

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

**THIAGO BATISTA DE FREITAS**

**TABAGISMO E SUAS MAZELAS: PLANO DE AÇÃO PARA SEU  
COMBATE NA UBS SANTOS REIS NA CIDADE DE  
ALFENAS/MG**

**ALFENAS / MINAS GERAIS**

**2015**

**THIAGO BATISTA DE FREITAS**

**TABAGISMO E SUAS MAZELAS: PLANO DE AÇÃO PARA SEU  
COMBATE NA UBS SANTOS REIS NA CIDADE DE  
ALFENAS/MG**

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado ao Curso de Especialização em Estratégia de Saúde da Família da Universidade Federal de Minas Gerais, como requisito parcial para a obtenção do certificado de especialista.

**Orientador:** Prof. Bruno Leonardo de Castro Sena

**ALFENAS / MINAS GERAIS**

**2015**

**THIAGO BATISTA DE FREITAS**

**TABAGISMO E SUAS MAZELAS: PLANO DE AÇÃO PARA SEU  
COMBATE NA UBS SANTOS REIS NA CIDADE DE  
ALFENAS/MG**

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado ao Curso de Especialização em Estratégia de Saúde da Família da Universidade Federal de Minas Gerais, como requisito parcial para a obtenção do certificado de especialista.

**Orientador:** Prof. Bruno Leonardo de Castro Sena

**Banca Examinadora**

Prof. Bruno Leonardo de Castro Sena (UFMG)

---

Aprovado em Belo Horizonte \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_ .

## **AGRADECIMENTOS**

Agradeço à Deus primeiramente, por todas oportunidades colocadas em meu caminho;

Agradeço à equipe do PSF Santos Reis, por toda dedicação e trabalho em equipe, sendo de fundamental importância na formação de uma nova impressão acerca da atenção primária;

Agradeço ainda à toda equipe da Nescon pela ajuda durante este processo de crescimento pessoal e profissional.

## **DEDICATÓRIA**

Dedico esta revisão à minha família por todo apoio e paciência nos meus momentos de ausência, e por todo incentivo a mim demonstrado, para que sempre cresça o desejo de ser melhor a cada dia.

*"A alegria está na luta, na tentativa,  
no sofrimento envolvido e não  
na vitória propriamente dita".*

**Mahatma Gandhi**

## RESUMO

O tabagismo é um hábito enraizado em tradições culturais e históricas distintas e a comercialização de seu produto movimentou grandes dividendos. Recentemente, o hábito de fumar começou a ser considerado como problema de Saúde Pública, e sua prática enfaticamente desaconselhada e restringida. O tabagismo é uma prática altamente danosa para o indivíduo fumante e para os demais que o cercam. Problemas orgânicos e sociais envolvem de forma complexa o contexto. Doenças crônicas passam a ser de difícil controle como HAS e DM, além do surgimento de novas patologias como DPOC. Dentre os problemas sociais, citamos comprometimento financeiro e uso de álcool e outras drogas ilícitas facilitando a desarmonia no núcleo familiar do tabagista. O objetivo geral foi propor um plano de ação para combater/prevenir o tabagismo na UBS Santos Reis em Alfenas/MG. Para realizar a revisão de literatura, buscou-se dados da biblioteca virtual em saúde (Lilacs, SciELO e Bireme), sites da OMS e do Ministério da Saúde, além de pesquisa em livros e revistas publicados entre os meses de dezembro de 2002 a maio de 2014. O plano de ação proposto, através do método Planejamento Estratégico Situacional, buscou entender os diversos motivos que levavam o tabagista a procurar o cigarro, além das diversas facetas que impediam seu abandono, o acompanhamento multidisciplinar constante para a cessação do tabagismo e a não recidiva da prática. Concluiu-se que a prática de fumar inicialmente, é utilizada como escape para alívio dos problemas, porém, a longo prazo, acarreta uma série de novos infortúnios, tido como piores que os pré existentes, para a grande parte dos pacientes acompanhados. O abandono dessa prática exige uma equipe altamente engajada no problema junto ao paciente para uma terapêutica final eficaz.

**Descritores:** tabaco; prevenção/controle; hábito de fumar; assistência.

## ABSTRACT

Smoking is a habit rooted in distinct cultural and historical traditions and the marketing of your product moves large dividends. Recently, the smoking began to be considered as a public health problem, and practice strongly discouraged and restricted. O smoking is a highly damaging practice for individual smoker and others around you. Organic and social problems involve complex forms the backdrop. Chronic diseases become unwieldy as hypertension and diabetes mellitus, in addition to the emergence of new diseases such as COPD. Among the social problems, we cite financial commitment and use of alcohol and other illicit drugs facilitating disharmony in the household of smokers. The overall objective was to propose an action plan to fight / prevent smoking in UBS Santos Reis in Alfenas / MG. To perform the literature review, we attempted to health virtual library data (Lilacs, SciELO and Bireme), WHO and the Ministry of Health websites, as well as research in books and magazines published between the months of December 2002 to May 2014. The proposed plan of action, through the method Situational Strategic Planning, sought to understand the various reasons that led the smoker to seek smoking, besides the many facets that prevented abandonment, constant multidisciplinary approach to smoking cessation and not practice relapse. It was concluded that the practice of smoking initially, is used as an escape to relieve the problems, but in the long run, brings a number of new misfortune, considered worse than the pre-existing, for most of the patients followed. The abandonment of this practice requires a highly engaged team in trouble with the patient for effective therapeutic end.

**Keywords:** tobacco; prevention / control; smoking; assistance

## LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

**ACS:** Agente Comunitário de Saúde.

**BIREME:** Biblioteca Regional de Medicina.

**DANT:** Doenças e agravos crônicos não transmissíveis.

**DPOC:** Doença pulmonar obstrutiva crônica.

**ESF:** Estratégia de Saúde da Família.

**IAM:** Infarto agudo do miocárdio.

**IBGE:** Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística.

**INCA:** Instituto nacional do câncer.

**MS:** Ministério da saúde.

**NASF:** Núcleo de Apoio a Saúde da Família.

**NESCON:** Núcleo de Educação em Saúde Coletiva.

**ONU:** Organização das Nações Unidas.

**PSF:** Programa de Saúde da família.

**SCIELO:** A Scientific Electronic Library Online.

**SIAB:** Sistema de Informação da Atenção Básica.

**SUS:** Sistema Único de Saúde.

**TRN:** Terapia de reposição de nicotina.

**UBS:** Unidade Básica de Saúde.

**UFMG:** Universidade Federal de Minas Gerais.

## LISTA DE TABELAS

<b>TABELA 1:</b> Dados do território PSF Santos Reis em abril de 2015.....	15
<b>TABELA 2:</b> Número de óbitos por doenças do aparelho respiratório em Alfenas - 2015.....	17
<b>TABELA3:</b> Identificação e priorização dos problemas.....	30
<b>TABELA 4:</b> Desenho de operações para os nós críticos para combate ao tabagismo.....	32
<b>TABELA 5:</b> Cronograma do plano de ação.....	33

## LISTA DE FIGURAS

<b>FIGURA 1:</b> Equipe PSF Santos Reis - Gestão 2015.....	14
<b>FIGURA 2:</b> População de Alfenas distribuída por gênero em 2010.....	14
<b>FIGURA 3:</b> Consumo de cigarro no mundo .....	23
<b>FIGURA 4:</b> Neurotransmissores liberados no SNC por ação da nicotina.....	26
<b>FIGURA 5:</b> Fatoresassociados com a iniciação do tabagismo.....	28

## SUMÁRIO

<b>1-INTRODUÇÃO.....</b>	<b>13</b>
<b>2-JUSTIFICATIVA.....</b>	<b>17</b>
<b>3-OBJETIVOS.....</b>	<b>20</b>
3.1 Objetivo geral.....	20
3.2 Objetivos específicos.....	20
<b>4-METODOLOGIA.....</b>	<b>21</b>
<b>5-REVISÃO DE LITERATURA.....</b>	<b>22</b>
5.1 O tabaco.....	22
5.2 O hábito de fumar.....	23
5.3 Dependência da nicotina.....	24
5.4 Fatores de risco para o tabagismo.....	26
5.5 Principais consequências do consumo crônico do cigarro.....	28
5.6 O abandono do cigarro.....	30
<b>6-PLANO DE AÇÃO.....</b>	<b>32</b>
6.1 Diagnóstico situacional.....	32
6.2 Definição do problema.....	32
6.3 Priorização dos problemas.....	33
6.4 Como o problema foi identificado.....	34
6.5 Descrição e explicação do problema.....	34
6.6 Nós críticos.....	35
6.7 Elaboração do plano operativo.....	37
6.8 Resultados e discussão.....	39
<b>7-CONSIDERAÇÕES FINAIS.....</b>	<b>41</b>
<b>8-REFERÊNCIAS.....</b>	<b>43</b>

## 1 INTRODUÇÃO

O hábito de fumar tabaco é muito antigo e encontrado em diversos povos ao redor do mundo, exercendo diferentes funções culturais e econômicas. No século XVII, a difusão do hábito de fumar, sobretudo na Europa, fomentou o valor monetário do tabaco no comércio internacional na mesma proporção que o seu cultivo (SPINK; LISBOA; RIBEIRO, 2009).

Apesar de ser um hábito enraizado em tradições culturais e históricas distintas e ser um produto cuja comercialização movimentava grandes dividendos, recentemente o tabagismo começou a ser considerado como problema de Saúde Pública, e sua prática enfaticamente desaconselhada e restringida. Segundo Rosenberg (2002) em meados do século XX, as análises econômicas indicam que os ganhos auferidos com a taxação sobre a venda deste produto eram inferiores aos gastos com assistência médica, aposentadorias, diminuição da produção laboral e encurtamento da expectativa de vida dos trabalhadores. Uma rede heterogênea de atores e ações começou, nesse momento, a ser articulada para elaboração de estratégias para a diminuição da produção e consumo do tabaco (SPINK; LISBOA; RIBEIRO, 2009).

Dentre vários estudos, um saltou aos olhos da equipe do PSF Santos Reis em Alfenas-MG, devido sua alta prevalência e o conhecimento prévio dos mesmos em relação ao seu malefício que seria o tabagismo. Diante disso, decidiu-se então, pela adoção de estudos concretos e efetivos para conhecimento das pessoas da área de abrangência do PSF que possuem características que se enquadram no diagnóstico de tabagista e pessoas com fatores de risco para tal doença, e assim atingir grandes benefícios pessoais e conjunto com a adoção de medidas preventivas e curativas com a população local.

Para demonstrar atitudes positivas e enfáticas na promoção de cessação do tabagismo, deve-se contar com uma equipe multidisciplinar haja visto que estamos lidando com um problema intitulado de saúde pública. A unidade Santos Reis, conta com 18 funcionários, sendo eles, um cirurgião dentista, uma enfermeira, dois fisioterapeutas, uma médica pediatra, um médico clínico geral, duas auxiliares de enfermagem, uma auxiliar em saúde bucal, um

assistente administrativo, cinco agentes comunitárias de saúde, uma atendente de farmácia, uma recepcionista e uma auxiliar de limpeza; quadro de funcionários que se habilita categoricamente a promoção de medidas no combate ao tabagismo(FIGURA 1).

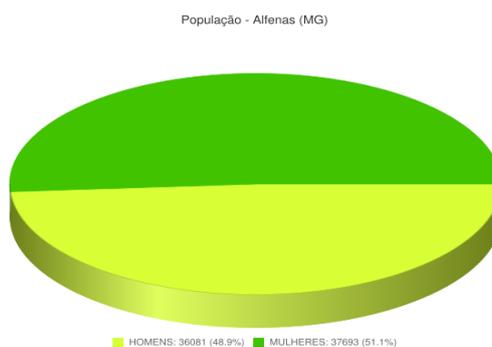
**FIGURA 1:** Equipe de saúde do PSF Santos Reis - 2015



**Fonte:** Própria Autoria (2015).

Alfenas é uma cidade localizada no sul de Minas Gerais, destacando-se no cultivo de café tipo exportação e cultivo de bananas. Destaca-se pela presença de duas universidades que possuem vasta opções de cursos, dentre eles, muitos da área biológica, que contribuem de forma significativa com oferta de serviços de saúde para toda a população. De acordo com o último censo divulgado, hoje a cidade possui 73.774 habitantes, sendo aproximadamente 94% residente em área urbana e 6% em área rural(FIGURA 2). A população alfenense, conta com 14 unidades de saúde básica, para acompanhamento primário, dentre eles, encontra-se o PSF Santos Reis, abrangendo cerca de 2.775 pessoas do número total de habitantes, e 3 hospitais para atender a demanda secundária.

**FIGURA 2:** População de Alfenas distribuída por gênero em 2010



**Fonte:** IBGE(2010).

A unidade de Saúde Básica dos Santos Reis, foi recentemente reinaugurada, pois a mesma necessitava de uma reforma e uma reestruturação específica para atender a demanda que busca por uma oferta de serviço de saúde adequada. Possui uma sala de triagem ampla e ao fundo, sala de reuniões para a equipe, sendo usada na finalidade de exposição dos problemas enfrentados pela população, e discussões de possíveis soluções dos mesmos, tendo também a finalidade de local fixo para palestras que são ministradas pelo médico, juntamente com as agentes de saúde para a comunidade.

Hoje, contamos com uma unidade em boas condições, estrutural e funcional, para uma adequada prestação de serviços na área da saúde para comunidade do bairro dos Santos Reis. No início do ano 2015, com algumas mudanças no corpo de funcionários da unidade, realizou-se novos levantamentos em relação à incidências de doenças crônicas e hábitos de vida da comunidade.

**TABELA 1:** Dados do território PSF Santos Reis em abril de 2015

Número de pessoas no território da equipe	2675
Número de pessoas de 15 ou mais anos	2402
Número de mulheres de 10 a 59 anos	1206
Número de hipertensos do território	525
Número de diabéticos do território	282

**FONTE:** E-SUS (2015).

Sabe-se que medidas preventivas e curativas já existem desde 1986, dentre elas, leis brasileiras que vêm sendo redigidas tentando frear o consumo de tabaco no país. Para conseguir essa redução, foi necessário, a partir desse ano, aprovar legislação que contemplasse ações de caráter proibitivo e restritivo de consumo de tabaco, assim como outras de caráter educativo, estas elaboradas inicialmente de forma mais tímida. Assim, mesmo antes da elaboração do texto final da Convenção-Quadro, foi criada, em 1999,

a "Comissão Nacional para Implementação da Convenção-Quadro para Controle de Tabaco", de caráter interministerial, com o objetivo de construir uma agenda do Estado para o cumprimento das diretrizes previstas (SPINK; LISBOA; RIBEIRO, 2009).

Os prejuízos relacionados ao tabagismo são de alta magnitude e de extensão planetária. Os altos prejuízos impostos pelo consumo do tabaco são uma pesada carga não só para a saúde individual, mas também para a saúde financeira da sociedade. Responsável por mais de quatro milhões de mortes anuais no mundo, determinadas pelo aumento da prevalência das doenças relacionadas com o hábito de fumar, converte-se, ao mesmo tempo, em cruel paradoxo, já que o tabagismo constitui a maior causa isolada de doença evitável que se conhece entre as não imunizáveis. Agente mórbido introduzido e mantido pelo próprio homem, por razões tão diversas como as de ordem econômica, social, cultural e de droga-dependência, converte-se em uma das epidemias de mais difícil redução (CABALLO, 2003; OLIVEIRA, 2002).

Muitos indivíduos se percebem incapazes para lidar com situações sociais de conflito. Com o uso de substâncias, eles encontram uma saída que, embora não seja a ideal, é a que tende a diminuir a ansiedade e a minimizar as dificuldades. Habilidades sociais são descritas, como expressar sentimentos, atitudes, desejos, opiniões ou direitos de modo adequado à situação, respeitando esses comportamentos nos demais, resolvendo problemas imediatos, minimizando a probabilidade de futuros problemas. O aprendizado de novas habilidades capacita os indivíduos com dificuldades para serem assertivos e defenderem seus direitos, de forma mais efetiva, quando houver pressão de outras pessoas para consumirem substâncias (CABALLO, 2003; OLIVEIRA, 2002).

Portanto, independente do que leva a um repertório diminuído de habilidades sociais, o uso de drogas fica associado a um meio para enfrentar a rotina ou a fortes pressões externas. Os tabagistas, por exemplo, frequentemente enfrentam as situações sociais que consideram mais difíceis fazendo uso do cigarro, em vez de manifestar comportamento assertivo. E se tratando de uma sociedade altamente ansiosa e rodeada de conflitos sociais, necessita-se de intervenções curativas e principalmente preventivas, a título

municipal e de microáreas para melhor eficácia das estratégias adotadas visando contornar tal justificativa pelo consumo do tabaco.

## 2 JUSTIFICATIVA

O tabagismo está mais concentrado entre os grupos populacionais com baixos níveis de educação formal, que podem também ser os mais pobres. Constata-se que a prevalência do tabagismo é de 1,5 a 2 vezes maior entre aqueles que possuem pouca ou nenhuma educação, em comparação com os que possuem mais anos de escolaridade. Diante do exposto, conclui-se que as estratégias socioeducativas são de primordial importância para a prevenção do hábito de fumar (IGLESIAS *et al.*, 2008).

As taxas de câncer do pulmão durante o início da vida adulta caíram entre os homens entre 1980 e 2004, mas aumentaram entre as mulheres, fenômeno que pode estar associado à interrupção do tabagismo pelos homens e ao aumento entre as mulheres. Porém demonstra que de alguma forma as medidas de intervenção deverão ser mais voltadas para o público feminino, haja visto que lidamos diretamente com essa característica na unidade (IGLESIAS *et al.*, 2008).

**TABELA 2:** Número de óbitos por doenças do aparelho respiratório em Alfenas - 2015

Óbitos - doenças - aparelho respiratório - homens	36	óbitos
Óbitos - doenças - aparelho respiratório - mulheres	44	óbitos
Óbitos - doenças - aparelho respiratório - total	80	óbitos

**Fonte:** IBGE (2014).

De 1996 a 2005, houve mais de 1 milhão de hospitalizações relacionadas ao tabagismo no Sistema Único de Saúde (SUS), com custos em torno de meio bilhão de dólares, ou 1,6% do orçamento destinado às hospitalizações realizadas por unidades de saúde entre 1996 e 2005. E percebemos o aumento da demanda principalmente no período do inverno, que

acaba transtornando a agenda de consultas da unidade por exacerbações de crises respiratórias principalmente em tabagistas (IGLESIAS *et al.*, 2008).

Outro grande problema é o fato de que o fumo do tabaco é o principal poluente doméstico. Como a prevalência do hábito de fumar é alta, especialmente nas áreas urbanas dos países menos desenvolvidos, onde cerca de um terço das mulheres e quase a metade dos homens são fumantes, as taxas de exposição ao fumo passivo, para as crianças, estão entre 38 a 45% (PRIETSCH *et al.*, 2002).

As doenças agudas das vias aéreas inferiores são os principais motivos de manutenção das altas taxas de morbimortalidade em menores de cinco anos, nos países em desenvolvimento, responsáveis por mais de 4 milhões de óbitos por ano. E muito desse alto índice está relacionado ao mal controle da patologia, seja a má adesão ao tratamento ou principalmente pelo mal controle ambiental, com grande destaque ao tabagismo passivo (PRIETSCH *et al.*, 2002).

Outra problemática relacionada ao tabagismo seria sua associação com outras drogas lícitas ou ilícitas. A verificação de que muitas vezes os dependentes utilizam drogas associadamente foi demonstrada pela primeira vez, em 1972, quando Walton chamou a atenção para as altas cifras de tabagismo encontrada entre pacientes hospitalizados. A partir daí vários estudos confirmaram a associação e correlação positiva entre tabagismo e alcoolismo (PRIETSCH *et al.*, 2002).

Não se pode esquecer também sua relação com doenças mentais como mostra numerosas publicações nas últimas duas décadas, mostrando associação entre consumo de tabaco e transtornos psiquiátricos em pacientes estudados. Está bem estabelecida na literatura a relação entre tabagismo e quadros psicopatológicos, como esquizofrenia e depressão maior. Existe ainda forte evidência de associação entre consumo de tabaco e transtornos ligados ao consumo e/ou dependência de substâncias como álcool e outras drogas. A literatura contém ainda um número significativo de estudos sobre tabagismo e perturbações psiquiátricas diversas, como transtornos de ansiedade e de humor, transtorno de déficit de atenção e hiperatividade, entre outros (RONDINA; GOYAREB; BOTELHO, 2003).

Está comprovado que a probabilidade de abandono do tabagismo é reduzida em pacientes com transtornos de depressão. Sabe-se que fumantes com histórico de depressão correm mais risco de recaídas durante o período de abstinência, em comparação a fumantes sem o mesmo histórico. Nos fumantes com histórico de transtornos depressivos, a cessação do tabagismo é fator de risco para a manutenção do quadro clínico ou o desenvolvimento de novo surto depressivo. Mesmo que esses indivíduos parem de fumar, as recaídas são mais frequentes, pois a nicotina ajuda a manter a homeostase interna (GLASSMAN *et al.*, 1988; BRESLAU *et al.* 1992; GLASSMAN, 1993; ESCOBEDO *et al.* 1996; GILBERT *et al.* 1997; PATTON *et al.* 1998; GLASSMAN *et al.* 2001; LAJE *et al.*, 2001).

Estimativas da OMS apontam que as DANT são responsáveis por 58,5% de todas as mortes e por 45,9% da carga total global de doenças expressa por anos perdidos de vida saudável. No Brasil, mortes por doenças respiratórias, cardiovasculares, câncer e diabetes, entre outras, somaram 62,8% das mortes documentadas em 2004. A projeção da OMS é que esse grupo de doenças seja a primeira causa de morte em todos os países em desenvolvimento até 2010. Tabagismo, consumo abusivo de bebidas alcoólicas, obesidade, consumo excessivo de gorduras saturadas, ingestão insuficiente de frutas e hortaliças e inatividade física são os principais fatores de risco modificáveis responsáveis pela maioria das mortes por DANT e por fração substancial da carga de doenças em razão dessas enfermidades, de acordo com a OMS (BERTO; CARVALHAES; DE MOURA, 2010).

Dos fatores comportamentais de risco implicados na gênese de muitas doenças crônicas, o tabagismo é um dos principais, sendo a principal causa de morte evitável em todo o mundo - atualmente 4 milhões de óbitos anuais, podendo chegar, em 2030, a 10 milhões de mortes (HORTA, 2001). Além da mortalidade, o hábito de fumar está associado ao desenvolvimento de hipertensão, aterosclerose, infarto do miocárdio, acidente vascular cerebral, enfisema pulmonar, doenças respiratórias, coronariopatias e vários tipos de câncer (pulmão, boca, laringe, próstata e outros) (BERTO; CARVALHAES; DE MOURA, 2010).

Diante de todos os expostos, nota-se que o tabagismo necessita de um enfoque maior tanto no âmbito preventivo, como também no curativo. Como

toda equipe da Unidade Santos Reis percebeu todas as mazelas que cercam o hábito de fumar, tomou-se como alvo principal das medidas a serem adotadas por essa equipe.

### **3 OBJETIVOS**

#### **3.1 Objetivo Geral**

Propor um plano de ação eficaz no controle e combate aos altos índices de tabagistas apresentados na Unidade Básica de Saúde Santos Reis na cidade de Alfenas/MG.

#### **3.2 Objetivos Específicos**

- Definir a importância de cada membro da equipe na abordagem e no auxílio do combate ao tabagismo;
- Identificar possíveis fatores de risco para o tabagismo;
- Conhecer fatores sociais e emocionais que envolvem o hábito de fumar;
- Possibilitar capacitação aos grupos da atenção primária quanto a abordagem de tabagistas, e o encorajamento a abandonar o vício;
- Fornecer embasamento técnico-científico para elaboração de grupos operativos;
- Criar ações para que ocorra avaliações periódicas dos indivíduos que desejam abandonar o vício;
- Conseguir apoio da secretaria municipal de saúde, em relação a medicação específica, disponível para os que necessitarem desse auxílio para abandonar o cigarro.

## 4 METODOLOGIA

Inicialmente, foi realizado um diagnóstico situacional, através do método Estimativa Rápida, para identificar os problemas relativos à comunidade do Bairro Santos Reis, como objeto de pesquisa. Através das visitas domiciliares, consultas feitas no consultório da unidade, entrevistas e observação ativa foi possível saber sobre os principais problemas e priorizar os de maior importância. Utilizou-se como metodologia de classificação, os questionários específicos, que eram categorizados conforme os aspectos individuais do tabagismo. Foram utilizadas sete categorias que são descritas na maioria dos trabalhos que abordam tal temática.

A elaboração de uma revisão de literatura requer o emprego de metodologias adequadas, assim será empregada a pesquisa bibliográfica como base metodológica. Foi realizada primeiramente, uma busca ampla de artigos publicados sobre o tema, que incluíssem em seu resumo uma definição dos instrumentos que abordassem os diversos aspectos do tabagismo, tais como: prevalência, hábito tabagista, opinião, crenças, dependência, fissura, abstinência, estágio motivacional e cessação. Para realizar esta revisão, buscou-se, dados da biblioteca virtual em saúde (Lilacs, SciELO e Bireme), sites do Ministério da Saúde e IBGE, além de pesquisa em livros e revistas. Foram utilizados os descritores: tabaco; prevenção/controle; hábito de fumar; assistência.

A consulta às bases de dados foram realizadas entre os meses de dezembro de 2002 à maio 2014, cujo os critérios de inclusão foram: Artigos nacionais publicados na íntegra, no idioma português que tivessem conteúdo sobre tabagismo. Os critérios de exclusão foram artigos estrangeiros e resumos de artigos.

O plano de ação foi baseado no Planejamento Estratégico Situacional (PES), conteúdo trabalhado no módulo de Planejamento e Avaliação das Ações de Saúde do CEABSF (CAMPOS; FARIA; SANTOS, 2010).

## 5 REVISÃO DE LITERATURA

### 5.1 O tabaco

O Tabaco é uma planta cujo nome científico é *Nicotiana tabacum*, da qual é extraída uma substância chamada nicotina, seu princípio ativo. Mas no tabaco encontramos ainda um número muito grande de outras substâncias, algumas muito tóxicas, como por exemplo terebentina, formol, amônia, naftalina, entre outras(CEBRID, 2015).

As modalidades mais comuns de uso do tabaco são fumar ou inalar através de cigarro, charuto, cachimbo, rapé e mascar o assim chamado tabaco de mascar(CEBRID, 2015).

Desde a primeira relação estabelecida entre consumo de cigarros e câncer de pulmão no início da década de 50 do século XX, os estudos epidemiológicos têm continuamente identificado novas localizações de câncer com vinculações causais com o uso do tabaco, que hoje ascende a 20 diferentes tipos de tumor. Mesmo os não fumantes expostos à fumaça do tabaco nos ambientes que vivenciam no dia a dia estão sob maior risco de desenvolverem câncer(SECRETAN *et al.*, 2009).

Medidas restritivas de comercialização e consumo do tabaco nos países desenvolvidos levaram a indústria do tabaco a direcionar seus esforços de venda para países mais pobres, onde havia perspectivas de crescimento do consumo e contínua reposição de fumantes. Os alvos principais de suas campanhas promocionais têm sido os adolescentes e jovens. Assim, no final da década de 90, dos cerca de 100 mil jovens que se iniciavam no tabagismo a cada dia no mundo, 80% residiam em países em desenvolvimento(WUNSCH FILHO *et al.*, 2010).

A Organização Mundial de Saúde afirma que o tabagismo deve ser considerado uma pandemia, já que, atualmente, morrem, no mundo, cinco milhões de pessoas, por ano, em consequência das doenças provocadas pelo

tabaco, o que corresponde a aproximadamente seis mortes a cada segundo. Do total de mortes ocorridas, quatro milhões são no sexo masculino e um milhão no sexo feminino. No ano de 2025, ocorrerão 10 milhões de mortes decorrentes do uso do tabaco, se não houver mudança nas prevalências atuais de tabagismo (ARAUJO *et al.*, 2004).

O cigarro mata mais que a soma de outras causas evitáveis de morte como a cocaína, heroína, álcool, incêndios, suicídios e AIDS, nos países desenvolvidos. Não se pode esquecer que 2/3 da população está em países pobres e, nesses, a fome e a desnutrição são a principal causa de morte também evitável (ARAUJO *et al.*, 2004).

## 5.2 O Hábito de Fumar

O consumo anual de cigarros por adultos no mundo aumentou da década de 1970 para 1980, estabilizando na década de 90. Os países desenvolvidos, depois de um aumento de consumo de 1970 para 1980, mostraram alguma redução na última década. Chama atenção que os países menos desenvolvidos são aqueles que vêm sofrendo o maior aumento da década de 70 até a atual (o consumo de 800 cigarros anuais por adulto passou para 1.450)(ARAUJO *et al.*, 2004).

**FIGURA 3** - Consumo de cigarro no mundo

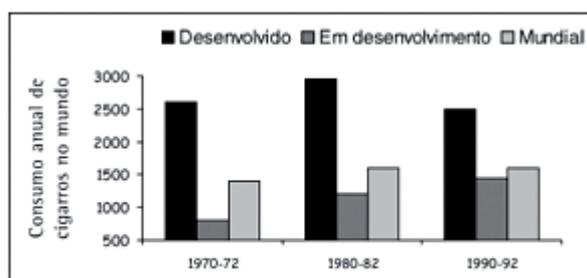


Figura 1. Consumo de cigarros no mundo: 1970-1992 (adaptado do World Bank Publication, 1999).<sup>(3)</sup>

**FONTE:**Araújo *et al.* (2004).

No Brasil, um terço da população adulta fuma, sendo 16,7 milhões de homens e 11,2 milhões de mulheres. Segundo as estatísticas do INCA,

estimam-se 200 mil óbitos anuais relacionados ao fumo no Brasil (ARAUJO *et al.*, 2004).

A qualidade de vida, definida pela OMS como "a percepção do indivíduo de sua posição na vida, no contexto da cultura e sistema de valores nos quais ele vive e em relação aos seus objetivos, expectativas, padrões e preocupações", tem sido utilizada nos últimos anos como uma medida para avaliar o impacto tanto do tabagismo quanto das doenças a este associadas na vida do sujeito. Essa medida pode ter um papel mais imediato na motivação desses indivíduos, uma vez que as patologias associadas ao tabaco, as quais, muitas vezes, levam o indivíduo a contemplar uma possibilidade de mudança do hábito de fumar, só costumam ocorrer após um longo tempo de exposição ao fumo (CASTRO *et al.*, 2007).

Nos últimos anos tem sido observado um aumento no número de pesquisas que mensuram a qualidade de vida em tabagistas e um ponto em comum encontrado nesses estudos foi a melhor qualidade de vida dos não-tabagistas quando comparados aos tabagistas (OLUFADE *et al.*, 1999; WOOLF *et al.*, 1999; WILSON *et al.*, 1999; MITRA *et al.*, 2004). No entanto, deve-se observar que, em muitos desses trabalhos, os indivíduos não foram categorizados de acordo com a gravidade da dependência ou com o número de cigarros utilizados, bem como não foi dada atenção à presença de comorbidades psiquiátricas (CASTRO *et al.*, 2007).

Martinez *et al.* (2004) detectaram diferenças significativas na qualidade de vida, entre fumantes e não-fumantes, ambos os grupos sem comorbidade psiquiátrica. Os fumantes apresentaram índices significativamente piores em todos os domínios, exceto o Domínio Físico, Dor e Emocional. No que diz respeito à cessação do fumo, vários estudos verificaram sua associação à melhora da qualidade de vida (Mitra *et al.*, 2004; Tillmann *et al.*, 1997), sendo esse resultado possível de ser utilizado como uma forma de motivar os tabagistas para a abstinência.

### **5.3 Dependência da Nicotina**

O tabagismo é um comportamento complexo que recebe influências de estímulos ambientais, hábitos pessoais, condicionamentos psicossociais e das ações biológicas da nicotina. Esses estímulos podem ser de vários tipos, como

os provenientes da publicidade, da facilidade de aquisição da droga pelos baixos preços dos cigarros e aceitação social, exemplo dos pais e de líderes fumantes, tendência pessoal a outras adições, à depressão, além da hereditariedade. Esses fatores constituem o modelo que explica o comportamento aditivo(RONDINA *et al.*, 2003).

O uso do fumo, tendo a nicotina como o principal componente psicoativo do tabaco, leva ao maior percentual de dependência de usuários dentre as drogas de adição, sejam lícitas ou ilícitas(RONDINA *et al.*, 2003).

A queima de um cigarro produz monóxido de carbono e dezenas de outros produtos tóxicos responsáveis pela alteração da oxigenação dos tecidos. Libera nicotina, a substância responsável pela dependência do tabaco, uma amina terciária volátil capaz de estimular, deprimir ou perturbar o sistema nervoso central e todo o organismo, dependendo da dose e da frequência com que é utilizada. Cada cigarro contém 7-9 mg de nicotina, dos quais se estima que pouco mais de 1 mg seja absorvido pelo fumante. A nicotina é rapidamente absorvida pelos pulmões, atingindo o cérebro em dez segundos e sendo distribuída para todos os sistemas.A meia-vida de eliminação da nicotina é de aproximadamente duas horas. Sua metabolização ocorre principalmente no fígado. Apenas 5% da nicotina são excretados em sua forma original pelos rins. Seu metabólito principal é a cotinina, cuja detecção pode ser sistematizada como um coadjuvante no tratamento da dependência de nicotina, monitorando a abstinência(HAXBY, 1995).

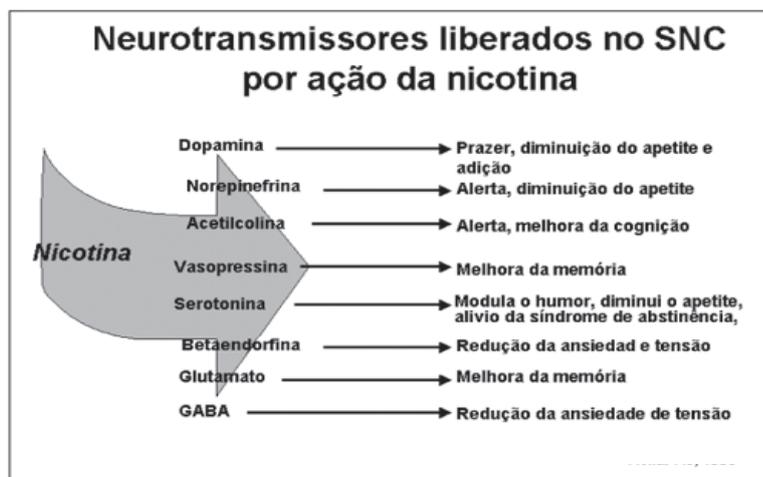
A nicotina promove um rápido, mas pequeno aumento do estado de alerta, melhorando a atenção, a concentração e a memória em animais.Além disso, diminui o apetite(HAXBY, 1995).

Tragar um cigarro produz um rápido efeito estimulante no sistema nervoso central, semelhante àquele descrito pelos usuários de cocaína/crack.Esse efeito, em contraposição aos sintomas desagradáveis da falta da substância no cérebro, pode contribuir para a dificuldade na manutenção da abstinência, pois, entre os fumantes que já tentaram parar de usar o tabaco, cinco a sete tentativas são necessárias(AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION, 1997).

A sensação de relaxamento e calma descrita pela maioria dos usuários tem sido atribuída à inibição de sintomas desagradáveis da síndrome de abstinência em vários estudos(MELISKA *et al.*, 1991).

As consequências do uso do tabaco incluem efeitos destrutivos em vários tecidos, produzindo desde doenças pulmonares simples até alterações celulares que predis põem ao câncer, assim como alterações cardíacas e vasculares(MELISKA *et al.*, 1991).

**FIGURA 4:** Neurotransmissores liberados no SNC por ação da nicotina



**FONTE:** KELLAR (1998).

#### 5.4 Fatores de risco para o tabagismo

O estudo de Malcon mostrou que os principais fatores de risco para tabagismo na adolescência citados na literatura são: sexo e idade, nível socioeconômico, fumo dos pais ou irmãos e dos amigos, rendimento escolar, trabalho remunerado e separação dos pais. Os estudos mostram que o hábito de fumar dos amigos e dos irmãos mais velhos está fortemente associado ao tabagismo em adolescentes. Várias pesquisas apresentam prevalências mais altas de fumantes em idades maiores. Baixo rendimento escolar, e trabalho remunerado também mostram associação com tabagismo em adolescentes. Na maioria dos estudos o sexo masculino aparece como fator de risco para fumo, sendo que estudo mais recente mostra não haver diferenças entre os sexos. Nível socioeconômico e fumo dos pais são achados controversos na literatura(MALCON *et al.*, 2003).

Fumantes tendem a ser mais extrovertidos, ansiosos, tensos, impulsivos e com mais traços de neuroticismo, psicoticismo e histórico de distúrbios depressivos e traços de ansiedade, em relação aos ex-fumantes e não-fumantes. A prevalência do tabagismo é maior entre pacientes psiquiátricos, em relação à população em geral e os fumantes apresentam proporcionalmente histórico de vida marcado por abuso e dependência de álcool e drogas, agorafobia, entre outras desordens psiquiátricas diversas, em relação aos não-fumantes. A maioria dos estudos sobre personalidade e consumo de tabaco vem sendo efetuada tendo como quadro de referência o modelo proposto por Eysenck, em 1967. Segundo esse enfoque, que incorpora contribuições da psicologia de Pavlov a Young, há três dimensões predominantes de temperamento ou personalidade: Extroversão, Neuroticismo e Psicoticismo, supostamente associadas ao tabagismo (FARKAS *et al.*, 2000).

Além de fatores de aprendizagem sociais, algumas crianças nascem com características de personalidade que as colocam em um risco mais alto para fumar. Pessimismo, dificuldades na solução de tarefas, desafeto, pobre desempenho escolar, são todas associadas com o aumento do risco para o uso de tabaco. Muitos desses fatores de risco acontecem em grupos. Os jovens com amigos que também fumam assistem mais a filmes que retratam o fumo e têm um desempenho escolar mais pobre do que os jovens cujos amigos não fumam (FARKAS *et al.*, 2000).

A associação entre tabagismo e depressão é explicada através de diferentes ângulos de interpretação. Estudiosos sugerem que a diminuição de afetos ou sentimentos negativos é um processo reforçador e que, portanto, as reduções nos afetos depressivos associados ao uso de tabaco seriam reforçadores para o indivíduo. Partindo do pressuposto de que afetos negativos ocorrem mais frequentemente e intensamente em indivíduos com depressão, tais indivíduos aprenderiam rapidamente que fumar alivia os sintomas. Além disso, os sintomas depressivos podem disparar o desejo de fumar, porque esses indivíduos teriam sido anteriormente aliviados pela nicotina (WAKEFIELD *et al.*, 2003).

Com relação às desordens da ansiedade, parte-se do pressuposto de que, se o indivíduo fuma com o objetivo de controlar a ansiedade, por ocasião do abandono do cigarro, o uso de ansiolíticos facilitaria o abandono do tabagismo e atenuaria os

sintomas de ansiedade no período subsequente à cessação. No entanto, as evidências de associação entre ansiedade e tabagismo ainda são bem menos consistentes, em contraste com a relação tabagismo/depressão. Pesquisas mostram que características de ansiedade ocorrem mais frequentemente em fumantes, em relação aos não-fumantes. Contudo, os resultados denotam controvérsia, pois são vários os estudos em que não foi encontrada essa associação (WAKEFIELD *et al.*, 2003).

**FIGURA 5:** Fatores associados com a iniciação do tabagismo

QUADRO 1 Fatores associados com a iniciação do tabagismo		
Ambientais	Sociodemográficos	Comportamentais/Individuais
Pais fumantes	Idade	<i>Performance</i> escolar
Atitudes dos pais	Etnia	Estilo de vida
Irmãs fumantes	Situação socioeconômica dos pais	Auto-estima
Ambiente familiar	Situação financeira pessoal	Atitudes para fumar
Amigos fumantes		Estresse
Atitudes e regras: grupo		Preocupações com a saúde

Extraído de "Preventing the uptake of smoking in young people". - NHS Centre for Reviews and Dissemination.<sup>(23)</sup>

**FONTE:** ARAÚJO *et al.* (2004).

## 5.5 Principais consequências do consumo crônico do cigarro

O tabagismo é, de longe, o fator de risco mais importante para DPOC. Fumantes têm maior prevalência de sintomas respiratórios e a obstrução das vias aéreas é mais comum entre fumantes que em não fumantes. O declínio acentuado do volume expiratório forçado no primeiro segundo em fumantes pode ser diminuído de forma considerável pela cessação do tabagismo, mesmo quando DPOC leve/moderada está presente. A idade de início do tabagismo, o número de anos/maço e o estado em relação à dependência são definidores da mortalidade por DPOC (WUNSCH FILHO *et al.*, 2010).

A DPOC é condição que se caracteriza por limitação ao fluxo aéreo, não totalmente reversível, usualmente progressiva e associada a resposta inflamatória do pulmão a partículas ou gases nocivos. Em 2000, a DPOC era a

quarta causa mais comum de morte no mundo e há previsão de que será a terceira causa no ano 2020(WUNSCH FILHO *et al.*, 2010).

As doenças intersticiais pulmonares representam um grupo heterogêneo de doenças pulmonares caracterizadas por dispnéia, tosse seca, infiltrados intersticiais difusos, padrão restritivo na função pulmonar e alteração da troca gasosa. Algumas doenças são relacionadas ao tabagismo: fibrose pulmonar idiopática (FPI), pneumonia intersticial descamativa (DIP), bronquiolite respiratória associada a doenças intersticiais (RBILD), doenças intersticiais associadas a colagenoses, histiocitose x doença das células Langerhans (WUNSCH FILHO *et al.*, 2010).

As alterações inflamatórias das doenças pulmonares ocupacionais e ambientais especialmente devido à exposição a poeiras minerais tais como: asbestose, silicose, pneumoconioses por poeiras mistas, pneumoconiose dos mineradores de carvão, pneumoconiose por metal pesado, beriliose, siderose, fibrose, entre outras, são intensamente potencializadas pelo uso do fumo crônico(BERTO *et al.*, 2010).

Estudos epidemiológicos têm encontrado forte associação entre o grau de dependência do cigarro(quantidade de cigarros/dia; tempo de exposição ao cigarro; tipo de cigarro) e o desenvolvimento de câncer de vários sítios como: pulmão, cavidade oral, laringe, esôfago, bexiga, rins, pâncreas, estômago, mama, cólon-retos e colo de útero(BERTO *et al.*, 2010).

O câncer de pulmão foi considerado a epidemia do século XX e continuará sendo neste novo século, caso medidas eficazes globais não forem tomadas, para barrar o avanço do tabagismo no sentido de mudar radicalmente este panorama no mundo contemporâneo. Quase todas as estatísticas mundiais vêm apontando nas últimas décadas aumento do carcinoma broncogênico em pelo menos 2% ao ano(WUNSCH FILHO *et al.*, 2010).

Doenças deletérias ao sistema nervoso central e doenças cardíacas também estão diretamente relacionadas ao consumo do cigarro. Seu grau de acometimento está diretamente relacionado ao tempo de exposição ao tabaco e a sua quantidade. Podemos incluir na lista desde doenças com acometimento agudo como AVC e IAM até aquelas de comprometimento lento como a doença de Alzheimer(BERTO *et al.*, 2010).

## 5.6 O abandono do cigarro

Para se obter êxito no tratamento do fumante, é fundamental que se dê igual atenção aos três aspectos da dependência à nicotina. Existem três aspectos da dependência à nicotina que devem ser considerados: a dependência física, a dependência psicológica e os condicionamentos ao fumar (BALBANI; MONTOVANI; 2005).

Segundo Santos (2011) o fumante é considerado dependente de nicotina, quando apresenta três ou mais dos seguintes sintomas nos últimos 12 meses:

- a) forte desejo ("fissura") ou compulsão para consumir a substância;
- b) dificuldade de controlar o uso da substância em termos de início, término ou nível de consumo;
- c) surgimento de síndrome de abstinência quando o uso da substância cessou ou foi reduzido;
- d) necessidade de doses crescentes da substância, evidenciando tolerância;
- e) abandono progressivo de outros prazeres ou interesses alternativos em favor do uso da substância e aumento da quantidade de tempo necessário para seu uso e/ou recuperação dos seus efeitos;
- f) persistência no uso da substância apesar da evidência clara de consequências nocivas à saúde.

Todo médico deve realizar uma abordagem básica em todos os seus pacientes e estimular nos fumantes a mudança de comportamento. Essa abordagem consiste em cinco procedimentos, a saber:

- Perguntar;
- Avaliar;
- Aconselhar;
- Preparar;
- Acompanhar.

Marques (2001) aponta que os grupos de autoajuda e a psicoterapia - individual ou em grupo - com sessões de aconselhamento são coadjuvantes eficazes no tratamento da dependência de nicotina. Isso é especialmente

significativo quando a dependência é acompanhada de outras afecções como a depressão e a ansiedade.

O aconselhamento ajuda a identificar as situações em que o tabagista busca o cigarro por um comportamento (após as refeições, ao tomar um café, em reuniões com amigos) ou circunstâncias emocionais (ansiedade, aborrecimentos). Com base nisso o fumante aprende estratégias para quebrar o vínculo entre esses fatores e o ato automático de fumar (ARAÚJO *et al.*, 2004).

Diante disso, percebeu-se que primeiro enfoque deverá ser com grupos de aconselhamento e acompanhamento, haja visto que em diversas revisões bibliográficas tem se mostrado um grande aliado para aqueles que lutam contra o tabagismo, além de fortalecer o vínculo entre comunidade e equipe de saúde(PRESMAN *et al.*, 2005).

O tratamento em grupo emprega essencialmente as mesmas técnicas que o individual, mas acredita-se que possa proporcionar algumas vantagens específicas, como maior suporte social e maior facilitação da discussão de situações de risco e meios de lidar com as mesmas. Especula-se se a facilitação da discussão de problemas, propiciada pelo grupo, contribua de modo específico para a efetividade dos tratamentos(BALBANI; MONTOVANI, 2005).

Sabe-se que um grande auxiliar na luta contra o cigarro são as terapias de reposição de nicotina e os ansiolíticos. Com isso, após análise individualizada de cada paciente presente no estudo, será criada uma lista com aqueles paciente que necessitam dessa intervenção, para buscar apoio com a secretaria municipal de saúde, na disponibilidade dessa medicação gratuitamente(BALBANI; MONTOVANI, 2005).

A TRN ajuda a reduzir a fissura por cigarros, bem como a minimizar e lidar com os sintomas da abstinência, de modo que o fumante possa tolerar melhor o abandono do hábito de fumar. Pesquisas mostram que fumantes que utilizam alguma forma de reposição de nicotina, juntamente com terapia comportamental, dobram a chance de abandonar o tabaco. É recomendável que os fumantes parem completamente de fumar antes de começar a usar os produtos de reposição de nicotina, uma vez que não se deve fumar quando estiverem fazendo a reposição.A reposição de nicotina pode ser feita utilizando

adesivo, goma de mascar, *spray* nasal, inalação e pastilhas. A bupropiona, é o ansiolítico de escolha, e deve ser recomendada como adjuvante da terapia cognitivo-comportamental (HAGGSTRÄM *et al.*, 2003).

Com todas essas medidas intervencionistas, busca-se por redução significativa nos índices de fumantes da comunidade, e assim atingir positivamente toda a comunidade através de alertas que internalizados dificultem a opção pelo cigarro.

## **6 PLANO DE AÇÃO**

Para realização do plano de ação foi utilizado como referencial teórico o material do módulo de Planejamento e Avaliação das Ações em Saúde do Curso de Especialização em Atenção Básica em Saúde da família, do NESCON/UFMG. Mediante diagnóstico situacional prévio, realizado junto à equipe, como uma das tarefas previstas no Curso de Especialização em Atenção Básica em Saúde da Família, foi feita uma avaliação dos principais problemas levantados pela equipe e pela comunidade.

### **6.1 Diagnóstico situacional**

Foram relacionados problemas de caráter socioambientais como: violência, tráfico de drogas, gravidez na adolescência, demanda aumentada de hipertensos e diabéticos. Outro problema identificado foi o aumento de problemas respiratórios relacionados ao consumo do cigarro, baixa adesão a tratamentos propostos pelo serviço de saúde, e ainda o problema de tempo restrito para realização de consultas de acolhimento, inversamente proporcional a demanda apresentada.

### **6.2 Definição dos problemas**

Após reunião com a equipe foram elencados os problemas de maior relevância, tendo sido escolhido o qual estava gerando maior impacto social na comunidade.

Em seguida, utilizando a metodologia da estimativa rápida criou-se planilha em que os seis principais problemas foram identificados e selecionados quanto à prioridade, da seguinte forma:

- Atribui-se valor “alto, médio, baixo” para a importância do problema;
- Distribuem-se pontos de acordo com sua urgência;
- Definiu-se a resolução do problema está dentro, fora, ou parcialmente dentro do espaço de governabilidade da equipe;
- Numeraram-se os problemas por ordem de prioridade a partir do resultado da aplicação dos critérios acima relacionados (Tabela 3).

<b>Principais Problemas</b>	<b>Importância</b>	<b>Urgência</b>	<b>Capacidade de enfrentamento</b>	<b>Seleção/prioridade</b>
<b>Hipertensão</b>	Alta	4	Parcial	2 <sup>o</sup>
<b>Diabetes</b>	Alta	4	Parcial	2 <sup>o</sup>
<b>Acolhimento</b>	Média	3	Parcial	3 <sup>o</sup>
<b>Drogas</b>	Alta	4	Parcial	4 <sup>o</sup>
<b>Gravidez na adolescência</b>	Alta	4	Parcial	3 <sup>o</sup>
<b>Adesão ao tratamento</b>	Média	3	Parcial	4 <sup>o</sup>
<b>Tabagismo</b>	Alta	5	Parcial	1 <sup>o</sup>

**TABELA 3:** Identificação e priorização dos problemas

**FONTE:** Autoria Própria (2015).

### **6.3 Priorização dos problemas**

Priorizou-se o tabagismo como problema principal, devido à alta incidência de fumantes em nossa área de atuação, além dos problemas decorrentes dessa prática como exacerbações de crises respiratórias e, e conseqüentemente o aumento na demanda por consultas de acolhimento. Foi observado também que a equipe precisaria se capacitar e ter apoio junto aos

órgãos responsáveis (Secretaria de Saúde) devido à complexidade e importância do problema, afim de, criar planos de intervenção eficazes.

#### **6.4 Como o Problema foi Identificado?**

O problema priorizado pôde ser identificado pelos profissionais da unidade nas consultas, e após análise dos dados que evidenciaram um aumento significativo na taxa de fumantes nos últimos 5 anos. Acarretou também nesse período, um aumento na demanda de atendimentos decorrentes de crises respiratórias, e no difícil controle das patologias crônicas em pacientes fumantes.

#### **6.5 Descrição e explicação do problema**

O tabaco é uma erva que o ser humano tem utilizado por processo inalatório há mais de 300 anos. A planta ganhou o nome de *Nicotiana* após Jean Nicot, um embaixador francês em Portugal, que em 1560 exaltou em público a virtude do tabaco como agente curativo. A espécie *Nicotiana tabacum* é hoje a principal fonte do tabaco fumado e a única espécie cultivada no Estados Unidos (ARAÚJO *et al.*, 2004).

O tabagismo é considerado um dos principais problemas de saúde pública, e, no mundo, milhões de pessoas são atingidas pelos seus efeitos. Cerca de 1,2 bilhão de pessoas fumam. Aproximadamente quatro milhões de pessoas morrem ao ano por doenças associadas ao tabagismo. Nos Estados Unidos, o tabagismo provoca 400 mil mortes ao ano, maior que a soma de mortes provocadas pelo uso de álcool e de todas as outras drogas de abuso juntas (WHO, 2003).

Por esse motivo, ficou evidenciado pela equipe de saúde do PSF Santos Reis, que seria essencial a criação de programas que enfatizassem a importância em abandonar o tabagismo e a prevenção no início da prática, principalmente em adolescentes. Também notou-se a importância da tomada de consciência e educação da população quanto aos fatores de risco para o início da prática e a orientação para buscar ajuda tanto para prevenir o início do tabagismo, bem como para parar de fumar.

## 6.6 Nós Críticos

A identificação das causas de um problema é fundamental. Fazendo uma avaliação detalhada, poderemos identificar entre as várias causas, quais devem ser atacadas para impactar o problema principal e assim realmente transformá-lo. Para realizar essa análise utiliza-se o conceito de nó crítico (CAMPOS; FARIA; SANTOS, 2010).

Dias e Savassi (2007) apontam que para um problema ser considerado um nó crítico ele precisa ser capaz de mudar positivamente o vetor descritor do problema, ser politicamente oportuno e estar dentro da governabilidade dos atores envolvidos.

- Falta de capacitação dos profissionais de saúde.
- Baixo nível socioeconômico;
- Falta de educação em saúde;
- Baixa participação nas consultas de rotina.

## 6.7 Desenho das operações

Segundo Campos, Faria e Santos (2010) após a identificação e a explicação das causas do problema, parte-se para o próximo passo, que é a elaboração do plano de ação que encaminha estratégias e soluções para enfrentamento do problema. Assim faz-se necessário relatar as operações para o enfrentamento das causas identificadas como “nós críticos”. Após são identificados produtos e resultados para cada operação e, finalmente selecionar recursos indispensáveis para a implantação e implementação das operações.

**Tabela 4:** Desenho de operações para combate ao tabagismo.

<b>Nó crítico</b>	<b>Operação/ projeto</b>	<b>Resultados Esperados</b>	<b>Produtos Esperados</b>	<b>Recursos Necessários</b>
	<b>Aprendendo a cuidar!</b> Melhorar o	Garantia de atendimento inte gral e	- Capacitação de pessoal; - Programa de	- Financeiro: para aquisição de material

<p><b>Falta de capacitação dos profissionais de saúde.</b></p>	<p>acolhimento dos pacientes fumantes em consulta de rotina, através da capacitação da equipe.</p>	<p>acompanhamento médico,principalmente enfatizando a importância em cessar o tabagismo.</p>	<p>acompanhamento e acolhimento para os fumantes que desejam abandonar o vício.</p>	<p>informativo; - Político: Decisão de aumentar os recursos para estruturação do serviço; Cognitivo: Desenvolvimento do programa de acompanhamento.</p>
<p><b>Baixo nível socioeconômico;</b></p>	<p><b>SOS TABAGISMO</b> Oferecer palestras para auxiliar no processo de abandono do cigarro e orientações quanto as medicações no auxílio desse processo.</p>	<p>Orientar os pacientes e oferecer apoio psicológico durante o processo de abandono do cigarro.</p>	<p>- Processo de abandono do vício de forma mais tranqüila e menos dificultosa.</p>	<p>- Financeiro: Contar com a secretaria de saúde do município para disponibilizar os medicamentos necessários.</p>
<p><b>Falta de educação em saúde;</b></p>	<p><b>Saúde na escola</b> Implantar e gerenciar o programa de saúde na escola de forma integral, contínua, e com promoção em saúde visando orientações quanto os malefícios do cigarro.</p>	<p>-Assumir e promover educação em saúde nas escolas, juntamente com a secretária de educação e não deixar apenas sob responsabilidade desta. -Implantar o projeto de forma sólida na grade curricular.</p>	<p>-Diminuição do número de fumantes na adolescência;</p>	<p>-Cognitivo: Preparação de palestras. -Político: Entrar em contato com a secretária de educação. -Financeiro: Confecção de material educativo (folders, cartazes e cartilhas).</p>

<b>Baixa adesão ao acompanhamento</b>	<b>Projeto livre do cigarro!</b> Atender separadamente e os fumantes de maneira individualizada, contando com apoio de psicólogos e de toda equipe multidisciplinar.	Oferecer tratamento humanizado e individualizado a este grupo tendo em vista a sua complexidade. Contar com a participação de psicólogos e assistentes sociais durante a realização dos grupos.	-Aumentar a adesão e participação no processo de cessação do tabagismo desde seu início. -Apoio integral (social e psicológico) a este grupo.	Cognitivo: Desenvolvimento e execução do grupo. Político: Mobilizar a secretaria de saúde para disponibilização do psicólogo para realização dos grupos.
---------------------------------------	---	---	--	---

**FONTE:** Autoria Própria(2015).

## 6.7 ELABORAÇÃO DO PLANO OPERATIVO

Para Campos, Faria e Santos (2010) este momento possui a finalidade de designar os indivíduos responsáveis por cada operação, além de definir os prazos para execução das mesmas. Tal etapa corresponde ao cronograma do plano de ação, que está representada na Tabela 5.

**TABELA 5:** Cronograma do plano de ação

<b>Operação/ projeto</b>	<b>Resultados Esperados</b>	<b>Produtos Esperados</b>	<b>Ações Estratégicas</b>	<b>Responsável</b>	<b>Prazo / Avaliação</b>
<b>Aprendendo a cuidar!</b>	Garantia de atendimento humanizado e integral e acompanhamento médico, de enfermagem, psicológico entre outros para o fumante e família.	- Capacitação de pessoal; - Programa de acompanhamento do tabagista	Mobilização da ESF	Toda Equipe de Saúde da ESF.	Início em 2 meses Avaliação em 6 meses

<b>SOS TABAGISMO</b>	Oferecer palestras para auxiliar no processo de abandono do cigarro e orientações quanto as medicações no auxílio desse processo.	Orientar os pacientes e oferecer apoio psicológico durante o processo de abandono do cigarro.	Sensibilizar as empresas da importância social do projeto.	Equipe de Saúde, médico e enfermeira .	Apresentação do projeto para as empresas – 4 meses Iniciação do projeto – 6 meses Avaliação 12 meses
<b>Saúde na escola</b>	-Assumir e promover educação em saúde nas escolas, juntamente com a secretária de educação e não deixar apenas sob responsabilidade desta. -Implantar o projeto de forma sólida na grade curricular.	-Diminuição do número de fumantes na adolescência.	Ação conjunta da Equipe de Saúde e secretaria de saúde, junto com as escolas e secretaria de educação.	Equipe de saúde, enfermeira e dois técnicos de enfermagem.	Início do projeto 2 meses  Avaliação – 6 meses
<b>Projeto Livre do cigarro!</b>	Atender separadamente os fumantes de maneira individualizada, contando com apoio de psicólogos e de toda equipe multidisciplinar	Oferecer tratamento humanizado e individualizado a este grupo tendo em vista a sua complexidade. Contar com a participação de psicólogos e assistentes sociais durante a realização dos grupos.	-Aumentar a adesão e participação no processo de cessação do tabagismo desde seu início. -Apoio integral (social e psicológico)	Psicólogos da Equipe de saúde.	Início 4 meses Avaliação – 6 meses

			a este grupo.		
--	--	--	---------------	--	--

**FONTE:** Autoria Própria (2015).

## 6.8 RESULTADOS E DISCUSSÃO

Apesar de todo o conhecimento científico acumulado sobre o tabagismo como fator de risco de doenças graves e fatais, sobre a sua própria condição de doença crônica ligada à dependência da nicotina, e embora o consumo de tabaco, sobretudo de cigarros, venha caindo na maioria dos países desenvolvidos, o consumo global aumentou cerca de 50% durante o período de 1975 a 1996, às custas do crescimento do consumo em países em desenvolvimento. Nesse período, o consumo cresceu 8% na China, 6,8% na Indonésia, 5,5% na Síria e 4,7% em Bangladesh (WORLD BANK, 1999; WHO, 2001b).

Dessa forma, toda e qualquer ação dirigida ao controle do tabagismo deve ter um foco muito além da dimensão do indivíduo, buscando abarcar tanto as variáveis sociais, políticas e econômicas que contribuem para que tantas pessoas ainda comecem a fumar quanto os fatores que aqueles que se tornaram dependentes parem de fumar e se mantenham abstinentes(CAVALCANTE, 2005).

As ações educativas foram dirigidas a diferentes grupos-alvo e teve como objetivos disseminar informações sobre os malefícios do tabaco, sobre cessação de fumar; mobilizar apoio da comunidade, sobretudo dos adultos para prevenção da prática em adolescentes.

As ações para promover a cessação de fumar teve como objetivo motivar fumantes a deixar de fumar, aumentar o acesso dos mesmos a métodos eficazes para cessação do tabagismo e apoio integral durante esse período. Nesse sentido, o programa atuou através de grupos de apoio e busca ativa para a cessação de fumar pelos ACS, orientações básicas para deixar de fumar pela abordagem cognitivo-comportamental breve. Outra atividade, nesse grupo de ações, relaciona-se ao processo de capacitação de profissionais de saúde na abordagem breve, com o objetivo de motivá-los e instrumentalizá-los para que insiram essa abordagem nas suas rotinas de atendimento.

Com todo esse programa desenvolvido, percebeu-se uma diminuição significativa nos índices de tabagistas, bem como diminuição na incidência em novos fumantes adolescentes.

Foi estabelecido durante esse processo, um maior vínculo entre comunidade e equipe de saúde, sendo primordial para o sucesso do projeto. A demanda por consultas de acolhimento advindas por crises respiratórias apresentou diminuição satisfatória e assim retomou-se o controle na agenda habitual.

Houve redução nas medicações da maioria da população fumante, devido ao difícil controle das patologias crônicas inicialmente, e que aos poucos foram reduzindo proporcionalmente ao controle apresentado.

## 7 CONSIDERAÇÕES FINAIS

O tabagismo é um dos mais importantes problemas de saúde pública característico apenas da espécie humana. Apesar dos 40 anos passados desde o primeiro documento governamental (*Surgeon General Report*) sobre os prejuízos do fumo à saúde, o mesmo persiste como uma das principais causas preveníveis de morte no mundo (CAVALCANTE, 2005).

O mais recente relatório sobre fumo e saúde – *28th Surgeon General Report* – publicado em 27 de maio de 2004, enfatiza não apenas os malefícios do fumo já conhecidos, como aponta os danos causados pelo fumo em, praticamente, cada órgão do corpo humano. Alguns dos novos achados desse relatório podem ser assim sumarizados:

- O fumo pode causar câncer em locais do organismo ainda não bem estabelecidos na literatura previamente existente, tais como: rim, cérvix uterino e medula óssea;
- O fumo interfere na saúde geral do indivíduo. Efeitos adversos do fumo iniciam antes do nascimento e continuam ao longo da vida. O fumo causa catarata e contribui para o desenvolvimento da osteoporose, aumentando assim o risco de fratura no idoso;
- No período de 1995-1999, o fumo causou 440.000 mortes prematuras nos EUA, anualmente, levando a 13,2 anos potenciais de vida perdidos nos homens fumantes e a 14,5 anos perdidos nas mulheres fumantes.

Percebe-se então, que o uso crônico do cigarro pode causar diversos problemas deletérios para o indivíduo e todos os que o cerca. Citamos não apenas os agravos de doenças crônicas já existentes, bem como o surgimento de novas patologias que provavelmente seriam evitadas se não houvesse a prática do tabagismo.

Ainda ressalta-se a questão de conflito social advindo de problemas financeiros para o custeamento do vício e a introdução de novas modalidades de drogas ou uso de álcool acarretando alteração de toda estrutura familiar estabelecida.

A nicotina é uma droga que apresenta alto poder de modificar a biologia e fisiologia do cérebro, sendo fortemente indutora de dependência.

Fatores individuais, sociais e ambientais são importantes no desenvolvimento desta adição, que passa por aprendizado do uso da droga. Está relacionado ao controle intuitivo de emoções, passando por uma fase inicial de aversão. O papel da neurobiologia e da genética da adição tabágica só agora começa a ser desvendado.

Por esses fatores, o ex-fumante corre risco de recaída quando do consumo eventual (lapso) de tabaco. Esses fundamentos psicológicos e neurobiológicos formam a base para a compreensão das intervenções farmacológicas e comportamentais.

Com base na literatura revisada e discutida para a elaboração do presente trabalho, concluiu-se que:

- A equipe de saúde da família é de suma importância não apenas para o abandono do vício, mas principalmente para a prevenção da prática precoce;
- Uma equipe bem treinada e embasada cientificamente sabe lidar com toda problemática que cerca o enfoque principal;
- Ressalta-se também que, a secretaria de saúde deve manter disponibilidade para lidar com os problemas específicos de cada micro área e o apoio no que a equipe necessitar;
- Para o sucesso na abordagem e tratamento dos tabagistas deve-se atender de forma diferenciada e integral os tabagistas, sabendo que cada um apresenta sua peculiaridade;
- Uma abordagem eficaz na atenção primária reflete uma menor sobrecarga na demanda da atenção secundária, e conseqüentemente, menores gastos com a previdência decorrente de menores índices na morbimortalidade.
- Vencer o tabagismo requer uma equipe multidisciplinar que esteja apta e dedicada a diminuir esta prática, bem como indivíduos neste vício com o forte desejo de vencê-lo.
- Ações intersetoriais são de extrema importância para que sejam somados esforços para se enfrentar os problemas a serem solucionados.

## 8 REFERÊNCIAS

- American Psychiatric Association. Practice guideline for the treatment of patients with nicotine dependence. **Am J Psychiatry** 1996;151:1-31.
- ARAÚJO, A. J. *et al.* Diretrizes para cessação do tabagismo. **Jornal brasileiro de pneumologia**, v. 30, p. S1-S76, 2004.
- BALBANI, A. P. S.; MONTOVANI, J. C. Métodos para abandono do tabagismo e tratamento da dependência da nicotina. **Rev Bras Otorrinolaringol**, v. 71, n. 6, p. 820-7, 2005.
- BERTO, S. J. P. *et al.* Tabagismo associado a outros fatores comportamentais de risco de doenças e agravos crônicos não transmissíveis Smoking associated with other behavioral risk factors for chronic non-communicable diseases. **Cad. saúde pública**, v. 26, n. 8, p. 1573-1582, 2010.
- BRASIL. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Dados estatísticos sobre o tabagismo. **Censo demográfico**. Brasília (DF): IBGE; 2010.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Dados estatísticos sobre o tabagismo. **Datasus**. Brasília (DF): MS; 2013
- BRASIL. ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. Dados estatísticos sobre o tabagismo. **Relatório Mundial**. Brasília (DF): OMS; 2013.
- CAMPOS, F. C. C.; FARIA, H. P.; SANTOS, M. A. **Planejamento e Avaliação das Ações em Saúde**. 2ª ed. Belo Horizonte: Coopmed, 2010.
- CASTRO, M. R. P.; MATSUO, T.; NUNES, S. O. V. Características clínicas e qualidade de vida de fumantes em um centro de referência de abordagem e tratamento do tabagismo. **J bras Pneumol**, v. 36, n. 1, p. 67-74, 2010.
- CASTRO, M. G. *et al.* Qualidade de vida e gravidade da dependência de tabaco. **Rev. psiquiatr. clín.**, São Paulo, v. 34, n. 2, p. 61-67, 2007.
- CAVALCANTE, T. M. O controle do tabagismo no Brasil: avanços e desafios. **Rev psiquiatr clín**, v. 32, n. 5, p. 283-300, 2005.
- DIAS, R. B; SAVASSI, L. C. M. **Planejamento de Ações na Equipe**. Grupo de Estudos em Saúde da Família (GESF), 2007.
- ESCOLA DE MEDICINA PAULISTA. Centro brasileiro de informações sobre drogas psicotóxicas, Departamento de psicobiologia, SÃO PAULO (SP): UNIFESP, 2015.
- HAGGSTRÄM, F. M. *et al.* Tratamento do tabagismo com bupropiona e reposição nicotínica. **J Pneumol**, v. 27, n. 5, p. 255-61, 2001.
- HAXBY, D. G. Treatment of nicotine dependence. **Am Health Syst Pharmacol** 1995;52:265-81.
- IGLESIAS, R. *et al.* Documento de discussão-saúde, nutrição e população (HNP) Controle do tabagismo no Brasil: resumo executivo. **Epidemiologia e Serviços de Saúde**, v. 17, n. 4, p. 301-304, 2008.

MALCON, M. C.; MENEZES, A. M. B.; CHATKIN, M. Prevalência e fatores de risco para tabagismo em adolescentes. **Rev. Saúde Pública**, São Paulo, v. 37, n. 1, p. 1-7, fev. 2003 .

MARQUES, A. C. P. R.*et al.* Consenso sobre o tratamento da dependência de nicotina. **Rev. Bras. Psiquiatr.**São Paulo, v. 23, n. 4, p. 200-214, dez. 2001.

MELISKA, C. J.; GILBERT, D. G. Hormonal and subjective effects of smoking the first five cigarettes of the day: a comparison in males and females. **Pharmacol Biochem Behav** 1991;40:229-35.

OLUFADE, A. *et al.* Development of the Smoking Cessation Quality of Life Questionnaire. **Clin Ther** 21(12):2113-2130, 1999.

RAMADAM, Z. B. A. Tabagismo: dos fundamentos ao tratamento. **Rev. psiquiatr. clín.**, São Paulo, v. 35, n. 1, p. 35-36, 2008.

RODRIGUES, V. S.; SILVA, J. G.; OLIVEIRA, M. S. Habilidades sociais e tabagismo: uma revisão de literatura. **Arq. bras. psicol.**, Rio de Janeiro, v. 63, n. 1, 2011.

RONDINA, R. C.; GORAYEB, R.; BOTELHO, C. Relação entre tabagismo e transtornos psiquiátricos. **Rev. psiquiatr. clín. (São Paulo)**, v. 30, n. 6, p. 221-228, 2003.

SANTOS, J. D. P.*et al.* Instrumentos para avaliação do tabagismo: uma revisão sistemática. **Ciênc. saúde coletiva**, v. 16, n. 12, p. 4707-4720, 2011.

SANTOS, S. R.*et al.* Perfil dos fumantes que procuram um centro de cessação de tabagismo. **J bras pneumol**, v. 34, n. 9, p. 695-701, 2008.

SECRETAN,B.*et al.*A review of human carcinogens - Part E: tobacco, areca nut, alcohol, coal smoke, and salted fish. **Lancet Oncol** 2009; 10: 1033-4.

SPINK, M. J. P.; LISBOA, M. S.; RIBEIRO, F. R. G. A construção do tabagismo como problema de Saúde Pública: uma confluência entre interesses políticos e processos de legitimação científica. **Interface (Botucatu)**, Botucatu, v. 13, n. 29, p. 353-365, June 2009.

The WHOQOL GROUP. The World Health Organization Quality of Life Instruments (WHOQOL): development and general psychometric properties. **Soc Sci Med** 46(12):1569-1585, 1998.

WUNSCH FILHO, V.*et al.* Tabagismo e câncer no Brasil: evidências e perspectivas. **Rev. bras. epidemiol.**, São Paulo , v. 13, n. 2, p. 175-187, June 2010.

WAKEFIELD, M. A. *et al.* Effect of restrictions on smoking at home, at school, and in public places on teenage smoking: cross sectional study. **BMJ** 2000;321:333-7. **CA Cancer J Clin** 2003;53: 102-23.