagismo: Abordagem, prevenção e tratamento*. Londrina: Editora da Universidade Estadual de Londrina, 2011. Citado 4 vezes nas páginas 17, 19, 21 e 22.

OMS. *Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados à Saúde*: Décima revisão versão 2008. 2008. Disponível em: <<http://www.datasus.gov.br/cid10/V2008/cid10.htm>>. Acesso em: 15 Jan. 2017. Citado na página 12.

ROSEMBERG, J. *Nicotina: Droga Universal*. São Paulo: Secretaria da Saúde. Centro de Vigilância Epidemiológica, 2003. Citado na página 12.

SILVA, L. C. C. da et al. Controle do tabagismo: desafios e conquistas. *Jornal Brasileiro de Pneumologia*, p. 290–298, 2016. Citado 3 vezes nas páginas 17, 18 e 21.

WHO. *WHO REPORT on the global TOBACCO epidemic, 2011: Warning about the dangers of tobacco*. 2011. Disponível em: <[http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/70680/1/WHO\\_NMHTFI\\_11.3\\_eng.pdf](http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/70680/1/WHO_NMHTFI_11.3_eng.pdf)>. Acesso em: 16 Jan. 2017. Citado na página 13.