

Grupo de apoio: uma proposta de promoção prevenção e cessação do tabagismo
Support group: a proposal to promote smoking prevention and cessation

Waldir Ribeiro Dias Neto e Laranjeiras¹

Isabel Cristina de Paula Oliveira²

- 1- Autor-correspondente: Médico. Pós-graduando em Saúde da Família pela UFPI. Trabalha como médico em uma Unidade Básica de Saúde de São Raimundo Nonato-PI. E-mail: waldirlaranjeiras@gmail.com
- 2- Orientadora. Odontóloga. Mestrado em Tecnologia e Gestão em Educação a Distância, pela Universidade Federal Rural de Pernambuco – UFRPE.

RESUMO

O tabagismo é considerado uma doença crônica gerada pela dependência da nicotina. Sendo um dos principais fatores de risco para o desenvolvimento de doenças crônicas não transmissíveis. Observa-se que, há um grande número de pacientes tabagistas na comunidade adstrita à Unidade Básica de Saúde (UBS), Maria Isabel da Silva do município de São Raimundo Nonato – PI, e que além do vício do tabagismo, ainda possuem doenças crônicas associadas, como: hipertensão arterial sistêmica (HAS) e o diabetes mellitus (DM). A situação torna-se ainda mais problemática, pois estes são resistentes ao tratamento para a cessação do tabagismo. Sendo assim, objetiva-se neste estudo, realizar um projeto de intervenção, para aumentar o número de pacientes que abandonam o tabagismo, contribuindo para melhorar a saúde da população adstrita da UBS. O público alvo serão os pacientes tabagistas e ex-tabagistas. Pretende-se realizar discussões sistemáticas com a equipe multiprofissional de saúde no intuito de apresentar a intervenção e estimular a participação de todos, criar e implantar um grupo de pacientes; organizar palestras semanais e implantar ações de educação e promoção da saúde; elevar a autoestima dos mesmo pacientes através das palestras motivacionais e criar vínculos entre os pacientes e fortalecer seus vínculos familiares para ajudar na cessação do tabagismo.

DESCRITORES: Tabagismo. Promoção da Saúde. Atenção Primária a Saúde.

ABSTRACT

Smoking is considered a chronic disease caused by nicotine addiction. Being one of the main risk factors for the development of chronic non-communicable diseases. It is observed that, there is a large number of smoking patients in the community assigned to the Basic Health Unit (UBS), Maria Isabel da Silva from the municipality of São Raimundo Nonato - PI, and that in addition to smoking addiction, they still have chronic diseases associated, such as: systemic arterial hypertension (SAH) and diabetes mellitus (DM). The situation becomes even more problematic, as they are resistant to treatment for smoking cessation. Therefore, the objective of this study is to carry out an intervention project to increase the number of patients who quit smoking, contributing to improving the health of the UBS affiliated population. The target audience will be smokers and ex-smokers. It is intended to conduct systematic discussions with the multiprofessional health team in order to present the intervention and encourage the participation of all, create and implant a group of patients; organize weekly lectures and implement education and health promotion actions; raise the self-esteem of the same patients through motivational talks and create bonds between patients and strengthen their family bonds to help with smoking cessation.

DESCRIPTORS: Smoking. Health Promotion. Primary Health Care.

INTRODUÇÃO

A proposta intervenção terá como cenário a Unidade Básica de Saúde (UBS) localizada no município de São Raimundo Nonato-PI, que distancia-se 576 km de Teresina, capital do Estado do Piauí. Esse município foi criado em 1912 e possui cerca de 34.535 habitantes (IBGE, 2017).

No que se refere aos indicadores de mortalidade no município entre os anos de 2010 e 2017, a taxa de mortalidade geral foi de 4,7 e 6,0, respectivamente, a taxa de mortalidade infantil, diminuiu de 22,7 no ano de 2010 para 17,2 no ano de 2017. Também foi possível evidenciar que aumento de nascidos vivos, passando de 572 para 638. A taxa de mortalidade em menores de 5 anos ocorreu uma redução de 26,2 para 18,8. Não foram registrados óbitos maternos no período de análise. Os óbitos tipo violência pode-se destacar: acidente, passando de 10 casos em 2010 para 15 casos em 2017; suicídio, com aumento considerável de 1 para 5 casos e de homicídio saindo de 5 casos para 6.

O projeto de intervenção será realizado com a comunidade fumante e não fumante da UBS Maria Isabel da Silva, localizada na zona urbana da cidade e responsável por 1408 pessoas e 321 famílias. A equipe de saúde é constituída por um médico, um dentista; uma enfermeira, uma técnica de enfermagem; um agente de portaria uma recepcionista; uma auxiliar de serviços Gerais; uma técnica de higiene bucal e quatro Agentes Comunitários de Saúde (ACS).

Ressalta-se que, a comunidade assistida por essa UBS reside, em sua maioria, em casas de tijolos, com saneamento básica, coleta de lixo três vezes por semana, são casas simples, porém em boas condições físicas e estruturais. Essa comunidade trabalha em diversos seguimentos, com maior destaque para aqueles que trabalham na construção civil (pedreiros, serventes, mestre de obra e pinto), caixa de supermercado, faxineiro e funcionários públicos.

Despertou-se o interesse para realizar um projeto de intervenção pelo motivo dos pacientes tabagistas serem resistentes ao tratamento para que se consiga que os mesmo parem de fumar, pois muitos além de serem tabagistas, possuem doenças crônicas associadas, como por exemplo, a hipertensão arterial sistêmica (HAS) e o diabetes mellitus (DM).

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. É um dos principais fatores de risco para o desenvolvimento de Doenças Crônicas Não Transmissíveis (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, 2017)

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 (OMS, 2017).

O tabagismo é considerado uma das principais causas de morte evitáveis em todo o mundo (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).

Desta forma, é urgente inserir na comunidade assistida, o Programa de redução do tabagismo presente na cidade de São Raimundo Nonato, pois faz parte deste programa a educação e promoção da saúde, assim como, palestras por meio de reuniões mensais. Enfatiza-se que a equipe desse programa é multiprofissional e é constituída por: uma enfermeira, uma psicóloga, uma nutricionista, um fisioterapeuta, um dentista, um fisioterapeuta e um educador físico.

Sendo assim, a intenção deste projeto de intervenção é organizar um grupo de junto com a comunidade da referida UBS, para que estes tenham acesso ao tratamento e recebam as orientações sobre na própria UBS, conseguindo desta forma, a diminuição dos pacientes resistentes ao tratamento, além de aumentar o número de pessoas que deixem de fazer o uso do tabaco e consigam uma melhor qualidade de vida.

Portanto, o objetivo geral é aumentar o número de pacientes que abandonam o tabagismo, contribuindo para melhorar a saúde da população adstrita da Unidade Básica de Saúde Maria Isabel da Silva do município de São Raimundo Nonato-PI. Os objetivos específicos são: realizar discussões sistemáticas com a equipe multiprofissional de saúde no intuito de apresentar a intervenção e estimular a participação de todos, criar e implantar um grupo de pacientes para realização do projeto de intervenção, organizar palestras semanais e implantar ações de educação e promoção da saúde, voltadas para visando orientar os pacientes quanto ao processo de cessação do tabagismo, assim como as vantagens desta cessação, elevar a autoestima dos pacientes através das palestras motivacionais e criar vínculos entre os pacientes e fortalecer seus vínculos familiares para ajudar na cessação do tabagismo.

PLANO OPERATIVO

Inicialmente foi realizado um estudo, aonde o pesquisador, que atua como médico da referida UBS, elencou os principais problemas que interferiam na melhoria do trabalho, após esta etapa, foi destaque uma situação problema, que seria a raiz dos vários problemas elencados. A situação problema destacada foi, a resistência dos pacientes tabagistas ao tratamento de cessação do tabagismo. Após destacada a situação problema específica, foi feito um estudo bibliográfico, aonde vários autores foram lidos, e os artigos sobre o tema foram selecionados, para embasarem este projeto de intervenção. Após esta etapa, foi criado um Plano Operativo, para o planejamento das ações com objetivos, metas, prazos e ações estratégicas pré-determinadas, além dos responsáveis por cada uma das ações.

Destaca-se que o pesquisador, participará ativamente de todo o processo de trabalho, e como o início de processo, realizará uma reunião com toda a equipe, inclusive do Núcleo de Apoio a Saúde da Família (NASF), de preferência na sexta-feira, para não comprometer o atendimento, com duração de 3 horas. Nessa reunião as equipes serão estimuladas a participar da intervenção e de disponibilizarem um dia do seu cronograma de atividades para realizar uma ação educativa voltada a cessação do tabagismo e prevenção do uso. Os ACS irão ajudar na identificação dos pacientes, bem como na realização das visitas domiciliares. O médico também ficará responsável em realizar um convite com a data, horário e local da ação educativo do mês. Esses convites serão entregues aos ACS. A enfermeira ficará responsável por monitorar e avaliar as ações programadas, bem como realizar os devidos ajustes caso seja identificado algum problema na execução das tarefas.

Outro ponto que merece destaque, foi a quase ausência de ações educativas na UBS. Sendo assim, o médico, juntamente com equipe multiprofissional organizará um cronograma com as datas do grupo educativo para estimular a cessação do tabagismo e a prevenção do uso. Esse grupo poderá acontecer na própria UBS e também na associação de moradores da área, com duração de 1:30h cada encontro. O médico, a enfermeira e a equipe do NASF ficarão responsáveis em realizar uma ação educativa voltada para esse grupo, de acordo com o cronograma pré-estabelecido. Poderá ser utilizado como recurso audiovisual o retroprojeter, microfone e aparelho de som. Os responsáveis pela ação programada do dia terão que produzir os informativos e uma temática em relação ao tabagismo que irá abordar.

No intuito de elevar a auto-estima dos pacientes a psicóloga do NASF será a responsável por desenvolver uma ação educativa, voltada para elevar a autoestima dos participantes. Por fim, pra impulsionar o vínculo e os familiares para cessação do tabagismo, durante as consultas os pacientes serão orientados que nas consultas subsequentes deverão vim acompanhados, caso possível, por algum familiar. Esses familiares serão orientados a respeito do tratamento, sobre o uso da medicação, adesivo ou outras formas de tratamento prescritos. Esses familiares receberam um convite com as datas, locais e horários das ações educativas, no intuito dele estimular a participação do paciente nesses grupos. Os ACS ao agendar as consultas também irão orientar a respeito da importância da família no acompanhamento do tratamento.

O quadro 1 mostra os diferentes nós críticos para as situações problemas, os objetivos, as metas, as estratégias e os responsáveis por executá-las

Quadro 1: síntese das ações programas

SITUAÇÃO PROBLEMA	NÓS CRÍTICOS	OBJETIVOS	METAS/ PRAZOS	AÇÕES/ ESTRATÉGIAS	RESP.
	Ausência de intervenção para estimular a cessação do tabagismo e a prevenção do uso	Realizar discussões sistemáticas com a equipe multiprofissional de saúde no intuito de apresentar a intervenção e estimular a participação.	CURTO PRAZO 15 DIAS Realizar uma reunião com 100% da equipe multiprofissional para discutir sobre os objetivos e metas do plano operativo	O médico realizará uma reunião com toda a equipe, inclusive do NASF, de preferência na sexta-feira, para não comprometer o atendimento, com duração de 3 horas.	Médico

Pacientes tabagistas resistentes ao tratamento	Ausência de ações educativas voltadas para estimular a cessação do tabagismo e a prevenção do uso	Criar e implantar um grupo de apoio à pacientes para realização do projeto de intervenção;	MÉDIO PRAZO 3 MESES Criar um grupo permanente para estimular a cessação do tabagismo e a prevenção do uso de pelo menos 80% da população	Junto com equipe multiprofissional o médico organizará um cronograma com as datas do grupo para estimular a cessação do tabagismo e a prevenção do uso.	Médico Enfermeira Equipe do NASF (Psicólogo, enfermeira, educador físico, nutricionista e fisioterapeuta)
	Falta de sensibilização da população sobre o tema	Sensibilizar a população e organizar palestras semanais e implantar ações de educação e promoção da saúde.	MÉDIO/LONGO PRAZO 6 MESES Criar um grupo permanente para sensibilizar e estimular a cessação do tabagismo e a prevenção do uso de pelo menos 80% da população.	Todos os profissionais da UBS e a equipe do NASF ficarão responsáveis em realizar ações educativas como palestras e rodas de conversa voltadas para esse grupo.	Todos os profissionais da UBS 2 - Equipe do NASF (Psicólogo, enfermeira, educador físico, nutricionista e fisioterapeuta)
	Ausência de palestras motivacionais	Elevar a autoestima dos pacientes através das palestras motivacionais;	MÉDIO PRAZO 3 MESES Contribuir para elevar a autoestima de 80% dos participantes das ações educativas	A psicóloga do NASF será a responsável por desenvolver uma ação educativa, voltada para elevar a autoestima dos participantes.	1-Psicóloga do NASF
	Vínculos comprometidos tabagistas e seus familiares	Criar vínculos entre os pacientes e fortalecer seus vínculos familiares para ajudar na cessação do tabagismo.	LONGO PRAZO + DE 6 MESES Durante as consultas médicas e de enfermagem 100% dos pacientes serão estimulados em vim acompanhados pelos seus familiares	Durante as consultas os pacientes serão orientados que nas consultas subsequentes deverão vim acompanhados, caso possível, por algum familiar.	1-Médico 2-Enfermeira 3-ACS

REVISÃO DE LITERATURA

Epidemiologia e impactos a saúde devido ao tabagismo

Na décima revisão da Classificação Internacional de Doenças (CID-10), o tabagismo integra o grupo dos transtornos mentais e comportamentais. Esse agrupamento engloba numerosos distúrbios que diferem entre si pela gravidade e sintomatologia, mas constituem transtornos que têm, em comum, a relação com o uso de substâncias psicoativas, prescritas ou não por um médico (OMS, 2016).

Atualmente o tabagismo representa uma das principais causas de mortalidade evitável no mundo, atingindo mais de um bilhão de pessoas em todo o mundo, segundo a Organização Mundial de Saúde (OMS, 2016). Além disso, é causa direta de 6 milhões de mortes anualmente, devendo atingir

a marca de 10 milhões de mortes anuais em 2030. As evidências indicam que um em cada dois fumantes morrerá em decorrência do tabagismo (LI *et al.*, 2017).

No mundo, o tabagismo está associado a cerca de 70% dos casos de câncer de pulmão, 42% das doenças respiratórias crônicas e 10% das doenças cardiovasculares. Além disso, é responsável por impactantes prejuízos sociais, sanitários, econômicos e ambientais (OMS, 2016).

Há mais de uma década, a OMS propôs ações com a finalidade de controlar o tabagismo, as quais compreendem monitoramento do uso do tabaco, conscientização sobre os malefícios para si e para os fumantes passivos, incentivo à realização de propagandas sobre a proibição do fumo, ajuda para cessar o uso e aumento de impostos sobre os produtos derivados do tabaco. Estima-se que dois terços da população mundial são protegidos por essas ações, visto que 121 países adotam, ao menos, uma delas (OMS, 2017).

A efetividade das intervenções de promoção da saúde junto a adultos tabagistas que recebem cuidados primários de saúde, com base em modelos teóricos de mudança de comportamento para modificar os principais fatores de estilo de vida (atividade física, dieta, álcool e tabaco), tem sido alvo de estudos, pois a cessação do tabagismo mostra-se salutar em qualquer momento da vida, produzindo benefícios consideráveis para a saúde pública (RAMOS *et al.*, 2014).

O custo-benefício do tratamento da pessoa tabagista se mostra favorável nos cuidados em saúde, sobretudo quando relacionado às doenças crônicas. Assim, uma intervenção clínica contínua pode levar a reduções significativas na prevalência do tabagismo e na taxa de visitas ao consultório para tratar doenças associadas (RODRIGUES, 2015).

No Brasil, os usuários encontram dificuldades na obtenção de bons resultados no abandono ao vício junto ao Sistema Único de Saúde (SUS), por meio da participação no Plano Nacional de Controle do Tabagismo (PNCT). O acesso ao programa, assim como o controle da ansiedade, a estruturação e organização dos grupos de apoio e uma boa atuação dos profissionais de saúde no controle do hábito, são pontos importantes a serem aprimorados (SANTOS; SANTOS; BAVA, 2019).

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 (BRASIL, 2017).

Embora muito se tenha avançado, nas últimas décadas, a OMS reconhece o fumo de tabaco como uma prática letal, defendendo o urgente fortalecimento das ações de controle (OMS, 2017).

A dependência à nicotina obriga os fumantes a se exporem cronicamente à aproximadamente 4.720 substâncias, muitas delas tóxicas, fazendo com que o tabagismo seja um fator causal 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) (COLE; FIORE, 2014).

Em 1989 o Brasil detinha entre sua população 34,8% de tabagistas. Em 2009, 20 anos depois, a prevalência havia caído para 17,4%; em 2014, os resultados parciais de um programa de vigilância do ministério da saúde evidenciaram cerca de 10,8% de prevalência do tabagismo (PORTES *et al.*, 2018).

Segundo os dados do Sistema de vigilância do Ministério da Saúde (VIGITEL) que tem por objetivo monitorar os principais determinantes das doenças crônicas não transmissíveis na população adulta das 26 capitais brasileiras e do Distrito Federal, o tabagismo tem diminuído no país. Em 2006, a frequência de adultos fumantes era de 15,7%; em 2016, foi registrada prevalência de 10,2%, sendo maior no sexo masculino (12,7%) do que no feminino (8%). Mesmo com a redução na prevalência observada nos últimos anos, o tabagismo ainda é considerado um grave problema de saúde pública, especialmente em termos de custos gerados para o sistema de saúde (BRASIL, 2016).

Essa redução no número de fumantes pode ser explicada como consequência de uma série de ações macrorregulatórias, visando reduzir a atratividade do cigarro como: proibição de publicidade do tabaco, aumento de impostos sobre o produto, inclusão de advertências mais explícitas sobre os efeitos danosos do tabaco nos maços, legislação para restrição do fumo em ambientes fechados, campanhas para controle do fumo e o desenvolvimento de programas de abordagem e tratamento, as quais serão abordadas adiante (BRASIL, 2014).

Algumas variáveis se associam à prevalência de tabagismo, em especial o sexo, a raça/cor, o tipo de região, a escolaridade e a renda. A prevalência de tabagismo é consistentemente superior no sexo masculino, na raça/cor preta e na região rural. Em relação à escolaridade, as proporções de fumantes são mais expressivas entre aqueles com menor grau de instrução, reduzindo-se progressivamente à medida que se aumentam os anos de estudo. Além disso, a prevalência de fumantes encontrada também se apresenta inversamente proporcional à renda (BRASIL, 2014).

Portanto, há um esforço mundial, envolvendo organismos governamentais, não governamentais, profissionais de saúde e sociedade civil, para regulamentação e controle do uso do tabaco, de forma a desestimular o seu consumo prevenindo a iniciação (especialmente entre os jovens) e estimulando/apoiando a cessação para os usuários (BARBOSA; FONSECA, 2019).

Atenção Básica e o Controle do Tabagismo

A Atenção Primária à Saúde (APS) configura-se como cenário oportuno para a execução das ações de controle do tabagismo, uma vez que se caracteriza por: “um conjunto de ações de saúde, no âmbito individual e coletivo, que abrange a promoção e a proteção da saúde, a prevenção de agravos, o diagnóstico, o tratamento, a reabilitação, a redução de danos e a manutenção da saúde com o objetivo de desenvolver uma atenção integral que impacte na situação de saúde e autonomia das pessoas e nos determinantes e condicionantes de saúde das coletividades” (BAZOTTI *et al.*, 2016).

Segundo Onocko *et al.* (2012), a APS organiza e racionaliza todos os recursos, tanto básicos quanto especializados, direcionados para a promoção, a manutenção e a melhora da saúde. O seu fortalecimento com ênfase nas ações de promoção da saúde permite a melhoria do status desta, a redução de iniquidades e a redução de custos. Assim, os serviços fragmentados necessitam de

estratégias inovadoras que permitam a execução de ações preventivas na comunidade. O compromisso em ampliar o acesso à abordagem e ao tratamento do tabagismo para a rede de APS e de média complexidade do SUS foi garantido com a Portaria nº 1035 de 31 de maio de 2004, do Ministério da Saúde (MS) (BRASIL, 2015).

Em 13 de agosto do mesmo ano, o MS publicou a Portaria nº 442, a qual apresentou como anexos o Plano para Implantação da Abordagem e Tratamento do Tabagismo na rede SUS e o Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas – Dependência à Nicotina. O primeiro apresenta informações detalhadas sobre a capacitação de profissionais de saúde, credenciamento de unidades de saúde, cadastramento de usuários, garantia de referência e contrarreferência e fornecimento dos medicamentos utilizados no tratamento da dependência à nicotina (BRASIL, 2015).

É importante mencionar que o tratamento da dependência à nicotina tem como base a técnica da abordagem cognitivocomportamental, definida como um modelo de intervenção centrado na mudança de crenças e comportamentos que levam um indivíduo a lidar com determinadas situações (OLIVEIRA; SANTOS; FUREGATO, 2019).

Em relação ao tabagismo, a abordagem deve ter como objetivo a detecção de situações de risco que levam o indivíduo a fumar, e o desenvolvimento de estratégias para enfrentamento dessas situações, visando não só a cessação do tabagismo, mas também a prevenção de recaídas. Em casos específicos podem ser utilizados medicamentos que servem de apoio a essa abordagem (BAZOTTI *et al.*, 2016).

Convenção-Quadro para o Controle do Tabaco

Como alternativa para reduzir os impactos do tabagismo em 1999 a OMS iniciou a elaboração de um tratado internacional de Saúde Pública, que propunha o controle global do tabagismo. Neste seguimento o Brasil seria um dos países líderes no processo de negociação de seu texto. Esse movimento ocorreu na chamada Convenção-Quadro para o Controle do Tabaco (CQCT-OMS), que obteve aprovação em 2003 por todos os países membros da OMS (TEXEIRA; PAIVA; FERREIRA, 2017).

A CQCT é um acordo internacional de saúde pública, que visa a elevar os níveis de qualidade de vida da população. As políticas de controle do tabaco previstas no acordo são abrangentes, incluindo elevados impostos sobre os produtos de tabaco, a proibição completa de publicidade, avisos reforçados nas embalagens, campanhas de mídia em massa, entre outros (TROIAN; EICHLER; SOGLIO, 2014).

Esta convenção teve como objetivo articular um conjunto de ações baseadas em evidências para responder à globalização da epidemia do tabagismo, com o intuito de reafirmar o direito de todas as pessoas a melhorar os padrões de saúde. Também objetiva proteger as gerações presentes e futuras das devastadoras consequências sanitárias, sociais, ambientais, e econômicas geradas pelo consumo e pela exposição à fumaça do tabaco (TROIAN; EICHLER; SOGLIO, 2014).

O Brasil foi o segundo país a aderir à versão inicial do Tratado. Apesar do Brasil ter aderido rapidamente ao tratado, as discussões para a sua ratificação pelo Congresso Nacional, e consequente entrada na agenda político-decisória do Executivo e do Parlamento foram marcadas por longos debates

e indecisões, que envolveram diversos atores, em especial os representantes das indústrias fumageiras, os produtores de tabaco, as organizações não governamentais de controle do tabaco, sanitaristas e políticos (TEXEIRA; PAIVA; FERREIRA, 2017).

Apenas em 2005, quando o prazo para a adesão ao Tratado estava prestes a terminar, sob o risco de o país não participar da primeira Reunião das Partes, ele então foi ratificado pelo Congresso Nacional brasileiro e neste ano o Brasil tornava-se o 100^a país a ratificar a CQCT-OMS. Com a aprovação pelo congresso nacional e do Senado Federal resultou em uma política que levasse em consideração o fluxo de problemas relacionados ao controle do tabaco, que já vinha sendo tratado pela burocracia da saúde em outras instâncias (PORTES *et al.*, 2018).

A atuação do alto escalão dos Ministérios das Relações Exteriores e da Saúde assim como dos técnicos deste último, potencializou a ratificação da CQCT-OMS como fluxo de políticas (*policy stream*) e fluxo político (*politics stream*), uma vez que o estabelecimento de tais políticas públicas tinha grande valoração simbólica, tanto para a saúde quanto para a diplomacia brasileira, apesar da mudança na esfera do governo federal representada pelo ingresso de uma nova coalizão na chefia do Executivo Federal em 2003. A continuidade do apoio do Executivo à aprovação da CQCT-OMS a despeito de restrições surgidas na tramitação no Senado acabaria por viabilizar a entrada do Tratado na agenda decisória (BRASIL, 2017).

Como fomento para o controle do tabagismo a Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA), criada em 1999, foi outra instituição que passou a atuar firmemente para essa finalidade, organizou o registro dos produtos fumígenos comercializados no Brasil, estabeleceu os teores máximos permitidos de alcatrão, nicotina e monóxido de carbono para os cigarros; normatizou a propaganda destes produtos e estabeleceu a obrigatoriedade de imagens de advertência aos fumantes, que foram impressas nos maços de cigarros (PORTES *et al.*, 2018).

É importante mencionar também que, embora o Brasil fosse o segundo maior produtor de tabaco e o maior exportador de fumo em folhas do mundo no ano de 1999 as características do PNCT, o aparato legislativo regulador do tabaco e a atuação normatizadora da ANVISA tornaram o Brasil referência mundial em medidas de controle do tabagismo. Pode-se, inferir que os atores da saúde tiveram importante papel na criação de condições para a construção de um fluxo de políticas que convergiu para um papel de protagonismo do Brasil no arranjo do CQCT-OMS e sua consequente ratificação pelo Legislativo nacional (TEXEIRA; PAIVA; FERREIRA, 2017).

Fazendo um avaliação da implantação da CQCT até o ano de 2016 ressalta-se as ações mais frequentes em todo o mundo referem-se à proteção contra a exposição à fumaça do tabaco (citadas por 88% dos Estados Partes), seguidas pelas medidas relacionadas à embalagem e etiquetagem de produtos de tabaco e a sua venda por e para menores de idade (citadas, respectivamente, por 76% e 71% dos Estados Partes) (PORTES *et al.*, 2018).

No entanto, algumas medidas previstas na CQCT foram reportadas como tendo baixa adesão, como as referentes à responsabilidade penal e civil (30%). As atividades de apoio a alternativas economicamente viáveis envolvidas no sustento aos fumicultores, trabalhadores e vendedores de produtos derivados do tabaco foram as menos citadas pelos Estados Partes (15%). Já entre os países das Américas, as ações voltadas para o combate ao comércio ilícito e para a pesquisa, vigilância e

intercâmbio de informação foram citadas por 87% dos Estados Partes. Assim como observado no total de Estados Partes, o apoio a atividades alternativas economicamente viáveis foi a medida menos frequente, citada por 13% dos países das Américas (PORTES *et al.*, 2018).

Educação em saúde para o controle do Tabagismo

Para o controle do tabagismo a educação em saúde deve fazer parte das ações a serem executadas, iniciando nas escolas, desde crianças no ensino fundamental ao ensino médio, para que a consciência dos seus malefícios sejam expandidas entre esses jovens, pois é fundamental evitar que eles experimente cigarros, pois se o fizer terá uma probabilidade de mais de 50% de tornar-se dependente (SILVA *et al.*, 2016).

A Educação em saúde constitui um conjunto de saberes e práticas orientados para a prevenção de doenças e promoção de saúde, podendo ser uma alternativa para a melhoria das relações dos processos de trabalho dos profissionais que atuam na atenção básica. Dentre diversos espaços, a Atenção Básica possui um contexto privilegiado de práticas educativas em saúde (SOUZA *et al.*, 2014). A prática da educação em saúde não deve e não pode ser entendida como ação vertical e unidirecional, do profissional que sabe para a população que não sabe (MARTINS; SEIDL, 2016).

Ressalta-se ainda que é comum a realização da educação em saúde em grupos específicos nas UBS, como grupos de Hipertensão, Diabetes, Tabagismo, Gestantes. É uma atividade que pode ser realizada por qualquer profissional da saúde, respeitando-se suas especificidades, porém não é rotina grupos voltados ao controle do tabagismo (SILVA *et al.*, 2016).

Neste seguimento é importante lembrar da Portaria nº 442 de 13 de agosto de 2004 que amplia o acesso à abordagem e tratamento do tabagismo para a rede de atenção básica e de média complexidade do SUS, com o objetivo de consolidar o Programa Nacional de Controle do Tabagismo (BRASIL, 2014).

Desta maneira, as escolas devem ser parte integrante e ativa ao controle do tabagismo, em que o Programa de Saúde na Escola (PSE) deve adotar em suas premissas de cuidado estratégias de prevenção ao tabagismo. Sendo assim, ações de articulação entre atenção básica, escola e família podem contribuir diretamente para proteger a população dos efeitos da fumaça ambiental do tabaco e das influências que levam a fumar, particularmente aquelas relacionadas ao grupo de convívio (RODRIGUES, 2015).

Recomenda-se aos médicos de APS que forneçam educação ou aconselhamento breve para prevenir a iniciação do tabagismo em crianças e adolescentes em idade escolar sem evidenciar, contudo, o que deve ser feito para fumantes regulares desta faixa etária na qual não se encontra efetividade em medidas comportamentais e uso de Bupropion (PORTES *et al.*, 2018).

Levando em consideração a prescrição de medicações para parar de fumar e importante refletir se a oferta indiscriminada do apoio medicamentoso nos serviços consistirá em uma medida eficaz na cessação do fumo ou se resumirá na oferta do atendimento sem a consideração das particularidades de cada usuário, que certamente não serão atendidas integralmente pela sua restrita medicalização, diferentemente das ações de promoção em saúde (ONOCKO *et al.*, 2012).

Para os adultos fumantes e não fumantes as ações de promoção em saúde devem contemplar o reconhecimento das características associadas à interrupção do hábito de fumar para subsidiar programas de controle do tabagismo, o que permite identificar grupos na população com maior e menor probabilidade de deixar de fumar (SOUZA *et al.*, 2014).

Todavia, o profissional imbuído desta prática educativa deve ter claro de que a decisão crítica do sujeito em relação ao seu tratamento é tão ou mais importante do que a mera mudança de comportamento. Desta forma, a educação é o fim e a saúde é o meio, o instrumento pelo qual se atinge o fim, que é a educação para a formação de sujeitos autônomos, críticos e participativos (SILVA *et al.*, 2016).

Quando se estabelece a melhoria dos problemas de saúde da população como fim, se abre a possibilidade para projetos autoritários, pautados no convencimento da população; do contrário, se o fim é a educação, pode-se eleger como prioridade a democratização da palavra, as decisões colegiadas, a dinâmica do grupo. A ideia é que os participantes dos grupos sejam sujeitos de suas vidas, possam, em conjunto, decidir sobre suas necessidades e não serem instruídos para seguirem o que outros já decidiram por eles (PORTES *et al.*, 2018).

A cessação do tabagismo é indispensável em qualquer momento da vida, produzindo benefícios consideráveis para a saúde pública. O custo-benefício do tratamento da pessoa tabagista se mostra favorável nos cuidados em saúde, sobretudo quando relacionado às doenças crônicas. Assim, uma intervenção clínica contínua pode levar a reduções significativas na prevalência do tabagismo e na taxa de visitas ao consultório para tratar doenças associadas (SANTOS; SANTOS; BAVA, 2019).

Portanto, a educação em saúde passa a ser uma estratégia de construção da participação popular nos serviços de saúde e de interação entre a ciência e a vida das famílias e da sociedade. Esta prática auxilia os participantes a adquirir hábitos saudáveis através da troca de experiências com os profissionais (MARTINS; SEIDL, 2016).

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Sabe-se da importância de ações educativas para o controle do tabagismo, a literatura é clara, quando mostra que a educação em saúde deve fazer parte das ações a serem executadas no planejamento de ações, e para conscientizar a população dos malefícios do tabagismo, prevenindo desta forma, sua iniciação e ajudando no tratamento para a sua cessação.

Portanto, e dever da atenção básica, buscar formas que ajudem na conscientização da comunidade. Pretende-se com essa intervenção realizar discussões sistemáticas com a equipe multiprofissional de saúde no intuito de apresentar a intervenção e estimular a participação de todos, criar e implantar um grupo de pacientes para realização do projeto de intervenção, organizar palestras semanais e implantar ações de educação e promoção da saúde, voltadas para visando orientar os pacientes quanto ao processo de cessação do tabagismo, assim como as vantagens desta cessação, elevar a autoestima dos pacientes através das palestras motivacionais e criar vínculos entre os pacientes e fortalecer seus vínculos familiares para ajudar na cessação do tabagismo, e na busca de uma melhor qualidade de vida para a população do município de São Raimundo Nonato.

REFERÊNCIAS

BARBOSA, R. E. C.; FONSECA, G. Prevalência de tabagismo entre professores da Educação Básica no Brasil, 2016. **Cad. Saúde Pública**. São Paulo, v. 35, Suppl. 1, abr. 2019.

BAZOTTI, A.; FINOKIET, M.; CONTI, I. L.; FRANÇA, M. A.; WAQUIL, P. D. Tabagismo e pobreza no Brasil: uma análise do perfil da população tabagista a partir da POF 2008-2009. **Ciênc. saúde colet**. São Paulo, v. 21, n. 1, p. 23-31, jan. 2016.

BRASIL. Instituto Nacional de Câncer; Observatório da Política Nacional de Controle do Tabaco. **Estratégias para o cuidado da pessoa com doença crônica o cuidado da pessoa tabagista o Controle do Tabaco**. 2014.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Estratégias para o cuidado da pessoa com doença crônica: o cuidado da pessoa tabagista**. Ministério da Saúde. Brasília: Ministério da Saúde, 2015.

_____. Ministério da Saúde. **Vigitel Brasil 2016: vigilância de fatores de risco e proteção para doenças crônicas por inquérito telefônico: estimativas sobre frequência e distribuição sociodemográfica de fatores de risco e proteção para doenças crônicas nas capitais dos 26 estados brasileiros e no Distrito Federal em 2016**.

_____. Ministério da Saúde. Instituto Nacional do Câncer. **Programa Nacional de Controle do Tabagismo: conceito**. Rio de Janeiro: INCA, 2017.

Centro Colaborador da OMS para a Classificação de Doenças-CID em Português. **Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados à Saúde**. Décima revisão. 2015. Disponível em: <<http://www.datasus.gov.br/cid10/V2008/cid10.htm>>. Acesso em: 20 dez. 2019.

COLE, H. M.; FIORE, M. C. The war against tobacco: 50 years and counting. **JAMA**. v. 311, n. 2, p. 131-32, jan. 2014.

LI, X. H.; CORLINE, A. P.; TERNIM, M. A. P.; PORTES, A. L. Prevalence of smoking in patients with bipolar disorder, major depressive disorder and schizophrenia and their relationships with quality of life. **Sci Rep**. v. 7, n. 8430, p. 1-7, ago. 2017.

MARTINS, K.; SEIDL, E. M. F. Mudança do comportamento de fumar em participantes de grupos de tabagismo. **Psicologia: Teoria e Pesquisa**, Brasília, v. 27, n. 1, p. 55-64, 2016.

OLIVEIRA, R. M.; SANTOS, J. L. F.; FUREGATO, ANT. R. F. Prevalência e perfil de fumantes: comparações na população psiquiátrica e na população geral. **Rev. Latino-Am. Enfermagem**. Ribeirão Preto, v. 27, n. 2, p., abr. 2019.

ONOCKO, C. R. T. CAMPOS, G. W. S.; FERRER, A. L.; CORRÊA, C. R. S.; MADUREIRA, P. R.; GAMA, C. A. P.; DANTAS, D. V.; NASCIMENTO, R. Avaliação de estratégias inovadoras na organização da Atenção Primária à Saúde. **Rev. Saude Publica**. São Paulo, v. 46, n. 1, p. 43-50, set. 2012.

Organização Mundial da Saúde (OMS). **Report on the global tobacco epidemic**. 2016. Disponível em: <http://www.who.int/tobacco/global_report/2013/en/>.

PORTES, L. H. CAMPOS, E. M. S.; TEIXEIRA, M^a. T. B.; CAETANO, R.; RIBEIRO, L. C. Ações voltadas para o tabagismo: análise de sua implementação na Atenção Primária à Saúde. **Ciênc. saúde coletiva**, São Paulo, v. 19, n. 2, p. 440-48, fev. 2018.

RAMOS, L. R. Prevalence of Health promotion programs in primary Health Care units in Brazil. **Rev. Saúde Públ**. São Paulo, v. 48, n. 5, p. 837-44, set. 2014.

RODRIGUES, N. C. Profile of Brazilian smokers in the National Program for Tobacco Control. **Rev. Bras. Psiq.** São Paulo, v. 37, n. 2, p. 150-54, set. 2015.

SANTOS, M. D. V.; SANTOS, S. V.; BAVA, M^a. C. G. C. Prevalência de estratégias para cessação do uso do tabaco na Atenção Primária à Saúde: uma revisão integrativa. **Ciência & Saúde Coletiva**, São Paulo, v. 24, n. 2, p. 563-72, mai. 2019.

SILVA, L. C. C.; ARAÚJO, A. J.; QUEIROZ, A. M^a. D.; SALES, M^a. P. U.; CASTELLANO, M^a. V. C. O. Controle do tabagismo: desafios e conquistas. **J. bras. pneumol.** São Paulo, v. 42, n. 4, p. 23-30, jul-ago. 2016.

SOUZA, P. S.; MOREIRA, J.; VICTOR, E. G.; CERETTA, L. T. Educação em saúde nos grupos de controle ao tabagismo no município de criciúma: a prática do fisioterapeuta. **Rev. Saúde Públ. Santa Cat.**, Florianópolis, v. 6, n. 3, p. 8-20, jul-set. 2014.

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**, São Paulo, v. 33, n. Sup 3, p. 114-24, mai. 2017.

TROIAN, A.; EICHLER, M. L.; SOGLIO, F. K. A Convenção Quadro para Controle do Tabaco (CQCT) nas percepções de produtores de tabaco e agentes de desenvolvimento. **Revista Brasileira de Gestão e Desenvolvimento Regional**, Taubaté, v. 10, n. 1, p. 281-304, jan-abr. 2014.

WHO, **Global Report on Trends in Prevalence of Tobacco Smoking 2000-2015**, second edition. Geneva: World Health Organization, 2018. Disponível em:<<https://www.who.int/tobacco/publications/surveillance/trends-tobacco-smoking-second-edition/en/>>. Acesso em: 03 dez. 2019.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **WHO report on the global tobacco epidemic, 2017: Monitoring tobacco use and prevention policies**. WHO: Schitzerland; 2017. Disponível em:<http://www.who.int/tobacco/global_report/2017/en/>.