

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

GRAZIELLE SIMÕES

**REDUÇÃO E CONTROLE DO TABAGISMO NO MUNICÍPIO
DE NAQUE/MINAS GERAIS**

**GOVERNADOR VALADARES/MINAS GERAIS
2015**

GRAZIELLE SIMÕES

**REDUÇÃO E CONTROLE DO TABAGISMO NO MUNICÍPIO
DE NAQUE/MINAS GERAIS**

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado ao Curso de Especialização em Estratégia Saúde da Família, Universidade Federal de Minas Gerais, como requisito parcial para obtenção de título de Especialista.

Orientador: Felipe Ferré

**GOVERNADOR VALADARES/MINAS GERAIS
2015**

GRAZIELLE SIMÕES

**REDUÇÃO E CONTROLE DO TABAGISMO NO MUNICÍPIO
DE NAQUE/MINAS GERAIS**

Banca Examinadora

Prof. Dr. Felipe Ferré - orientador

Profª Drª Matilde Meire Miranda Cadete - UFMG

Aprovado em Belo Horizonte, em ____/ ____/ ____

RESUMO

O tabagismo é uma das causas preveníveis mais importantes de morte e , a cada ano mata mais de 5 milhões de pessoas, sendo 400 mil a partir do fumo passivo. Espera-se que esse número atinja 8 milhões de pessoas em 2030, sendo que 80% das mortes ocorrerão em países subdesenvolvidos ou em desenvolvimento (WHO, 2015). É considerado pela Organização Mundial da Saúde (OMS) a principal causa de morte evitável em todo o mundo e um grave problema de saúde pública. No tratamento do Tabagismo os municípios juntamente com as equipes de Atenção Básica assumem o compromisso de organizar e implantar as ações para o cuidado da pessoa tabagista. Além da avaliação clínica, abordagem intensiva, individual ou em grupo e, caso necessário, terapia medicamentosa juntamente com a abordagem intensiva. O interesse em estudar o tabagismo surgiu a partir da avaliação de dados epidemiológicos colhidos pela equipe de saúde da família que identificou um número significativo de fumantes na área de abrangência. O estudo teve como objetivo geral propor um plano de intervenção com vistas a reduzir e controlar o tabagismo em unidades da atenção básica do município de Naque/MG. Para fundamentação teórica foi realizada uma pesquisa nos manuais do Ministério da Saúde, e INCA e em literaturas que complementam a temática. O estudo trata da elaboração de um plano de intervenção com vistas a reduzir, controlar o tabagismo e o tratamento das pessoas fumantes da Equipe de saúde da Família 2, Santa Clara no Município Naque, Minas Gerais. Espera-se que através deste plano de intervenção possa contribuir para a redução do consumo de cigarros entre os moradores da área de abrangência da ESF2 visando à diminuição da mortalidade decorrente das doenças tabaco-relacionado neste município.

Descritores: Participação social. Participação comunitária. Sistema Único de Saúde.

ABSTRACT

Smoking is a preventable cause more important than death. Each year kills more than 5 million people, of which 400 thousand from passive smoking. It is expected that this number will reach 8 million people in 2030, with 80% of deaths occur in underdeveloped or developing countries (concentrated2015). AND considered by the World Health Organization (WHO) the main cause of avoidable death in the world and a serious problem of public health. In the treatment of Smoking the municipality together with the teams of Basic Care assume the commitment to organize and deploy the actions for the care of the smoker. In addition to clinical assessment, intensive approach, individually or in a group and, if necessary, drug therapy along with the approach intensive. The interest in studying the smoking emerged from the evaluation of epidemiological data collected by family health team that identified a significant number of smokers in the area of coverage. The aim of this study is to propose general plan of intervention with a view to reducing and controlling smoking in units of basic health care in the municipality of Pilgrimage NAQUE/MG. For theoretical research was carried out in the manuals of the ministry of health, and INCA and literatures that complement the theme. The study deals with the preparation of a plan of action with a view to reduce, control smoking and treatment of smokers Family health Team 2, Santa Clara County in Pilgrimage in NAQUE, MG. It is hoped that through this intervention plan can contribute to a reduction in the consumption of cigarettes among the residents of the area of coverage of ESF2 aiming at the reduction of mortality due to tobacco-related diseases in this municipality.

Keywords: Social Participation. Communal participation. Sistema Único de Saúde.

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

WHO	World Health organization.
OMS	Organização Mundial da Saúde.
SUS	Sistema Único de Saúde.
PNCT	Programa Nacional de Controle do Tabagismo.
INCA	Instituto Nacional Do Câncer.
IBGE	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística.
UBS	Unidade Básica De Saúde.
ACS	Agente Comunitário de Saúde.
NASF	Núcleo de Apoio a Saúde da Família.
ESF	Estratégia da Saúde da Família.
PSF	Programa de Saúde Da Família.
PES	Planejamento Estratégico Situacional.
SAS	Secretaria de Atenção a Saúde.

SUMARIO

1 INTRODUÇÃO.....	8
2 JUSTIFICATIVA.....	11
3 OBJETIVOS.....	12
3.1 Objetivos Geral.....	12
3.2 Objetivos Específicos.....	12
4 METODOLOGIA.....	13
5 REVISÃO DE LITERATURA.....	14
5.1 Breve histórico sobre o tabagismo.....	14
5.2 A iniciação ao uso do tabaco.....	15
5.3 O impacto do uso do tabaco na saúde.....	15
5.4 Estratégias para a abordagem do tabagismo.....	16
5.4.1 Habilidades motivacionais.....	16
5.4.2 Teste de Fargestrom.....	17
5.4.3 Avaliação clínica do tabagista.....	17
5.4.4 Abordagem cognitivo comportamental.....	17
5.4.5 Apoio medicamentoso.....	18
6 PROPOSTA DE INTERVENÇÃO.....	19
7 CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	23
REFERENCIAS.....	24
ANEXOS.....	27

1 INTRODUÇÃO

O tabagismo é uma das causas preveníveis mais importantes de morte. A cada ano mata mais de 5 milhões de pessoas, sendo 400 mil a partir do fumo passivo. Espera-se que esse número atinja 8 milhões de pessoas em 2030, sendo que 80% das mortes ocorrerão em países subdesenvolvidos ou em desenvolvimento (WHO, 2015).

Reconhecidamente, o tabagismo causa uma doença crônica resultante da dependência à nicotina e um fator de risco para mais de 50 doenças, entre elas vários tipos de câncer, asma, infecções respiratórias e doenças cardiovasculares. Sua prevalência vem reduzindo progressivamente, entretanto, ainda mostra-se expressiva em certas regiões e grupos populacionais mais vulneráveis, conforme disposto no Programa Nacional de Controle do Tabagismo (PNCT) do Instituto Nacional do Câncer (INCA,

Também é considerado pela Organização Mundial da Saúde (OMS) a principal causa de morte evitável em todo o mundo. A OMS estima que um terço da população mundial adulta, isto é, 1 bilhão e 200 milhões de pessoas (entre as quais 200 milhões de mulheres), sejam fumantes. Pesquisas comprovam que aproximadamente 47% de toda a população masculina e 12% da população feminina no mundo fumam. Enquanto nos países em desenvolvimento os fumantes constituem 48% da população masculina e 7% da população feminina, nos países desenvolvidos a participação das mulheres mais do que triplica: 42% dos homens e 24% das mulheres têm o comportamento de fumar (INCA, 2002).

O total de mortes devido ao uso do tabaco atingiu a cifra de 4,9 milhões de mortes anuais, o que corresponde a mais de 10 mil mortes por dia. Caso as atuais tendências de expansão do seu consumo sejam mantidas, esses números aumentarão para 10 milhões de mortes anuais por volta do ano 2030, sendo metade delas em indivíduos em idade produtiva (entre 35 e 69 anos) (WHO, 2008).

A severa dependência provocada pela nicotina produz grande desconforto físico e psicológico ao fumante que tenta abandonar o uso, comprometendo a abstinência. Pesquisas indicam que 80% dos fumantes desejam parar de fumar, mas apenas 3% conseguem sozinhos, demandando tratamento específico (INCA, 2002).

O tratamento do tabagista apresenta ótimo custo-efetividade nos cuidados em saúde, principalmente relacionado às doenças crônicas. Diante disso, o Ministério da Saúde (MS) publicou, no dia 05 de abril de 2013, a Portaria GM/MS nº 571, que veio atualizar as diretrizes de cuidado à pessoa tabagista no âmbito da Rede de Atenção à Saúde das Pessoas com Doenças Crônicas do Sistema Único de Saúde (SUS) e dar outras providências. Esta

portaria revoga a Portaria nº 1.035/GM/MS, de 31 de maio de 2004, e a Portaria SAS nº 442, de 13 de agosto de 2004 e, com isso, novas diretrizes relacionadas ao Programa Nacional de Controle do Tabagismo (PNCT) é estabelecido, como quanto à adesão ao programa, programação de medicamentos e responsabilidades (BRASIL, 2002)

A Coordenação Nacional e a referência técnica do PNCT são de responsabilidade do Instituto Nacional do Câncer (INCA), que manterá o contato com as coordenações estaduais para organização e manutenção do programa. Ingressar no PNCT - Tratamento do Tabagismo significa que o município e suas equipes de Atenção Básica assumem o compromisso de organizar e implantar as ações para o cuidado da pessoa tabagista. O tratamento inclui avaliação clínica, abordagem intensiva, individual ou em grupo e, caso necessário, terapia medicamentosa juntamente com a abordagem intensiva.

O Instituto Nacional de Câncer (INCA, 2002), como órgão do Ministério da Saúde responsável pela articulação do Programa Nacional de Controle do Tabagismo e atento a complexidade que envolve a dependência e tratamento do tabagismo, reuniu, em 2000, diferentes sociedades científicas e conselhos profissionais da área de saúde no Brasil para elaborar o “Consenso sobre Abordagem e Tratamento do Fumante” que contém as linhas gerais sobre métodos para deixar de fumar.

A Convenção-Quadro para o Controle do Tabaco determina, em seu artigo 14, que os países criem programas eficazes de promoção do abandono do consumo do tabaco em unidades de saúde, locais de trabalho, dentre outros, e que incluam o tratamento da dependência do tabaco e serviços de aconselhamento em seus planos nacionais de saúde e educação.

Hoje, no Brasil, o tratamento do tabagismo está vinculado ao Sistema Único de Saúde (SUS), e é regulado pela Portaria do Ministério da Saúde nº 571 publicada em 05 de abril de 2013 (Portaria nº 571/2013) (INCA, 2002)

O modelo de tratamento baseado na abordagem cognitivo-comportamental possibilita que o tratamento seja realizado em grupo ou individualmente, e tem como objetivo auxiliar o fumante a desenvolver habilidades que o auxiliarão a permanecer sem fumar. O apoio medicamentoso, quando necessário, é outro recurso usado no tratamento do tabagismo e disponibilizado na rede SUS.

A rede de abordagem e tratamento do tabagismo segue a lógica do SUS, e é encontrada nos diversos municípios brasileiros, contribuindo desta forma, para o alcance da importante meta de controlar a epidemia do tabagismo no Brasil.

Dados do ministério apontam que, no Brasil, o percentual de fumantes caiu 28% nas capitais brasileiras nos últimos oito anos. Em 2006, 15,7% da população adulta que vivia nas capitais fumava. Em 2013, a prevalência caiu para 11,3%. O dado é três vezes menor que o índice registrado em 1989, quando 34,8% da população brasileira fumavam. A meta do governo federal é chegar ao índice de 9% nas capitais até 2022 (WHO, 2015)

Naque é um município brasileiro no interior do estado de Minas Gerais, Região Sudeste do país. Pertence à Mesorregião do Vale do Rio Doce, à Microrregião de Ipatinga e ao colar metropolitano do Vale do Aço e localiza-se a leste da capital do estado, distando desta cerca de 260 km. Possui uma população de 6.788 habitantes (IBGE, 2013).

O Programa de Saúde da Família é formado por três equipes de saúde juntamente com uma Unidade Básica de Saúde (UBS). Formados por Agentes Comunitários de Saúde (ACS), técnico de enfermagem e enfermeiro da Estratégia da Saúde da Família (ESF), gerente de serviço, médicos cobertura de 100%, com apoio de clínico geral, psiquiatra, pediatra, ginecologista. Farmacêutico, dentista, auxiliar de saúde bucal, NASF (Farmacêutico, nutricionista, educador físico, fisioterapeuta geral), fonoaudiólogo geral, psicólogo, terapeuta ocupacional, diretor administrativo e digitador. As relações de profissionais dos RH são de 67 profissionais (NAQUE, 2014).

A unidade desenvolve ações de prevenção de doenças e promoção de saúde, além de atendimentos nas condições agudas. O PSF2, Santa Clara, possui uma população de 2248 pessoas, sendo identificados 57 fumantes cadastrados (2014), correspondendo a 2,6% dos usuários. Este dado chamou a atenção da equipe para a necessidade de propor ações voltadas para este público.

Este trabalho de conclusão de curso pretende apresentar uma proposta de um projeto de redução e controle do tabagismo no município de Naque – Minas Gerais, promovendo ações voltadas para a abordagem e o tratamento das pessoas fumantes moradoras da área de abrangência do Programa de Saúde da Família (PSF) 2 do Bairro Santa Clara na cidade de Naque - MG.

2 JUSTIFICATIVA

O tabaco é um dos principais fatores de risco para uma série de doenças crônicas, como as cardiovasculares, o câncer de pulmão, traquéia e brônquios, problemas respiratórios e muitas outras (IBGE, 2013). Assim, é importante desenvolver um trabalho educativo junto à comunidade em relação aos conhecimentos dos riscos de doenças que são causadas pelo tabaco.

No município do Naque/MG existem aproximadamente 209 fumantes cadastrados representando 3 % da população, são dados obtidos através dos relatórios e controles de cadastramentos dos Agentes Comunitários de Saúde (ACS), embora acreditemos que este registro pode não estar atualizado (NAQUE, 2014).

Na nossa área, por exemplo, existem 57 fumantes cadastrados e dentre eles 14 são hipertensos e 01 Diabético. Correspondendo a idades de: 15 a 19 anos = 04; 20 a 29 anos = 07; 30 a 39 anos = 09; 40 a 49 anos = 13; 50 a 59 anos = 15; 60 a mais = 09. Mesmo assim é importante e urgente atuar sobre este problema considerando que 20% da população mundial é usuária de produtos derivados do tabaco (IBGE, 2013).

Do ponto de vista da educação e de campanhas antitabagistas, o Instituto Nacional do Câncer (INCA), autarquia vinculada ao Ministério da Saúde, gerencia o Programa Nacional de Combate ao Tabagismo que, entre outras ações, capacita profissionais das Secretarias de Estaduais e Municipais de Saúde para orientar a população sobre os males do tabagismo em escolas, empresas, hospitais e comunidades, com ações desenvolvidas em parceria com as três esferas de Governo (União, Estados e Municípios) (INCA, 2012)

3 OBJETIVOS

3.1 Objetivo geral

Propor um plano de intervenção com vistas a reduzir e controlar o tabagismo em unidades da atenção básica do município de Naque/MG.

3.2 Objetivos específicos

Descrever como o controle do tabagismo pode influenciar na melhor qualidade de vida das pessoas.

Discutir a importância da educação em saúde para a redução do tabagismo.

Identificar a necessidade de ter hábitos saudáveis e mudar o estilo de vida para o sucesso da redução do tabagismo.

4 METODOLOGIA

Para o desenvolvimento do Plano de Intervenção foi utilizado o Método do Planejamento Estratégico Situacional – PES, conforme os textos da seção 2 do Módulo de Planejamento e avaliação de ações em saúde (CAMPOS; FARIA; SANTOS, 2010).

Também foi feita uma revisão narrativa da literatura sobre o tema, com os descritores: Participação social, Participação comunitária e Sistema Único de Saúde. Planejar e como preparar se para a ação. Tornou-se necessário buscar, analisar e construir viabilidade para as propostas de solução elaboradas, formulando estratégias para se alcançar os objetivos traçados no programa de cessação do tabagismo.

5 REVISÃO DE LITERATURA

5.1 Breve histórico sobre o tabagismo

O tabaco é uma planta originária da América Central, da qual é extraída a nicotina. Seu uso surgiu aproximadamente no ano 1.000 a C., em rituais religiosos e de magia nas sociedades indígenas da América. No início, acreditava-se nas características medicinais do tabaco para a cura de doenças como o reumatismo, asma, bronquite, entre outras. Neste intuito, mesmo sem comprovações de seu poder de cura, o uso do tabaco sob diferentes formas foi assumindo espaço no mercado ao longo dos anos (INCA, 1998).

No Brasil a planta chegou provavelmente pela migração de tribos tupis-guaranis (UNIFESP, 2003). A partir de 1950 o cigarro passa a ser produzido industrialmente e através das propagandas de marketing o hábito de fumar passa a ser objeto de desejo da população e se torna algo familiar.

Sua disseminação na Europa ocorreu por volta do século XVI através do diplomata francês Jean Nicot que utilizou a erva na cura de uma ulcera de perna.

À época, ser tabagista era considerado como parte da personalidade e do comportamento do indivíduo, símbolo de masculinidade e de representação social positiva, ideal de autoimagem, beleza, sucesso, liberdade (CARVALHO, 2009).

As primeiras publicações científicas que relacionavam o consumo do tabaco com o aparecimento de doenças surgiram em 1960.

O quadro a seguir descreve os principais aspectos referentes às três dimensões de uma política de prevenção do tabaco.

Quadro 1– Dimensões de uma Política de Controle do Tabaco.

Dimensões da Política	Eixos do Controle do Tabaco
Proteção Social	<ul style="list-style-type: none">- Fortalecimento da promoção da saúde;- Divulgação de informações relevantes sobre o tabagismo;- Acesso às ações de promoção e tratamento.
Política	<ul style="list-style-type: none">- Questão federativa;- Relação Executivo/Legislativo;- Relação com os movimentos sociais e ONGs.
Econômica	<ul style="list-style-type: none">- Medidas de regulação da propaganda, promoção e patrocínio do tabaco;- Regulação da venda dos produtos de tabaco;- Relação com produtores da indústria fumageira;- Relação com agricultores;- Repressão ao comércio ilícito;- Regulação do consumo.

Fonte: Carvalho (2009, p.51)

5.2 A iniciação ao uso do tabaco

A iniciação do tabagismo tem lugar habitualmente durante a adolescência ou no início da idade adulta, numa fase da vida em que a capacidade para tomar decisões ponderadas se encontra, ainda, insuficientemente desenvolvida. Se os adolescentes atingirem a idade adulta sem nunca terem fumado, provavelmente nunca virão a fumar de modo regular (American Academy of Pediatrics, 2009; US Department of Health and Human Services, 2012).

O ato de fumar é socialmente aprendido. Dos fatores sócio-ambientais com maior influência na iniciação do consumo, destacam-se o comportamento de fumar dos pares, dos pais e de outras pessoas significativas para os adolescentes e jovens, a facilidade de acesso ao tabaco, preço acessível, a aceitação social do consumo e a visibilidade social dos produtos de tabaco, em particular, no cinema, em vídeos, na Internet, nos meios de comunicação social e nos locais de venda. (Stead; Perera; Lancaster, 2006; Wellman et al., 2006; Song et al., 2007; Wakefield; Germain; Henriksen, 2008; Paynter e Edwards, 2009; Barrientos-Gutiérrez, et al, 2012; US Department of Health and Human Services, 2012).

A probabilidade de um adolescente fumar aumenta, se os seus amigos também fumarem. (Matos et al., 2003; Wellman et al., 2006; Matos, 2008; National Cancer Institute, 2008).

Diversos fatores individuais contribuem para a decisão de iniciar o consumo: características genéticas e da personalidade, auto estima, saúde mental, conhecimentos, crenças, atitudes, sucesso escolar, preocupação com o aumento de peso, disponibilidade financeira, entre outros. (Matos et al., 2003; Matos, 2008; US Department of Health and Human Services, 2012).

5.3 O impacto do uso do tabaco na saúde

O tabagismo é uma das maiores causas de doenças atualmente, sendo considerado o mais importante causador de morbilidade e mortalidade prematura no mundo. A mortalidade geral é duas vezes maior nos fumantes quando comparados aos não fumantes.

O hábito de fumar é responsável por cerca de 90% de câncer de pulmão em homens e 70% em mulheres. Entre outros fatores de risco do tabagismo, estão 56-80% para doença pulmonar obstrutiva crônica (DPOC) e 22% para doenças cardiovasculares. O tabaco também

é uma das principais causas de câncer de orofaringe, bexiga, pâncreas, laringe, esôfago, cólon e colo do útero. (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2002).

A fumaça ambiental dos cigarros também é responsável por causar danos à saúde, principalmente em asmáticos, crianças e adultos com tendência às doenças cardíacas (SEELIG; CAMPOS e CARVALHO, 2005). A poluição da fumaça contribui para a concentração e exposição de partículas cujos componentes químicos são tóxicos ou cancerígenos, comprometendo significativamente a qualidade do ar.

Estima-se que, em todo o mundo, por ano, ocorram cinco milhões de mortes relacionadas ao hábito de fumar, sendo ele responsável por 10 mil mortes por dia, ou seja, uma pessoa a cada seis segundos, reduzindo a expectativa de vida em 15 anos. (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2008).

Estima-se que, no Brasil, todo ano, 200 mil pessoas morram devido ao tabagismo, sendo o câncer de pulmão o que mais mata homens no Brasil, e a segunda causa de morte por câncer entre as mulheres. (CAVALCANTE, 2005).

Se não ocorrerem mudanças no atual padrão de consumo de tabaco, a Organização Mundial da Saúde (OMS) estima que o número de fumantes passará, do ano 2000 a 2030, de 1,2 bilhões para 1,6 bilhões, e que o número de mortes atribuíveis ao tabagismo passará para 10 milhões, sendo que 70% ocorrerão nos países menos desenvolvidos. (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2004).

5.4 Estratégias para a abordagem do tabagista

5.4.1 Habilidades motivacionais

As habilidades motivacionais são técnicas para evocar no paciente as suas boas motivações para fazer mudanças comportamentais no interesse de sua própria saúde. (ROLLNICK; MILLER; BUTLER, 2008). Na abordagem do tabagista, o profissional da saúde estimula-o a adotar hábitos saudáveis, instrumentalizando-o com estratégias baseadas na entrevista motivacional.

As estratégias da entrevista motivacional são mais persuasivas do que coercitivas, mais encorajadoras do que argumentativas. O terapeuta busca criar uma atmosfera positiva que

conduza à mudança. A meta final é aumentar a motivação intrínseca do paciente, de modo que a mudança venha de dentro, em vez de ser imposta de fora. Quando tal abordagem é corretamente utilizada, é o paciente quem apresenta os argumentos para a mudança, mais do que o terapeuta.

5.4.2 Teste de Fargestrom

É um instrumento utilizado para avaliar o grau de dependência física à nicotina. Trata-se de um teste composto por seis questões, cuja pontuação do escore vai de 0 a 10. Ao se obter uma soma acima de seis pontos indica que, provavelmente, a pessoa terá maiores sintomas de abstinência ao deixar de fumar.

Na proposta de intervenção apresentada, o Teste de Fargestrom (Anexo 1), faz parte dos instrumentos utilizados para classificar o grau de dependência à nicotina dos participantes do grupo.

5.4.3 Avaliação clínica do tabagista

A avaliação clínica do tabagista é fundamental para identificar a presença de doenças relacionadas ao tabagismo e possíveis contra-indicações ou interações medicamentosas durante o tratamento farmacológico da dependência. Para Reichert *et al* (2008), a avaliação clínica deve incluir o grau de dependência do tabagismo e o estágio de motivação para deixar de fumar e exames complementares. O Anexo 2 mostra um modelo de ficha para avaliação global do fumante sugerido pelo PNCT/INCA.

5.4.4 Abordagem Cognitivo comportamental

A abordagem cognitivo comportamental é uma técnica que capacita o indivíduo a desenvolver o autocontrole para aprender a escapar do ciclo vicioso da dependência e a tornar-se um agente de mudança do seu próprio comportamento. Deve ser entendida como a base do tratamento do tabagismo. A técnica é utilizada em grupos com 10 a 15 pessoas, com sessões que duram uma hora e meia, por um período de seis meses. A farmacoterapia, quando indicada, deve ser aplicada em complementação à abordagem grupal. Em suma, a terapia cognitiva comportamental aborda quatro pontos estratégicos: 1) preparar o fumante para

soluções de seus problemas; 2) estimular habilidades para resistir às tentações de fumar; 3) preparar o fumante para prevenir a recaída; 4) preparar o fumante para lidar com o *stress* (BRASIL, 2001). O Programa Nacional de Controle do Tabagismo (PNCT) oferece aos participantes quatro cartilhas que trazem esses temas para serem trabalhados no primeiro mês de tratamento.

5.4.5 Apoio medicamentoso

Muitos fumantes ao suspenderem repentinamente o consumo de cigarros, podem sentir fissura (desejo incontrolável de fumar), irritabilidade, agitação, prisão de ventre, sudorese, dificuldade de concentração, insônia, tontura e dor de cabeça. É importante saber que a fissura dura até 5 minutos e tende a reduzir gradativamente. Os sintomas da abstinência podem permanecer por uma a duas semanas (SALGADO, 2002). O tratamento para esta reação será o uso repositores de nicotina como forma de reduzir os sintomas de abstinência, ou seja, para indivíduos com alto grau de dependência a nicotina.

Os medicamentos padronizados pelo Programa Nacional de Controle do Tabagismo são: não nicotínicos (antidepressivos - bupropiona e nortriptilina) e medicamentos nicotínicos (repositores de nicotina – adesivos e goma de mascar) (BRASIL, 2001). As diretrizes recomendam que o tratamento medicamentoso seja utilizado durante 12 semanas. Entretanto, em caso de recaída ou persistência dos sintomas de abstinência, o paciente poderá se beneficiar com o uso prolongado da medicação.

6 PROPOSTA DE INTERVENÇÃO

Em abordagens anteriores, realizou-se a captação de pacientes conforme a avaliação do perfil biopsicossocial. O perfil foi traçado a partir da avaliação do interesse dos pacientes fumantes após a oferta do serviço. Os agentes de saúde formalizaram os convites em cada residência. 50 pacientes foram distribuídos em dois grupos de 25. Foi feita uma avaliação clínica pela ESF e foi aplicado o teste de Fagerstrom (Avalia o Grau de dependência física a nicotina dos participantes do grupo: Pontuação do escore vai de 0 a 10 (Anexo 1): 0-2: muito baixo, 3-4: baixo, 5: médio, 6-7: elevado, 8-10: muito elevado) e preenchimento do prontuário clínico. A avaliação clínica foi fundamental para identificar doenças relacionadas ao tabagismo e possíveis contra-indicações ou interações medicamentosas durante o tratamento.

Após avaliação médica, conjuntamente com a farmácia, o tratamento foi disponibilizado e monitorado (Anexo 2) (Modelo de ficha para avaliação global do fumante sugerido pelo PNCT/INCA). Foram disponibilizados para o tratamento adesivos de nicotina nas dosagens (Semanas 1 a 4: adesivo de 21mg a cada 24 horas, semanas 5 a 8: adesivo de 14mg a cada 24horas, semana 9 a 12: adesivo de 7 mg a cada 24 horas a partir da 2 sessão e de um antidepressivo (Bupropiona) em comprimidos de 150mg na dosagem de 01 comprimido de manhã por 3 dias e a partir do quarto dia foram administrados 01 comprimido de manhã e outro comprimido logo após 8 horas, reservados a pacientes com grau de dependência elevado e/ou alergias ao adesivo de nicotina.

Foi realizada abordagem cognitivo-comportamental: (Técnica que capacita o individuo a desenvolver o autocontrole para aprender a escapar do ciclo vicioso da dependência e tornar-se um agente de mudança do seu próprio comportamento. As seções ocorreram no primeiro mês: 01 sessão por semana (4 sessões), 2 ao 4 mês: 01 sessão a cada 15 dias (6 sessões), (5 ao 6 meses) 01 sessão mensal: (02 sessões) com um total de 12 sessões ,sendo que cada sessão se incluiu 4 etapas:1) Atenção individual, 2) Estratégias e informações ,3) Revisão e discussão, 4)Tarefas e em conjunto com os pacientes alocados em semicírculo de modo que todos fossem estimulados a interagir. Palestras motivacionais foram realizadas acerca de atividades físicas, nutrição, e cuidados odontológicos. Com a presença de profissionais como psicóloga, enfermeira, clínica geral, educador físico, ACS, nutricionista. São utilizadas como guias cartilhas fornecidas pelo MS e INCA na condução das sessões com os seguintes temas: 1) Entender por que se fuma e como isso afeta a saúde. 2) Os primeiros dias sem fumar. 3) Como vencer os obstáculos para permanecer sem fumar. 4) Benefícios

obtidos após parar de fumar. A avaliação foi traçada a partir o perfil sociodemográfico, condições de saúde e desfechos anteriores e posteriores à intervenção como redução do número de cigarros ingeridos e interrupção total do fumo. Embora não tenha sido coletada informação com todos os participantes, há relatos de que os acompanhamentos resultaram em, pelo menos, 10% de efetividade para a interrupção total.

Quadro 1: Desenho de operações para os “nos” críticos do Habito de fumar

Nó crítico	Operação/projeto	Resultados Esperados	Produtos Esperados	Recursos Necessários
O habito de fumar	Saúde com Qualidade/Acolhimento dos usuários de tabaco	Estabelecimento de vínculos entre a equipe e usuário. criação de grupos	Aumentar à qualidade de vida e riscos a saúde com a cessação do tabagismo	Organizacional - organização das atividades da equipe Cognitivo-informação sobre o tema e estratégias de comunicação
Baixo nível de informação	Conhecer Saúde/Aumentar nível de informação sobre os riscos a saúde com relação ao tabagismo e promoção de saúde.	Prevenção de agravos diminuindo numero de sedentários e tabagismos.	Avaliação do nível de informação do usuário e Correponsabilização. Aumentar a qualidade de vida Campanhas educativas em rádios, TVs	do organizacional-organização da agenda. Cognitivo - desenvolver estratégias pedagógicas e comunicação eficaz Político-articulação intersectorial
Processo de trabalho Da equipe	Processo de trabalho Capacitação pedagógica. Educação permanente para equipe.	Orientação, educação, conscientização sobre o habito de fumar. Aumentar vinculo profissional e usuário. Acolhimento humanizado. Criação de grupos de tabagismo.	Profissional capacitado, Elaboração e desenvolviment o de projetos junto a comunidade.	organizacional – organização da agenda. Financeira – aquisição de recursos didáticos Político – articulação entre os setores de saúde adesão dos profissionais.

Quadro 2: Plano Operativo da equipe de saúde no controle do tabagismo.

Operação /Projeto	Resultados Esperados	Produtos Esperados	Operações Estratégicas	Responsável	Prazo
Saúde com Qualidade. Acolhimento dos fumantes e instituição de novas formas de estilo de vida saudáveis.	Estabelecimento da redução de fumantes e conscientização dos mesmos.	Aumentar a qualidade de vida e redução do risco de doenças. Caminhada orientada.	Apresentar a proposta do projeto de intervenção ao gestor municipal de saúde.	Secretaria de saúde.	2 meses após aprovação do projeto.
Conhecer Saúde. Aumentar nível de informação sobre os riscos e doenças causadas pelo tabagismo e promoção de saúde.	Diminuir número de sedentários e tabagistas	Avaliação do nível de informação do usuário. Campanha educativa na radio local.	Mobilização da equipe de saúde.	Secretaria de saúde.	
Processo de trabalho da equipe inadequado	Orientação, educação, conscientização do conhecimento do fumante sobre o habito de fumar. Aumentar vinculo profissional e usuário. Acolhimento humanizado Criação de grupos	Linha do cuidado implantada. Profissionais capacitados. Protocolos implantados. Criação de grupos antitabaco. Compra de medicamentos.	Apresentar o projeto para a SMS.	Secretaria de saúde.	

7 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Os desafios impostos pelos problemas do tabagismo não diminuíram com a redução relativa do número de fumantes. Novos hábitos de vida e a forte presença entre jovens e indivíduos imunocomprometidos demandam atenção redobrada nos cuidados à saúde.

Mediante a estruturação de um programa de combate ao fumo junto ao Sistema Único de Saúde local, acreditamos que as medidas educativas e terapêuticas propostas possam contribuir para institucionalizar o manejo dos casos de tabagismo repercutindo na contribuição social da promoção em saúde, visando melhorar os indicadores de saúde pública e com isso vir a diminuir a mortalidade decorrente das doenças tabaco-relacionadas.

O hábito de fumar é um fator de risco para uma série de doenças crônicas. Por isso é necessário conseguir alcançar a capacitação da equipe de saúde da família, no controle, tratamento e seguimento para implantação do programa de cessação do tabagismo do SUS no município de Naque.

REFERENCIAS

CAMPOS, F.C.C.; FARIA H. P.; SANTOS, M.A. **Planejamento e avaliação das ações em saúde**. Curso de Especialização em Atenção Básica em Saúde da Família. NESCON/UFMG. Curso de Especialização em Atenção Básica à Saúde da Família. 2ed. Belo Horizonte: Nescon/UFMG, 2010. Disponível em: <[https://www.nescon.medicina.ufmg.br/biblioteca/registro/Planejamento_A_factor_analysis_of_the_Fagerstrom_Test_for_Nicotine_Dependence_\(FTND\)_Nicotine_e_avaliacao_das_acoes_de_saude_2/3](https://www.nescon.medicina.ufmg.br/biblioteca/registro/Planejamento_A_factor_analysis_of_the_Fagerstrom_Test_for_Nicotine_Dependence_(FTND)_Nicotine_e_avaliacao_das_acoes_de_saude_2/3)>. Acesso em: 24 mar. 2015

BRASIL. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. **Estimativas da população residente nos municípios brasileiros**. Disponível em: <<https://www.google.com.br/url?>>. Acesso em: 27 mar. 2015

BRASIL Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística - IBGE. **Indicadores sociodemográficos e de saúde no Brasil 2009**. Disponível em: <http://www.ibge.gov.br/home/presidencia/noticias/noticia_imprensa.php?id_noticia=1445>. Acesso em: 27 mar. 2011.

BRASIL, Ministério da Saúde-INCA. **Estimativa 2012 – Incidência de Câncer no Brasil**, Ed. INCA, Rio de Janeiro (RJ), 2011, 118p.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde. Departamento de Atenção Básica. Secretaria Executiva. Departamento de Informática do Sistema Único de Saúde. **Manual do Sistema de Atenção Básica (SIAB)**. Editora CGD/SAA/SE/MS, 1998.

NAQUE. Prefeitura Municipal. **Plano municipal do Município de Naque**, 2010-2013.

WHO. World Health Organization. **Report on the global tobacco epidemic**, 2008: the MPOWER package. Geneva: World Health Organization; 2008.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 1035, de 31 de maio de 2004. **Amplia o acesso à abordagem e tratamento do tabagismo para a rede de atenção básica e de média complexidade do SUS**. Diário Oficial da República Federativa do Brasil, Brasília (DF), 2004 jun 1; Seção 1:24.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 571, de 5 de abril de 2013. **Atualiza as diretrizes de cuidado à pessoa tabagista no âmbito da Rede de Atenção à Saúde das Pessoas com Doenças Crônicas do Sistema Único de Saúde (SUS) e dá outras providências**. Diário Oficial da República Federativa do Brasil, Brasília (DF), 2013 abr 8; Seção 1:56.

RADZIUS, A.; et al. **A factor analysis of the Fagerström Test for Nicotine Dependence (FTND) Nicotine**. Tob Res (2003) 5 (2): 255-260 doi:10.1080/1462220031000073289

BANCO MUNDIAL, 1999. **A epidemia do tabagismo: Os governos e os aspectos econômicos do controle do Tabaco**. The World Bank, agosto.

Doll R, Peto R. **9ª Conferência Mundial sobre Tabacco e saúde**. Paris, 1994.

Doll, R. & Peto, R.; Wheatley K, et al. **Mortality in relation to smoking: 40 years' observations on male.** British Doctors. **BMJ**, 309: 301-310, 1994.

International Agency of Research in Cancer (IARC). Environmental Carcinogens methods of analysis and exposure measurement. **Passive Smoking**. Vol 9, Scientific Publications n.31, Lyon, France 1987.

Ministério da Saúde. Secretaria de Assistência à Saúde. Instituto Nacional de Câncer - INCA. **Falando sobre Tabagismo**. 3ª edição, 1998.

BRASIL. MINISTERIO DA SAÚDE. Instituto Nacional de Câncer/Fundação Getúlio Vargas. **Cigarro Brasileiro. Análises e Propostas para Redução do Consumo**. Rio de Janeiro, 2000.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Assistência à Saúde. Instituto Nacional de Câncer - INCA. **Estimativas da Incidência e Mortalidade por Câncer**. Rio de Janeiro: INCA, 2002.

ROSEMBERG, J. **Pandemia do tabagismo** – Enfoques Históricos e Atuais São Paulo – SES, 2002.

FDA. U.S. Department of Health and Human Services. **The health consequences smoking: a report of the Surgeon General**. Washington DC; U.S. Government Printing Office, 2004.

Efroymson D, Hammond R. **Tobacco and poverty: a vicious circle**. Geneva: World Health Organization; 2004.

WHO. World Health Organization. **Tobacco Free Initiative**. [Acesso em 17/03/2015]. Disponível em <http://www.who.int/tobacco/en>

BRASIL, Portaria SAS nº 442, de 13. Biblioteca Virtual em Saúde. Descritores em Ciências da saúde. Brasília, [online], 2014. 10 de agosto de 2014

BRASIL. Constituição Federal, 1988. Seção II, da Saúde. Disponível em: http://dtr2004.saude.gov.br/susdeaz/legislacao/arquivo/01_Constituicao.pdf Acesso em: 03 Julho de 2015

BRASIL. Instituto Nacional do Câncer - INCA. Abordagem e Tratamento do Fumante. Consenso, 2001. Rio de Janeiro: INCA, 2001. Disponível em: www.inca.gov.br/tabagismo/publicacoes/tratamento_consenso.pdf. Acesso em: 10 de maio de 2015

BRASIL. Instituto Nacional do Câncer – INCA. Tabagismo: Um grave problema de Saúde Pública. 1ª ed. 2007. Disponível em: http://www1.inca.gov.br/inca/Arquivos/t_Tabagismo.pdf. Acesso em: 10 de maio de 2015

BRASIL. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística - IBGE. 2010. Disponível em: <http://www.censo2010.ibge.gov.br/sinopse/index.php?uf=31>. Acesso em: 02 de junho de 2015

BRASIL. Lei 8080, de 19 de Setembro de 1990. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. Disponível em: http://dtr2004.saude.gov.br/susdeaz/legislacao/arquivo/04_lei_8080.pdf. Acesso em: 15 de Junho 2015

BRASIL. Lei nº 8.142, de 28 de Dezembro de 1990. Dispõe sobre a participação da comunidade na gestão do Sistema Único de Saúde (SUS) e sobre as transferências intergovernamentais de recursos financeiros na área da saúde e dá outras providências. Disponível em: https://www.sjc.sp.gov.br/media/116799/microsoft_word_-_lei_n_8142.pdf . Acesso em: 03 de junho de 2015

BRASIL. PORTARIA Nº 1035/GM Em 31 de maio de 2004a. Institui o Programa Nacional de Controle do Tabagismo. Disponível em: <http://dtr2001.saude.gov.br/sas/PORTARIAS/Port2004/GM/GM-1035.htm> Acesso em: 15 de junho de 2015.

CARVALHO; C.R.S. O Instituto Nacional do Câncer e o Controle do Tabagismo: uma análise da gestão federal do tratamento do tabagismo no SUS. Fundação Osvaldo Cruz-Fiocruz. Disponível em: <http://bvssp.icict.fiocruz.br/pdf/Carvalhocrsm.pdf> . Acesso em: 09 de junho 2015

DIRETRIZES CLÍNICAS NA SAÚDE SUPLEMENTAR. Associação Médica Brasileira e Agencia Nacional de Saúde Suplementar. Tabagismo. 2011. Disponível em: <http://www.projotodiretrizes.org.br/ans/diretrizes/tabagismo.pdf> . Acesso em:03 Junho de 2015

IBGE. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Pesquisa de Informações Básicas Municipais. Perfil dos Municípios Brasileiros 2008. Disponível em: <http://www.ibge.gov.br/home/estatistica/economia/perfilmunic/2008/munic2008.pdf>. Acesso em: 29 de junho 2015

IBGE. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Pesquisa de Informações Básicas Municipais. Perfil dos Municípios Brasileiros 2013. Disponível em: ftp://ftp.ibge.gov.br/Perfil_Municipios/2013/munic2013.pdf. Acesso em: 29 Junho de 2015

REICHERT, J *et al.* Diretrizes para cessação do tabagismo. **J. Brás. Pneumol.** 2008; 34(10):845-880.

SALGADO, R.S; MURAD, E. **Nicotina: tratando a mais difícil das dependências.** O Programa “ABRAÇO” de Tratamento em grupo do Tabagismo para Profissionais. Belo Horizonte: O Lutador, 2002. 256p.

SANTOS, J.D.P; OLIVEIRA, M.G.R.O. **Tabagismo.** Belo Horizonte, 2012.

Universidade Federal de São Paulo – UNIFESP. Escola Paulista de Medicina. Centro Brasileiro de Informações sobre Drogas Psicotrópicas. Tabaco. São Paulo, 2003. Disponível em: http://www.unifesp.br/dpsicobio/cebrid/folhetos/tabaco_.htm. Acesso em 06 de junho de 2015

ANEXOS

Anexo 1 - Teste de Fargerstrom

- 1 – Quanto tempo após acordar você fuma seu primeiro cigarro?
(3) nos primeiros 5 minutos
(2) de 6 a 30 minutos
(1) de 31 a 60 minutos
(0) mais de 60 minutos
- 2 – Você acha difícil não fumar em lugares proibidos?
(1) sim
(0) não
- 3 – Qual o cigarro do dia que traz mais satisfação?
(1) o primeiro da manhã
(0) os outros
- 4 – Quantos cigarros você fuma por dia?
(0) menos de 10
(1) 11 a 20
(2) 21 a 30
(3) mais de 31
- 5 – Você fuma mais freqüentemente pela manhã?
(1) sim
(0) não
- 6 – Você fuma mesmo doente, quando precisa ficar acamado a maior parte do tempo?
(1) sim
(0) não
- Grau de dependência: 0 a 2 = muito baixa
3 a 4 = baixa
5 a 6 = moderada
7 a 8 = elevada
9 a 10 = muito elevada

Anexo 2: Ficha de avaliação clínica do tabagista

ABORDAGEM E TRATAMENTO DO TABAGISMO

1 Identificação do Paciente:

Nome:

Número do Prontuário:

Sexo: Masculino () Feminino ()

2 Exames Físicos:

Peso:

Altura:

PA:

ACV:

AR:

Abd.

3 História Patológica Progressiva:

Você tem ou teve frequentemente aftas, lesões e/ou sangramento na boca?

Sim () Não () Está em tratamento?

Você tem Diabetes Mellitus?

Sim () Não () Está em tratamento?

Você tem hipertensão arterial?

Sim () Não () Está em tratamento?

Você tem ou teve algum problema cardíaco?

Sim () Não () Está em tratamento?

Você tem ou teve algum problema pulmonar?

Sim () Não () Está em tratamento?

Você tem alergia respiratória?

Sim () Não () Está em tratamento?

Você tem ou teve frequentemente queimação, azia, dor no estômago, úlcera ou gastrite? Sim () Não () Está em tratamento?

Você tem alergias cutâneas?

Sim () Não () Está em tratamento?

Você tem ou teve alguma lesão ou tumor maligno?

Sim () Não () Está em tratamento?

Você tem ou teve crise convulsiva, convulsão febril na infância ou epilepsia?

Sim () Não () Está em tratamento?

Você tem anorexia nervosa ou bulimia?

Sim () Não () Está em tratamento?

Você costuma ter crises de depressão e/ou ansiedade?

Sim () Não () Está em tratamento?

Você faz ou já fez algum tratamento psicológico ou psiquiátrico?

Sim () Não () Está em tratamento?

Você costuma ingerir bebidas alcoólicas com que frequência?

Nunca () Todos os dias () Finais de semana () Raramente ()

Você tem ou teve algum outro problema de saúde sério que não foi citado?

Qual?

Algum medicamento em uso atual?

No caso de mulheres:

Você está grávida? Sim () Não ()

Você está amamentando? Sim () Não ()

Já fez uso de alguma medicação, mesmo que não prescrita por médico, para dormir ou se acalmar?

Não () Sim () Qual?

No último mês você sentiu?

(1) Tristeza () Perda de interesse e prazer () Energia reduzida ou grande cansaço ()

(2) Concentração e atenção reduzidas () Apetite diminuído ()

Sentimento de culpa e inutilidade ()
Idéias ou atitudes autolesivas ou de suicídio ()
Auto-estima e auto confiança reduzida ()

Sono alterado ()
Inquietação ()
Pessimista ou deslocado ()

Há história de transtorno psiquiátrico na família?

() Não () Sim. Quem?

Que tipo?

O paciente apresentou durante a consulta:

Inquietação () Agitação() Falta de concentração ()

Pensamento e fala lenta ou acelerada () Nenhuma alteração ()

Para avaliação de depressão, considerar as respostas da pergunta:

“No último mês você sentiu?”

DEPRESSÃO LEVE – dois sintomas do (1) e dois sintomas do (2).

Além disso, o paciente apresenta dificuldade com o trabalho do dia-a-dia e atividades sociais, mas não interrompe as funções.

DEPRESSÃO MODERADA – dois sintomas do (1) e três sintomas do (2).

Além disso, o paciente apresenta dificuldade considerável em continuar com atividades sociais laborais ou domésticas.

DEPRESSÃO GRAVE – critério de dependência moderada, mais angustia ou agitação considerável. Perda de auto-estima, sentimento de inutilidade ou culpa e suicídio são perigos marcantes.

CAGE

Alguma vez você sentiu que deveria diminuir a quantidade de bebida ou parar de beber?

Sim () Não ()

As pessoas o aborrecem porque criticam o seu modo de beber?

Sim () Não ()

Você se sente culpado ou chateado consigo mesmo pela maneira como costuma beber?

Sim () Não ()

Você costuma beber pela manhã para diminuir o nervosismo ou a ressaca?

Sim () Não ()

Três ou quatro respostas positivas no CAGE mostram uma tendência importante para o alcoolismo.

4 História Tabagística:

Com quantos anos você começou a fumar? Anos

Em quais das situações o cigarro está associado no seu dia a dia? (assinale mais de uma opção)

Ao falar no telefone () Com café () Tristeza ()

Após as refeições () No trabalho () Alegria ()

Com bebidas alcoólicas () Ansiedade () Nenhum Outros ()

Quais afirmativas abaixo você considera que seja razões para você fumar?

Fumar é um grande prazer? Sim () Não () Às vezes ()

Acha que fumar emagrece? Sim () Não () Às vezes ()

Fumar é muito saboroso? Sim () Não () Às vezes ()

O cigarro te acalma? Sim () Não () Às vezes ()

Fuma pra ter algo nas mãos? Sim () Não () Às vezes ()

Acha charmoso fumar? Sim () Não () Às vezes ()

Quantas vezes você tentou parar de fumar?

1 vez () 2 vezes () 3 vezes () Mais de 3 vezes ()

Quais foram os motivos que levaram você a voltar a fumar?

Alguma vez na vida você utilizou algum recurso para deixar de fumar?

Nenhum () Medicamento. Qual?

Leitura de orientações em folhetos, revistas, jornais entre outros? ()
Apoio de profissionais da saúde () Outros ()
Você já participou de algum grupo de apoio e tratamento do tabagismo nesta unidade?
Sim () Não ()
Porque você quer deixar de fumar agora (assinalar mais de uma opção):
Porque está afetando sua saúde ()
Porque não gosta de ser dependente ()
Outras pessoas estão te pressionando ()
Pelo bem estar da sua família ()
Fumar é anti-social ()
Porque está preocupado com sua saúde no futuro ()
Porque seus filhos pedem ()
Porque gasta muito dinheiro com cigarros ()
Porque fumar é um mal exemplo para as crianças ()
Por conta das restrições de fumar em ambientes fechados ()
Você convive com fumantes em sua casa?
Não () Sim () Qual o grau de parentesco?

Você se preocupa em ganhar peso ao deixar de fumar?
Sim () Não ()
Observações: