

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

JOÃO ALVES PEREIRA

**PLANO DE INTERVENÇÃO PARA ENFRENTAMENTO DO
TABAGISMO EM UNIDADE BÁSICA DE SAÚDE DE JANAÚBA/MG**

Montes Claros / Minas Gerais

2014

JOÃO ALVES PEREIRA

**PLANO DE INTERVENÇÃO PARA ENFRENTAMENTO DO
TABAGISMO EM UNIDADE BÁSICA DE SAÚDE DE JANAÚBA/MG**

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado ao
Curso de Especialização em Atenção Básica em
Saúde da Família, Universidade Federal de Minas
Gerais, para obtenção do Certificado de Especialista.

Orientadora: Profa. Agma Leozina Viana Souza

Montes Claros
2014

JOÃO ALVES PEREIRA

**PLANO DE INTERVENÇÃO PARA ENFRENTAMENTO DO
TABAGISMO EM UNIDADE BÁSICA DE SAÚDE DE JANAÚBA/MG**

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado ao
Curso de Especialização em Atenção Básica em
Saúde da Família, Universidade Federal de Minas
Gerais, para obtenção do Certificado de Especialista.

Orientadora: Profa. Agma Leozina Viana Souza

Banca Examinadora

Profa.: Agma Leozina Viana Souza - Orientadora

Profa.: Silvana Spindola de Miranda - Examinadora

Aprovado em Belo Horizonte: 07 / 06 / 2014

Ao meu pai, João Arruda, hoje,
habitante de meu coração!

AGRADECIMENTOS

Primeiramente a DEUS, por todos os dons com os quais tem me presenteado.

A minha família pelo amor incondicional.

A minha esposa Sueli, pelo amor e dedicação.

A minha orientadora Agma Leozina Viana Souza pelo apoio e dedicação.

Aos amigos da UBS Herlinda Silveira pela amizade sincera, ajuda e companheirismo.

Aos amigos da Secretaria de Saúde de Janaúba pelo apoio importante.

Aos amigos do PROVAB pelo apoio e pela amizade importantes.

A todos que, de alguma forma contribuíram para a realização deste trabalho.

“Ao longo dos séculos, quem sofre dessa doença [câncer] foi submetido a quase todas as formas concebíveis de experiência. Os campos e florestas, a farmácia e o templo foram saqueados em busca de algum tipo de alívio para essa doença intratável. Quase nenhum animal escapou de dar a sua contribuição, fosse com pele ou pelo, dente ou unha, timo ou tireóide, fígado ou baço, na vã busca de alívio”.

(William Bainbridge)

“Certamente [...] era preciso estar surdo, mudo e cego para não estar ciente dos perigos expressos, reais ou imaginários, do ato de fumar cigarros”.

(Carta aberta da indústria tabagista americana, 1988).

RESUMO

Este trabalho teve o objetivo de elaborar um projeto de intervenção para aumento da adesão ao tratamento do tabagismo na área de atuação da equipe de saúde José Valter Araújo em Janaúba (MG). Foi realizada uma revisão bibliográfica narrativa, visando esclarecer sobre a dificuldade de adesão dos tabagistas ao tratamento. Para tanto, foi realizada uma busca por artigos publicados nos últimos dez anos e indexados na *Scientific Electronic Library Online* (SciELO) e na Biblioteca Virtual em Saúde (BVS). Também foram utilizados sites institucionais e manuais do Ministério da Saúde. A palavra-chave pesquisada foi tabagismo. A pesquisa foi refinada pela expressão “tratamento do tabagismo”. Foram encontrados 58 trabalhos que tratam do tema proposto. O tabagismo é compreendido como o hábito de consumir produtos que contenham tabaco e que nos quais a nicotina seja o princípio ativo. O tabagismo é considerado uma pandemia pela OMS. Atualmente há aproximadamente 1,1 bilhão de fumantes no mundo. Estimativas apontam que, em 2015, o tabaco seja responsável por 10% dos óbitos globais. No Brasil, o tabagismo é o responsável por 200 mil mortes anuais. O impacto sobre a saúde advindo do uso do tabaco é amplamente conhecido. O uso do tabaco é responsável por 90% dos tumores pulmonares, 75% das bronquites crônicas e 25% das doenças isquêmicas do coração. Segundo a OMS, a cada 8 segundos morre uma pessoa no mundo devido ao tabaco. As intervenções farmacológicas e comportamentais são as opções de tratamento existentes. Os medicamentos ajudam no manejo dos sintomas da síndrome de abstinência à nicotina. São largamente utilizados os agentes nicotínicos na Terapia de Reposição de Nicotina (TRN) e os antidepressivos. A TRN e a bupropiona são os fármacos de primeira linha. A nortriptilina e a clonidina são consideradas de segunda linha. O tratamento não-farmacológico consiste em técnicas de psicoeducação, reforço da auto-eficácia, suporte e encorajamento da relação terapêutica. A técnica mais difundida é a Terapia Cognitivo-Comportamental. O fumante geralmente apresenta um estado de ambivalência diante dos sintomas da abstinência e da vontade de abandonar o vício. A maioria dos fumantes relata que decidiu parar de fumar por problemas de saúde ou devido a problemas sociais. Os fatores que mais impactam na adesão ao tratamento são a motivação, a dependência da nicotina, a síndrome da abstinência à nicotina e a possibilidade de ganhar peso. O plano de ação proposto visa minimizar o problema da alta prevalência de câncer relacionado ao tabagismo identificado na área de atuação da equipe de saúde. Trata-se de um plano abrangente, que visa minimizar o risco de se adquirir câncer com foco no controle do tabagismo. As propostas são modificar hábitos e estilos de vida, fomentar a cultura de paz, aumentar os níveis de informação da população sobre os riscos de se adquirir câncer, melhorar os serviços para o atendimento dos tabagistas e implantar programas de controle de tabagismo no município. Optou-se por contemplar as propostas que estavam dentro do espaço de governabilidade de uma equipe de saúde da família e as que poderiam contar com a participação de outros atores sociais, como a associação de moradores do bairro.

Descritores: Tabagismo; Câncer; Abandono do uso de tabaco.

ABSTRACT

This study aimed to develop an intervention project to increase adherence to treatment for smoking on the scope of the health team José Valter Araújo em Janaúba (MG). A literature review narrative, to clarify about the difficulty of adherence to treatment of smokers was performed. Therefore, a search for articles published in the last ten years and indexed in *Scientific Eletronic Library Online* (SciELO) and the Virtual Health Library (VHL) was performed. Institutional sites and manuals from the health ministry were also used. The keyword was searched are smoking. Search was refined by the expression smoking cessation treatment. 58 works that address the proposed topic were found. Smoking is understood as the habit of consuming products containing tobacco and nicotine in which is the active principle. Smoking is considered a pandemic by World Health Organization (WHO). Currently there are about 1.1 billion smokers in the world. Estimates suggest that by 2015, tobacco is responsible for 10% of global deaths. In Brazil, smoking is responsible for 200,000 deaths annually. The impact on health arising from tobacco use is widely known. Tobacco use is responsible for 90% of lung tumors, 75% of chronic bronchitis and 25% of ischemic heart disease. According to WHO, every 8 seconds a person dies in the world due to tobacco. The pharmacological and behavioral interventions are the treatment options available. The drugs help in managing the symptoms of nicotine withdrawal syndrome. Are widely used nicotinic agents on Nicotine Replacement Therapy (NRT) and antidepressants. NRT and bupropion are the first-line drugs. Nortriptyline and clonidine are considered second line. The non-pharmacological treatment consists of psychoeducation techniques, enhancing self-efficacy, support and encouragement of the therapeutic relationship. The most widespread technique is Cognitive Behavioral Therapy. The smoker usually has a state of ambivalence toward the withdrawal symptoms and desire to quit the habit. Most smokers report that decided to quit smoking for health reasons or due to social problems. The factors that impact treatment adherence are motivation, nicotine addiction, the nicotine withdrawal syndrome and the possibility of gaining weight. The proposed action plan seeks to minimize the problem of the high prevalence of smoking-related identified on the scope of the health team cancer. It is a comprehensive plan, which aims to minimize the risk of acquiring cancer with a focus on tobacco control. Proposals are changing habits and lifestyles, fostering a culture of peace, increase levels of informing the public about the risks of acquiring cancer, improve services for the care of smokers and implement tobacco control programs in the city. We opted to include the proposals that were within area of governance are a team of family health and that could include the participation of other social actors, such as the association of neighborhood residents.

Descriptors: Smoking; Cancer; Tobacco use cessation.

RESUMEN

Este estudio tuvo como objetivo desarrollar un proyecto de intervención para aumentar la adherencia al tratamiento para el consumo de tabaco en el ámbito del equipo de salud José Valter Araújo em Janaúba (MG). Se realizó una revisión de la literatura narrativa, para aclarar acerca de la dificultad de adherencia al tratamiento de los fumadores. Por lo tanto, se realizó una búsqueda de artículos publicados en los últimos diez años e indexados en la *Scientific Electronic Library Online* (SciELO) y la Biblioteca Virtual en Salud (BVS). También se utilizaron los manuales institucionales y páginas web del Ministerio de Salud de Brasil. La palabra clave fue registrada fumar. La búsqueda se refina por "el tratamiento para dejar de fumar". Se encontraron 58 trabajos que abordan el tema propuesto. Fumar es entendida como el hábito de consumir productos que contienen tabaco y nicotina en los cuales es el principio activo. El tabaquismo es considerado una pandemia por la Organización Mundial de la Salud (OMS). En la actualidad hay alrededor de 1,1 millones de fumadores en el mundo. Las estimaciones indican que para el año 2015, el tabaco es responsable del 10% de las muertes a nivel mundial. En Brasil, el tabaco es responsable de 200.000 muertes al año. El impacto sobre la salud derivados del consumo de tabaco es ampliamente conocida. El consumo de tabaco es responsable de 90% de los tumores de pulmón, 75% de la bronquitis crónica y el 25% de la enfermedad isquémica del corazón. Según la OMS, cada 8 segundos muere una persona en el mundo debido al tabaco. Las intervenciones farmacológicas y conductuales son las opciones de tratamiento disponibles. Los medicamentos ayudan a controlar los síntomas del síndrome de abstinencia de la nicotina. Son ampliamente utilizados agentes nicotínicos en la terapia de reemplazo de nicotina (NRT) y antidepresivos. NRT y el bupropión son los fármacos de primera línea. Nortriptilina y clonidina se consideran segunda línea. El tratamiento no farmacológico consiste en técnicas de psicoeducación, una mayor autoeficacia, apoyo y fomento de la relación terapéutica. La técnica más extendida es la Terapia Cognitivo-Conductual. El fumador suele tener un estado de ambivalencia hacia los síntomas de abstinencia y el deseo de dejar el hábito. La mayoría de los fumadores reportan que decidió dejar de fumar por razones de salud o debido a los problemas sociales. Los factores que de adherencia al tratamiento de impacto son la motivación, la adicción a la nicotina, el síndrome de abstinencia de la nicotina y la posibilidad de aumentar de peso. El plan de acción propuesto trata de minimizar el problema de la alta prevalencia de la relacionada con el tabaco se identifica en el ámbito del cáncer de equipo de salud. Es un plan integral, que tiene como objetivo minimizar el riesgo de contraer cáncer con un enfoque en el control del tabaco. Las propuestas están cambiando los hábitos y estilos de vida, el fomento de una cultura de paz, aumentar los niveles de información de la población sobre los riesgos de contraer cáncer, mejorar los servicios para el cuidado de los fumadores e implementar programas de control del tabaco en la ciudad. Nos decidimos a incluir las propuestas que se encontraban dentro del ámbito de la gobernanza de un equipo de salud de la familia y que podría contar con la participación de otros actores sociales, tales como la asociación de vecinos del barrio.

Descriptor: Hábito de Fumar; Cáncer; Cese del Uso de Tabaco.

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

Fig.1	Eric Lawson, cowboy da Marlboro morto em 2014	25
Fig.2	Árvore explicativa (Adaptação).	47
Qua.1	Classificação de prioridades	46
Qua.2	Descritores do problema	46
Qua.3	Desenho de projeto para solução dos “nós” críticos	48
Qua.4	Recursos críticos para operação de solução do problema	49
Qua.5	Propostas de ações para a motivação dos atores	50
Qua.6	Plano operativo	51
Qua.7	Planilha para acompanhamento do plano operativo	52

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

AA – Alcoólicos Anônimos

ACS – Agentes Comunitários de Saúde

APS – Atenção Primária a Saúde

ASPA – Ambulatório de Substâncias Psicoativas

AVE – Acidente Vascular Encefálico

BVS – Biblioteca Virtual em Saúde

CDC – Centro de Controle e Prevenção de Doenças

CEABSF – Curso de Especialização em Atenção Básica em Saúde da Família

CID-10 – 10ª Revisão da Classificação Internacional de Doenças

CQCT – Convenção-Quadro para o Controle do Tabaco

DALY – *Disability Adjusted Life Years*

DC – Doença Coronariana

DCV – Doenças Cardiovasculares

DIC – Doenças Isquêmicas do Coração

DPOC – Doença Pulmonar Obstrutiva Crônica

ES – Equipe de Saúde

EUA – Estados Unidos da América

FCD – Fumantes Correntes Diário

FCT – Fumantes Correntes Total

HAS – Hipertensão Arterial Sistêmica

IBGE – Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística

IBM – Intervenção Breve Motivacional

IMAO – Inibidores da Monoaminoxidase

INCA – Instituto Nacional do Câncer

LMA – Leucemia Mielóide Aguda

MG – Minas Gerais

MS – Ministério da Saúde

OMS – Organização Mundial da Saúde

OPAS – Organização Pan-americana de Saúde

PNCC – Política Nacional de Controle do Câncer

PNCT – Política Nacional de Controle do Tabaco

PNCTOFRFC – Programa Nacional de Controle do Tabagismo e Outros Fatores de Risco de Câncer

PROVAB – Programa de Valorização dos Profissionais da Atenção Básica

PS – Promoção da Saúde

RS – Rio Grande do Sul

SCIELO – Scientific Electronic Library Online

SF – Saúde da Família

SIAB – Sistema de Informação da Atenção Básica

SIVT – Sistema Internacional de Vigilância do Tabagismo

SMS – Secretaria Municipal de Saúde

SMSI – Síndrome da Morte Súbita na Infância

SNC – Sistema Nervoso Central

SUS – Sistema Único de Saúde

TCC – Trabalho de Conclusão de Curso

TCE – Traumatismo Cranioencefálico

TCCO – Terapia Cognitivo-Comportamental

TRN – Terapia de Reposição de Nicotina

UAPS – Unidade de Atenção Primária à Saúde

UNICAMP – Universidade Estadual de Campinas

VTUAS – Vigilância de Tabagismo em Universitários da Área da Saúde

SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO	14
2	JUSTIFICATIVA	17
3	OBJETIVOS	18
3.1	OBJETIVO GERAL	18
3.2	OBJETIVOS ESPECÍFICOS	18
4	METODOLOGIA	19
5	REFERENCIAL TEÓRICO	20
5.1	A ORIGEM DO TABACO	20
5.2	O QUE É TABAGISMO	22
5.3	O TABAGISMO NO MUNDO	23
5.4	O TABAGISMO NO BRASIL	26
5.5	O TABAGISMO EM MINAS GERAIS	29
5.6	AS CONSEQUÊNCIAS DO TABAGISMO PARA A SAÚDE	30
5.7	A CONVENÇÃO-QUADRO PARA O CONTROLE DO TABACO	32
5.8	A ATUAÇÃO DA CONICQ	34
5.9	O PROGRAMA NACIONAL DE CONTROLE DO TABAGISMO	35
5.10	O TRATAMENTO DO TABAGISMO	38
5.11	ADESÃO DOS TABAGISTAS AO TRATAMENTO	43
6	PLANO DE AÇÃO / INTERVENÇÃO	46
7	RESULTADOS E DISCUSSÕES	54
8	CONSIDERAÇÕES FINAIS	55
	REFERÊNCIAS	56

1 – INTRODUÇÃO

Este trabalho foi realizado no município de Janaúba, Minas Gerais (MG), no período compreendido entre junho de 2012 e junho de 2013.

As atividades de educação em serviço desenvolvidas na Unidade de Atenção Primária à Saúde (UAPS) Herlinda Silveira Dias Brito permitiram ampliar o conhecimento e a vivência em Saúde da Família (SF), bem como adquirir habilidades para atuar nessa, que é considerada a porta de entrada preferencial dos pacientes nos serviços oferecidos pelo Sistema Único de Saúde (SUS).

Ademais, o Curso de Especialização em Atenção Básica em Saúde da Família (CEABSF), cuja Unidade I está assentada nas disciplinas de Planejamento e Avaliação das Ações em Saúde, Modelo Assistencial e Atenção Básica à Saúde, Processo de Trabalho em Saúde e Práticas Pedagógicas em Atenção Básica à Saúde, proporcionou subsídios conceituais e práticos para o entendimento do processo saúde-doença e de como os serviços de saúde são estruturados para, a partir disso, fomentar a operacionalização de mecanismos para o enfrentamento dos principais problemas de saúde do território de atuação da Equipe de Saúde (ES).

O Plano de Ação/Intervenção apresentado aqui é resultado do planejamento estratégico realizado a partir do diagnóstico situacional. Para conhecer o território de atuação foram coletados dados de diversas fontes. Os dados foram reunidos a partir de bases de dados secundárias, como o Sistema de Informação da Atenção Básica (SIAB) e o Plano Municipal de Saúde e observação ativa. Para este diagnóstico foi realizada uma ação conjunta entre os membros da ES. A partir dos problemas levantados no diagnóstico situacional foi proposto o Plano de Ação/Intervenção.

Optou-se por priorizar o problema do câncer relacionado ao tabagismo na comunidade por estar dentro do espaço de governabilidade da ES e por existir na Secretaria Municipal de Saúde (SMS) ações para implantação de grupos de fumantes conforme o Programa Nacional de Controle do Tabagismo e Outros Fatores de Risco de Câncer (PNCTOFRC) do Ministério da Saúde (MS).

Atualmente, o câncer é um dos problemas mais complexos que o sistema de saúde brasileiro enfrenta, dada a sua magnitude epidemiológica, social e econômica. Ressalta-se que pelo

menos um terço dos casos novos de câncer que ocorrem anualmente no mundo poderiam ser prevenidos. O número de casos novos de câncer cresce a cada ano. Para 2012/2013, o Instituto Nacional do Câncer (INCA) previu a ocorrência de 518.510 casos novos de câncer no Brasil.¹

No Brasil, a mortalidade por neoplasias vem crescendo consideravelmente ao longo das últimas décadas, ao mesmo tempo em que diminuíram as mortes por doenças infectoparasitárias.¹

O sucesso da prevenção de câncer se baseia na detecção precoce (prevenção secundária) e na mudança de hábitos pessoais, procurando eliminar fatores causais do câncer (prevenção primária). Dessa forma, hábitos de vida como tabagismo, sedentarismo, alcoolismo e excesso de peso são fatores de risco para se adquirir câncer ou para permitir a sua progressão.¹

O tabagismo é considerado um grande problema de saúde pública⁴ e a principal causa de morte evitável em todo o mundo.² A Organização Mundial da Saúde (OMS) estima que um terço da população mundial adulta seja fumante, e que 47% dos homens e 12% das mulheres do mundo fumem. No Brasil, estima-se que cerca de 200.000 mortes por ano sejam decorrentes do hábito de fumar.²

A iniciação no tabagismo ocorre em média entre os 12 e os 13 anos de idade e está relacionada às diversas transformações fisiológicas, comportamentais e psicossociais que o indivíduo perpassa.⁴

O hábito de fumar envolve diversos fatores, como os sociais, individuais, econômicos e políticos, que se inter-relacionam determinando hábitos, formas de pensar e agir dos indivíduos.³ Da mesma forma, a adesão ao tratamento do tabagismo também é influenciada por diversos fatores. Conhecer estes fatores pode contribuir para a reorientação das práticas de saúde voltadas a esse público na Atenção Primária à Saúde (APS).

A Unidade de Atenção Primária à Saúde (UAPS) Herlinda Silveira Dias Brito, cujas obras foram finalizadas em 2001, está localizada no bairro Padre Eustáquio, atende a população adscrita de aproximadamente 9000 habitantes, dos bairros Padre Eustáquio, Boa vista, Cerâmica e Esplanada. Possui três equipes da ESF e três equipes odontológicas.^{4a}

A equipe 8, denominada José Valter Araújo, é composta por um enfermeiro, um médico, um cirurgião dentista, um auxiliar de consultório dentário, um técnico de enfermagem, e oito

Agentes Comunitários de Saúde (ACS). A equipe é responsável por 3824 pessoas moradores do bairro Cerâmica, localizado na zona urbana do município.^{4b}

O Bairro Cerâmica está localizado na Região Noroeste, perímetro urbano da cidade de Janaúba, próximo a Praça Justino de Brito (popularmente conhecida como Praça do Triângulo), a uma distância de 800 metros do centro da cidade. A infra-estrutura é composta por 35 logradouros, possui água encanada, rede de energia elétrica, rede de telefone, meio-fio, ruas asfaltadas (parcial) e coleta de lixo regular. Como pontos estratégicos de apoio, tem a Escola Municipal Professora Carmélia Pires (com aproximadamente 420 alunos), a Creche Comunitária Municipal Lar Feliz (que atende cerca de 55 crianças), o Centro Comunitário (utilizado para diversas finalidades como catecismos, missas, culto, reuniões da associação, eventos da comunidade, casamentos, e velórios.), e as igrejas Batista, Assembléia de Deus e Cristã do Brasil. O território compreende 1009 domicílios, sendo 871 domicílios no Bairro Cerâmica e 138 localizados no Bairro Esplanada.^{4b}

De acordo com o Plano Municipal de Saúde de 2006, no ano de 2005, ocorreram 274 óbitos no município, sendo 15 em menores de um ano, 5 óbitos neonatais, 2 por câncer de útero, e 11 por acidente vascular cerebral (AVC). A população adscrita é comumente acometida por doenças como diabetes, hipertensão arterial, tuberculose e diarreias. As 10 principais causas de morbidade hospitalar do Município em 2005, excluindo-se obstetrícia, são doenças do aparelho circulatório, doenças do aparelho digestivo, doenças do aparelho respiratório, doenças infecciosas e parasitárias, doenças do aparelho geniturinário, por causas externas, afecções perinatais, doenças do sistema osteomuscular e do tecido conjuntivo, e doenças endócrinas nutricionais e metabólicas.^{4c}

2 – JUSTIFICATIVA

O território onde se localiza a UAPS Herlinda Silveira Dias Brito possui um número significativo de pessoas fumantes e de pessoas que vivem com doenças relacionadas ao tabagismo. Optou-se por priorizar o tabagismo na comunidade por entender a magnitude deste problema para a saúde da população e por considerá-lo dentro do espaço de governabilidade da ES. Vale ressaltar que a Secretaria Municipal de Saúde (SMS) está cadastrada para a implantação do Programa Nacional de Controle do Tabagismo e Outros Fatores de Risco de Câncer (PNCTOFRC) do Ministério da Saúde (MS).

Esse estudo pretende agregar uma fonte de material científico e informativo com potencial para subsidiar as ações da ES e justifica-se por contribuir para a melhoria dos serviços e, conseqüentemente, a melhoria da saúde da população.

A pesquisa em saúde, historicamente, tem enfatizado a ideologia do consumo de serviços de saúde e tem permanecido longe das experiências pessoais do indivíduo. Além de conhecer os mecanismos fisiológicos do organismo, a investigação científica deve se ocupar dos aspectos psicológicos e comportamentais da pessoa, visando conhecer as condições em que o processo de adoecimento se realiza.⁵

Visando conhecer o seu objeto de pesquisa, o pesquisador deve escolher o método e os instrumentos adequados para a busca das respostas para os seus questionamentos. O método científico, dessa forma, é definido como um conjunto de procedimentos intelectuais e técnicos adotados para se construir o conhecimento,⁵ além de definir caminhos com instrumentos próprios para realizar a abordagem da realidade, o que inclui concepções teóricas de abordagem, técnicas de apreensão da realidade e a criatividade do pesquisador.⁶

A pesquisa científica pode também ser compreendida como a atividade básica da ciência na sua indagação e construção da realidade, podendo ser considerada uma fonte de produção cultural⁷ e é necessária quando não se dispõe de informações suficientes para apresentar respostas aos problemas ou desafios propostos.⁷

3 – OBJETIVOS

3.1 – OBJETIVO GERAL

Elaborar um projeto de intervenção para a abordagem e tratamento dos fumantes na área de abrangência da UAPS.

3.2 – OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Caracterizar as formas de abordagem do tratamento do tabagismo.
- Delimitar os fatores facilitadores e dificultadores da adesão ao tratamento do tabagismo.

4 – METODOLOGIA

Trata-se de um trabalho com base em uma revisão bibliográfica narrativa, visando esclarecer sobre a dificuldade de adesão dos pacientes ao tratamento do tabagismo. A revisão narrativa é definida como uma publicação extensa que pretende descrever e discutir a respeito de uma temática sob um enfoque teórico ou conceitual.

Foi realizada a busca em artigos publicados nos últimos dez anos (2003 - 2013) e que estejam indexados nos bancos de dados da *Scientific Electronic Library Online* (Scielo) e da Biblioteca Virtual em Saúde (BVS). A palavra-chave pesquisada foi tabagismo. A pesquisa foi refinada pela inserção da expressão “tratamento do tabagismo”. Também foram utilizados sítios eletrônicos institucionais e manuais do Ministério da Saúde que abordam o tema em estudo.

O método de abordagem foi o dedutivo, após realizar a leitura dos artigos encontrados, para o levantamento dos principais fatores que interferem na adesão dos pacientes ao tratamento do tabagismo.

5 – REFERENCIAL TEÓRICO

5.1 – A ORIGEM DO TABACO

O tabaco é uma planta cultivada em todas as partes do mundo, da qual é extraída a sua principal substância ativa: a nicotina. No cigarro é encontrado um número muito grande de substâncias tóxicas, como a terebentina, o formol, a amônia, a naftalina, entre outras. O tabaco começou a ser utilizado por seres humanos no ano 1000 a.C.⁸

Apesar da diversidade cultural das tribos indígenas do continente americano e da dificuldade de manterem contato, vivenciavam um ritual mágico-religioso ou sagrado, no qual o sacerdote, cacique ou pajé e demais participantes entravam em transe aspirando o fumo do tabaco.⁹

Inicialmente, o tabaco era utilizado com o objetivo de purificar, contemplar, proteger e fortalecer os ímpetus guerreiros. Também acreditavam que o tabaco tinha o poder de predizer o futuro.⁸

Acredita-se que a planta foi introduzida no Brasil pela ação migratória dos índios tupis-guaranis. No século XVI chegou à Europa através do diplomata francês Jean Nicot, que teria cicatrizado uma úlcera na perna utilizando a planta. No século XVII chegou à Ásia e à África, onde era utilizada com fins curativos e através de cachimbo. No século XVIII, surgiu o hábito de aspirar rapé.⁸

No século XIX iniciou-se o uso do charuto como forma de demonstrar ostentação. Iniciou-se na Espanha e atingiu toda a Europa, os Estados Unidos e, depois, os demais continentes. Somente na década de 1940 surgiram as primeiras descrições de homens e mulheres fumando cigarros, como são conhecidos hoje. Entretanto, apenas após a Primeira Guerra Mundial (1914-1918), o consumo de cigarros apresentou grande expansão.⁸

Em meados do século XX seu uso espalhou-se por todo o mundo, influenciado por técnicas de publicidade e *marketing*. Nos anos de 1960 surgiram os primeiros relatórios científicos que relacionavam o uso do cigarro com o adoecimento do fumante. Atualmente, o discurso corrente da ciência aponta os malefícios do tabagismo à saúde do fumante e do não fumante exposto à fumaça do cigarro.⁸

A palavra nicotina deriva de “Nicot”, nome do diplomata francês que descreveu algumas propriedades da planta. O tabaco também já foi chamado de “erva de Nicot”. Em 1737, foi

registrado o nome *Nicotiana tabacum* com a primeira classificação científica de Linneu. Existem ainda outras variedades como a *Nicotiana rustica*, a *Nicotiana glutinosa*, e a *Nicotiana penicilata*.⁹

5.2 – O QUE É TABAGISMO

O tabagismo é compreendido como o hábito de consumir cigarros ou outros produtos que contenham tabaco e que nos quais a nicotina seja o princípio ativo. O tabagismo é considerado uma pandemia pela OMS.¹⁰ Tratar de uma das mais graves pandemias que já afetaram a humanidade.⁹

O tabagismo é uma doença resultante da dependência da nicotina e pode ser classificada, segundo a 10ª Revisão da Classificação Internacional de Doenças (CID-10), no grupo dos transtornos mentais e comportamentais decorrentes do uso de substâncias psicoativas.¹¹ A dependência de nicotina é uma doença crônica, semelhante ao diabetes e à Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS), devendo ser abordada pelos profissionais de saúde.³²

A fumaça do cigarro é constituída por aproximadamente 4720 substâncias tóxicas, citando entre elas o monóxido de carbono, a amônia, o formaldeído, a nicotina e o alcatrão. Tais substâncias atuam sobre o organismo causando os mais diversos tipos de doenças, inclusive câncer. Mais de 60 substâncias presentes na fumaça do cigarro são cancerígenas.¹⁰

O tabaco pode ser consumido de diversas maneiras, conforme sua forma de apresentação. Pode ser inalado sob a forma de cigarro, cigarro de palha ou charuto, aspirado sob a forma de rapé, e mascado quando sob a forma de fumo-de-rolo, porém sob todas as formas causa malefícios à saúde.¹⁰

O tabagismo, durante muito tempo, foi visto como parte da personalidade e do comportamento do indivíduo, sendo considerado um símbolo de masculinidade e de independência. Entretanto, nos últimos anos, essa visão foi gradativamente sendo substituída pela preocupação com os danos à saúde causados pelo tabagismo. O que era visto como um “hábito charmoso” atualmente é considerado uma doença crônica e recorrente.¹²

5.3 – O TABAGISMO NO MUNDO

Atualmente há aproximadamente 1,1 bilhão de fumantes no mundo.¹³ O uso do tabaco constitui uma das dependências de maior prevalência, visto que é apontado como a principal causa de mortes evitáveis e que leva a óbito mais de cinco milhões de pessoas anualmente em todo o mundo.¹⁴ Estimativas apontam que, em 2015, o tabaco seja responsável por 10% dos óbitos globais.¹⁶ Até 2030, esses números terão um crescimento significativo de 48%, atingindo 8 milhões de óbitos.¹⁷

Estimativas apontam que uma parcela considerável dessas mortes ocorrerá em países de baixa renda. Persistindo as tendências atuais, o tabaco será o responsável por aproximadamente 80% dos casos de mortes prematuras nestes países. Estimativas apontam que, até o final do século XXI, o tabaco será o responsável por um bilhão de mortes ou mais, se medidas urgentes não forem tomadas para conter o seu avanço.¹⁴

O tabagismo está relacionado a, no mínimo, 30% de todas as mortes por câncer no mundo. Estima-se que 24% da população adulta de diversos países, inclusive do Brasil, sejam dependentes da nicotina em suas várias formas.¹⁸

Conforme dados apresentados pela Organização Pan-americana de Saúde (OPAS)¹⁹, estão relacionadas ao tabagismo 45% de todas as mortes por câncer, 95% das mortes por câncer de pulmão, 75% das mortes provocadas por Doença Pulmonar Obstrutiva Crônica (DPOC) e 35% das mortes provocadas por doenças cardiovasculares.

De acordo com estimativas elaboradas a partir do Índice Anos de Vida Ajustados por Incapacidade, do inglês *Disability Adjusted Life Years* (DALY), nos próximos 20 anos a nicotina se tornará, em nível mundial, a única e maior causa de mortes prematuras ou do número de anos perdidos por morte prematura causada pelo hábito de fumar.¹⁴

De acordo com a OMS, estudos apontam que não será possível diminuir o número de mortes relacionadas ao tabagismo nos próximos 50 anos, a não ser que os tabagistas sejam convencidos a interromper o hábito de fumar. Dessa forma, a OMS destaca a importância de se estabelecer padrões mundiais, para que medidas legislativas e políticas contribuam para a redução do número de fumantes.¹⁵

Dados recentes apontam que os custos atribuíveis ao tabagismo atingiram a quantia exorbitante de US\$ 500 bilhões devido à redução dos anos produtivos, ao adoecimento e às mortes prematuras.¹⁶

Em alguns países, sobretudo os desenvolvidos economicamente, o número de fumantes vem diminuindo com o passar dos anos. Segundo pesquisa recente realizada pelo Centro de Controle e Prevenção de Doenças (CDC) dos EUA, após anos de taxas de tabagismo pairando em torno de 20%, o número de fumantes caiu para 18,1% em 2012. Os resultados são relevantes, sobretudo porque, além da diminuição do número de fumantes, a quantidade de cigarros consumidos por dia também caiu. O declínio constante do número de fumantes é atribuído a mudanças estruturais ocorridas no país, à Lei de Controle do Tabaco e às campanhas publicitárias veiculadas pelo governo.²⁰

Por sua vez, estudo realizado no Centro de Pesquisa em Saúde Global da Universidade de Toronto, Canadá, e publicado no periódico *The New England Journal of Medicine*, afirma que o Brasil está na vanguarda no combate ao tabagismo. A pesquisa revela que o Brasil adotou medidas contra o cigarro antes que ele se tornasse uma ameaça mundial. O país seria uma "notável exceção" entre os países em desenvolvimento. Enquanto países como a China começaram a adotar medidas contra o tabagismo somente há pouco tempo, desde 1989 o Brasil vem fazendo frente no controle do avanço do tabaco. Exemplos de políticas públicas com foco no controle do tabaco são a Convenção-Quadro para o Controle do Tabaco (CQCT) e a proibição do fumo em locais fechados.²¹

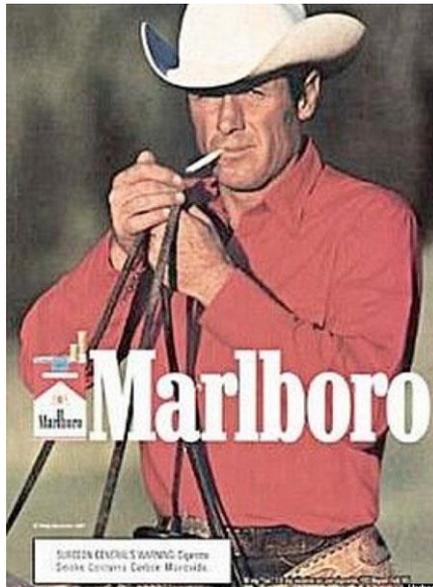
Ainda conforme a pesquisa citada acima, nos países emergentes, com exceção do Brasil, os valores dos maços de cigarros não acompanham a valorização econômica, tornando-se mais acessíveis. Dessa forma, estão se alastrando rapidamente nas nações em que o poder de compra do cidadão aumentou nos últimos anos, como China, Índia, Indonésia e Rússia.²¹

Enquanto os países em desenvolvimento ainda representam as nações que possuem o maior número absoluto de fumantes e tem leis mais tolerantes em relação ao tabagismo, a Europa caminha no caminho inverso e regula mais ainda o setor de produção e vendas de produtos que contenham nicotina. Neste ano, os maços de cigarros terão imagens chocantes nas embalagens, os cigarros com sabores serão proibidos e os cigarros eletrônicos terão vendas reguladas, como já acontece no Brasil.²²

O espaço nos maços destinados a imagens de advertência sobre o produto, que hoje ocupa de 30 a 40% da embalagem, terá 65% da cobertura desta. Os cigarros com sabores foram proibidos, pois acredita-se que tornam-se mais apelativos para os jovens. Em relação aos cigarros eletrônicos, todos os produtos com uma concentração superior a 20mg/ml ou que anunciem possuir propriedades curativas ou preventivas da dependência do tabaco, deverão ser vendidos apenas nas farmácias, e sujeitando-se às mesmas regras dos medicamentos.²²

Os outros produtos que contenham nicotina serão considerados produtos equivalentes ao tabaco, pagarão os mesmos impostos e serão sujeitos às mesmas regras, como os avisos à saúde e a proibição de serem vendidos a menores de 18 anos.²²

Em janeiro de 2014 a grande mídia anunciou a morte do ator norte-americano Eric Lawson, alertando os fumantes sobre os riscos de se consumir cigarros e estabelecendo uma ligação entre o tabagismo e diversas doenças. Lawson, de 72 anos, foi um dos icônicos cowboys das propagandas da marca de cigarros Marlboro nos anos de 1970. Sofria de DPOC, condição que tem forte relação com o tabagismo. Fumava desde os 14 anos de idade e não conseguia interromper o hábito de fumar. Outros dois modelos da Marlboro também morreram por problemas relacionados ao tabagismo. Wayne McLaren morreu em 1992, e David McLean em 1995, ambos vitimados por câncer no pulmão.²³



Fonte: www.g1.globo.com

Figura 1: Eric Lawson, cowboy da Marlboro morto em 2014.

5.4 – O TABAGISMO NO BRASIL

No Brasil, o tabagismo é o responsável por 200 mil mortes anuais, apesar da prevalência entre adultos ter diminuído de 32% em 1989 para 19% em 2001. De acordo com o MS, aproximadamente 400 mil novos casos e 130 mil óbitos por câncer ocorreram em nosso país em 2003.²⁴

Pesquisa por amostra de domicílio realizada em 2009, pelo Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), aponta a prevalência do tabagismo em maiores de 15 anos, em 17,2%. Na Região Sul, está o maior percentual (19%), os menores percentuais encontram-se nas regiões Centro-Oeste (16,6%) e Sudeste (16,7%). A prevalência nacional tem reduzido ao longo dos anos. Desde 1989, ocorreu um declínio de 17,6% da prevalência de tabagistas no país.²⁴

A redução da prevalência do tabagismo no Brasil (17,6%) ocorrida nos últimos 20 anos tem proporcionado a diminuição das doenças cardiovasculares e respiratórias crônicas e, com isso, provocou a queda de 20% da mortalidade por idade entre os anos de 1996 e 2007.²⁴

O Brasil é o segundo maior produtor e exportador de folhas de tabaco no mundo e 97% da produção nacional encontra-se na região sul do país, sendo que 50% é produzida no estado do Rio Grande do Sul. Santa Catarina e Paraná, respectivamente, ocupam a segunda e terceira posições no ranking de produção do tabaco.²⁵⁻²⁶

Por isto o governo Brasileiro se comprometeu a promover auxílio técnico e financeiro para os produtores e trabalhadores da indústria do fumo, a fim de estimular outras atividades econômicas alternativas à indústria do fumo. Condição prevista na Convenção-Quadro da OMS, da qual o Brasil é signatário, que vigora desde 2005 e visa reduzir a prevalência do consumo e a exposição ao tabaco.²⁵

O Brasil exerceu papel de destaque ao presidir as negociações referentes ao tratado para conter o avanço do tabaco no mundo. São 192 países envolvidos, sendo que sua eleição para presidir o conselho se deu pelo avanço no combate ao tabagismo.²⁵

No estado do Rio Grande do Sul (RS), pioneiro na legislação de controle e respeito aos não fumantes, a população adulta fumante regular era de 27,4% em 1995. Em Pelotas, a prevalência era de 34%. Segundo estudo posterior, realizado em 2002, a eliminação total do tabagismo levaria à prevenção de 54% do câncer de esôfago, de 71% dos cânceres de pulmão, e 86% dos cânceres de laringe.²⁵

As neoplasias pulmonares são responsáveis pela maior mortalidade por câncer no Brasil. O hábito de fumar é responsável por mais de 80% dos casos de câncer de pulmão entre os homens e por mais de 45% entre as mulheres. Dados do MS, nos últimos dez anos, apontam o crescimento da doença de 57% entre os homens; e de 112% entre as brasileiras. São Paulo, Brasília e Porto Alegre, têm a maior incidência de neoplasias pulmonares do Brasil.²⁷

Fuma-se mais na Região Sul do país, 42% da população. Em Porto Alegre, a prevalência do Tabagismo é de 34,9%, sendo a cidade em que ocorrem mais casos de câncer de pulmão no Brasil.²⁸⁻²⁹

De acordo com a Secretaria de Estado de Saúde do RS, no ano de 2003, na cidade de Porto Alegre, 28% da população masculina era fumante e 23% da feminina tinha o hábito de fumar. Em 2006, a prevalência diminuiu um pouco, 26,3% dos homens e 17% das mulheres ainda fumava.³⁰

Por conta das altas prevalências de tabagistas em todas as regiões do Brasil, várias ações tem disso implementadas pelo PNCTOFRS com o objetivo de reduzir a prevalência de fumantes, a morbidade e a prevalência de doenças relacionadas ao tabaco. O resultado foi uma diminuição da aceitação social do tabagismo, um aumento do número de fumantes que desejavam parar de fumar e a redução de aproximadamente 42% no consumo anual *per capita* de cigarros entre 1989 e 2003. Entretanto, o número de fumantes ainda é alto, e várias barreiras tem sido identificadas na diminuição da prevalência e aumento da cessação do hábito de fumar em todo o mundo.³¹

No Brasil, um terço da população adulta fuma, o que equivale a 11,2 milhões de mulheres e 16,7 milhões de homens. Noventa por cento dos tabagistas fica dependente da nicotina entre os 5 e os 19 anos. Atualmente, existem no país 2,8 milhões de fumantes nessa faixa etária.³³

A maioria dos fumantes está na faixa etária dos 20 aos 49 anos. Os homens fumam mais do que as mulheres em todas as faixas etárias. Entretanto, está aumentando a participação da mulher no número total de fumantes, sobretudo na faixa etária mais jovem.³³ De acordo com dados do INCA, em 2002 e 2003, a maior prevalência de jovens fumantes foi detectada em Porto Alegre - RS (24%) e a menor, em Aracajú - SE (7%).³⁴

O uso inicial é comum em escolas públicas, sendo mais frequente entre os 10 e os 12 anos de idade e aproximadamente 11,6% já fez uso experimental do cigarro. 6% dos adolescentes são usuários frequentes do tabaco.³³

A proporção de fumantes na zona rural é maior que na zona urbana em todas as faixas etárias. A prevalência de fumantes com idade entre 5 e 19 anos é de aproximadamente 5% na zona urbana e de 6% na zona rural. Na população rural se encontram 30.531 menores de 10 anos fumando, ao passo que na zona urbana, na mesma faixa etária, são encontradas 1.412 indivíduos.³³

5.5 – O TABAGISMO EM MINAS GERAIS

Estudo realizado em 2010, evidenciou que o tabagismo entre adolescentes e jovens de Belo Horizonte é um problema prevalente, associado a fatores individuais (maior idade e consumo excessivo de álcool), a características familiares (hábito de fumar entre irmão e pai), e a características do grupo social (hábito de fumar do melhor amigo).³⁴

A prevalência de tabagismo entre jovens residentes na referida cidade era de 11,7%, ocupando posição intermediária no cenário nacional e tendo como fatores motivacionais associados o consumo excessivo de álcool (20,6%), a idade (1,2%), pai fumante (5,2%), irmão fumante (2,5%), e melhor amigo fumante (5,2%).³⁴

De acordo com dados dos Inquéritos do Sistema Internacional de Vigilância do Tabagismo (SIVT) da OMS realizados no Brasil entre 2002 e 2009, o percentual de fumantes correntes em MG supera o percentual nacional. MG possuía 17,6% de Fumantes Correntes Total (FCT) e 15,7% de Fumantes Correntes Diário (FCD), ao passo que, no Brasil, existiam 17,2% de FCT e 15,1 de FCD.³⁶

Por outro lado MG apresenta um percentual de 19,6% de ex-fumantes, superior ao estimado no nível nacional, que é de 18,2%. Em relação ao percentual de ex-fumantes entre aqueles que já fumaram alguma vez na vida, MG também supera os números nacionais, são 52,8% e 51,4%, respectivamente.³⁶

Segundo dados dos Inquéritos da Vigilância de Tabagismo em Universitários da Área da Saúde (VTUAS), realizados nas cidades de Campo Grande (2006), João Pessoa (2006), Rio de Janeiro (2006/2007), Florianópolis (2007) e Juiz de Fora (2007), esta última possui o maior percentual total de universitários fumantes de cigarros (20,4%), seguida de Campo Grande (18,3%), Rio de Janeiro (14,1%), Florianópolis (11,8%) e João Pessoa (10,5%).³⁶

Os acadêmicos de medicina de Juiz de Fora apresentam o maior percentual de fumantes entre as cidades e cursos da área da saúde estudados (24,4%). Sendo que 35,6% destes são do sexo masculino. O menor percentual de fumantes é dos acadêmicos do curso de odontologia de Florianópolis (4,1%).³⁶

5.6 – AS CONSEQUÊNCIAS DO TABAGISMO PARA A SAÚDE

O impacto sobre a saúde advindo do uso do tabaco é amplamente conhecido. O uso do tabaco é responsável por 90% dos tumores pulmonares, 75% das bronquites crônicas e 25% das Doenças Isquêmicas do Coração (DIC).³⁵ De acordo com a OMS, a cada 8 segundos morre uma pessoa no mundo devido ao tabagismo.³⁷

O tabagismo é considerado a segunda causa de morte no mundo. Seu uso está associado ao aparecimento de diversos tipos de cânceres, como os de pulmão, boca, laringe, faringe, esôfago, estômago, pâncreas, bexiga, rim, colo do útero e Leucemia Mielóide Aguda (LMA). Também está relacionado ao surgimento de DPOC, Doença Coronariana (DC), HAS e Acidente Vascular Encefálico (AVE).³⁶ Além disso, estudos recentes têm demonstrado uma variedade de outros efeitos na saúde, especialmente relacionados à saúde feminina e das crianças, aumentando os argumentos em favor do tratamento da dependência do tabaco.³⁷

Para as crianças, é extenso o impacto do compartilhamento de ambientes com adultos que fumam e do tabagismo da mãe durante a gestação. São relatadas as seguintes consequências do tabagismo para as crianças: Síndrome da Morte Súbita na Infância (SMSI), baixo peso ao nascer, crescimento intra-uterino retardado, redução na capacidade pulmonar, infecções respiratórias baixas como pneumonia e bronquite, tosse, exacerbação da asma, otite, possibilidade de contribuir para o surgimento de Doenças Cardiovasculares (DCV) na vida adulta, e problemas neurológicos e comportamentais.³⁷

Na população em geral, além do câncer e das doenças do coração, existem inúmeras outras consequências menos relatadas como, perda dos cabelos, catarata, formação de rugas, perda de audição, câncer da pele, deterioração dos dentes, enfisema pulmonar, osteoporose, úlcera gástrica, câncer uterino, abortamento, deformação dos espermatozoides, psoríase e Doença de Bueger (Tromboangeíte Obliterante).³⁷

Nos Estados Unidos da América (EUA) as estimativas apontam que ocorrem 3.000 óbitos por câncer de pulmão em pessoas que compartilham ambientes com fumantes, os chamados fumantes passivos. A inalação passiva da fumaça do tabaco causaria anualmente no EUA entre 35.000 e 62.000 óbitos por DCV.³⁷

O fumante está exposto ao surgimento dessas patologias. Entretanto, o fato de estar exposto à fumaça do cigarro e de outros produtos que contenham tabaco contribui para o surgimento e

agravamento de diversas outras doenças. Estima-se que o fumo passivo provoque aproximadamente 600 mil mortes anuais de indivíduos expostos à fumaça do cigarro. Por seu turno, a interrupção do hábito de fumar provoca um aumento da expectativa e da qualidade de vida em qualquer faixa etária, inclusive entre os pacientes que já estão doentes.³⁶

5.7 – A CONVENÇÃO-QUADRO PARA O CONTROLE DO TABACO

A Convenção-Quadro para o Controle do Tabaco (CQCT) é o primeiro tratado internacional de saúde pública da história da OMS e representa a resposta dos 192 países membros da Assembléia Mundial da Saúde (AMS) à crescente epidemia tabágica no mundo.³⁸ A propagação da epidemia foi exacerbada devido a diversos fatores que causam impacto nas fronteiras nacionais como, a liberalização do comércio, a globalização, a propaganda, o contrabando e falsificação internacional de cigarros.³⁹

A CQCT foi adotada pela AMS em 2003 e entrou em vigor em 2005, e se tornou o tratado que reuniu o maior número de adesões na história da Organização das Nações Unidas (ONU). É considerada um marco para a saúde pública mundial. Até novembro de 2013, 177 países haviam ratificado a sua adesão a esse tratado.³⁸

A CQCT determina que os países signatários adotem medidas intersetoriais nas áreas de propaganda, publicidade, patrocínio, advertências, tabagismo passivo, tratamento dos fumantes, comércio ilegal, preços e impostos relativos aos produtos que contenham tabaco.³⁸

Os principais dispositivos idealizados pela CQCT para a redução da demanda de cigarro são as medidas fiscais e relacionadas aos preços, e as medidas gerais como a proteção contra a exposição à fumaça ambiental do tabaco; a regulamentação do teor dos produtos derivados do tabaco; embalagem e rotulagem dos produtos do tabaco; educação, comunicação, treinamento e conscientização pública; propaganda, promoção e patrocínio do tabaco; e cessação do uso.³⁹

Os principais dispositivos destinados à redução da oferta são a redução do comércio ilegal de tabaco, a limitação das vendas a menores de idade e as vendas realizadas por estes menores, e o apoio às atividades alternativas viáveis economicamente.³⁹

A CQCT é o primeiro tratado mundial na área da saúde negociado sob a tutela da OMS e representa um novo paradigma para o desenvolvimento de estratégias na condução de questões referentes a substâncias que provocam dependência. A CQCT reafirma a importância das estratégias destinadas à redução da demanda e limitação da oferta de produtos de tabaco.³⁹

A CQCT representa um dispositivo legal que vincula os países que aderirem ao tratado. Tais países utilizam-no como mecanismo de defesa para o fortalecimento do controle do

tabagismo. A CQCT também redefine o papel do Direito Internacional na prevenção de doenças e na promoção da saúde.³⁹

Os países adeptos têm metas a cumprir e devem desenvolver estratégias nacionais para controle do tabaco, considerando o perfil populacional, o ambiente social e político e as evidências globais. No prazo de 5 anos da aprovação da convenção, cada país e de acordo com a legislação local, deve aplicar todas as restrições legal a fim de provocar uma proibição abrangente de toda propaganda, promoção e patrocínio do tabaco.³⁹

A CQCT também exige que os países determinem novas embalagens e rótulos para os produtos derivados do tabaco. As advertências devem ser grandes, claras, visíveis, legíveis e multidimensionais, que devem aparecer nas embalagens externas e ocupar ao menos 30% da superfície de exposição.³⁹

O tratado também obriga os países a adotar medidas para a proteção contra a exposição à fumaça do tabaco em locais públicos fechados e em locais de trabalho. Além do mais obriga os países signatários a implementar medidas para a eliminação do comércio e fabricação ilegais e para a falsificação de produtos do tabaco.³⁹

O Brasil é reconhecido internacionalmente como um dos países que estão na vanguarda no controle do tabagismo e coordenou o processo de elaboração da CQCT entre os anos de 1999 e 2003. Em 2005 o país ratificou a sua adesão ao tratado, desde então a implementação das medidas da CQCT tornou-se política de estado, a denominada Política Nacional de Controle do Tabaco (PNCT).³⁸ Entretanto, muito trabalho ainda precisa ser realizado para minimizar os danos provocados pelo tabagismo na saúde, meio ambiente, economia e desenvolvimento sustentável.⁴⁰

5.8 – A ATUAÇÃO DA CONICQ

A Comissão Nacional para Implementação da Convenção-Quadro para o Controle do Tabaco (CONICQ) é o órgão responsável pela organização e implementação de uma agenda de governo para o cumprimento das obrigações previstas no tratado.^A A CONICQ é presidida pelo Ministro da Saúde e é composta por representantes de 18 ministérios.⁴¹

A Comissão Nacional para o Controle do Uso do tabaco (CNCT), como era denominada, foi criada em 1999 pelo Decreto nº 3.136 com o objetivo de subsidiar, em caráter consultivo, o Presidente da República nos posicionamentos e decisões durante as negociações da CQCT entre os anos de 1999 e 2003.⁴¹

A CNCT contribuiu significativamente no avanço da política de controle do tabagismo no cenário nacional. Medidas importantes como a obrigatoriedade da inserção de imagens de advertência sanitária nas embalagens de produtos derivados do tabaco e a proibição do trabalho de menor de 18 anos na produção do fumo, são advindas do trabalho desta comissão no período em que esteve atuante.⁴¹

Com a aprovação CQCT na AMS e a adesão do país ao tratado em 2003, a CNCT passou a ter caráter executivo, tornando-se responsável pela implementação dos compromissos assumidos juntos a OMS no país. Por meio do Decreto de 1º de agosto de 2003, passou a ser denominada CONICQ.⁴¹

Conforme o Art. 2, inciso IV, do Decreto de 1º de agosto de 2003, à CONICQ cabe "promover o desenvolvimento, a implementação e a avaliação de estratégias, planos e programas, assim como políticas, legislações e outras medidas para o cumprimento das obrigações na Convenção-Quadro".⁴¹⁻⁴²

A CONICQ também é responsável por defender os posicionamentos do governo brasileiro nas sessões da Conferência das Partes (COP), que é a instância deliberativa da CQCT, nas reuniões dos grupos de trabalho e de estudos estabelecidos pelos estados partes e nas sessões dos órgãos de negociação de protocolos.⁴¹

5.9 – O PROGRAMA NACIONAL DE CONTROLE DO TABAGISMO

O Programa Nacional de Controle do Tabagismo e Outros Fatores de Risco (PNCTOFRC) tem a sua atuação voltada para a adoção de estilos de vida saudáveis e propõe ações para socializar o conhecimento e para criar um contexto social favorável que estimule e motive a população a adotar hábitos saudáveis e a proteja da exposição involuntária a fatores de risco de câncer.⁴³

Dessa forma, o INCA, órgão do MS, responsável pela Política Nacional de Controle do Câncer (PNCC), coordena as ações nacionais do PNCTOFRC desenvolvidas em parcerias com as secretarias estaduais e municipais de saúde em todo o Brasil.⁴³

O PNCTOFRC desenvolve ações educativas, legislativas e econômicas, visando a promoção de estilos de vida saudáveis e a prevenção do câncer. As ações educativas propõem disseminar o conhecimento científico sobre câncer e as possibilidades de prevenção. Como o PNCTOFRC reconhece que informar somente não gera necessariamente mudanças de comportamento, ações mediadoras sociais e ambientais são realizadas com o objetivo de gerar mudanças positivas de comportamento.⁴³

As ações educativas são essenciais no processo de mudança de hábitos de vida e devem anteceder e acompanhar qualquer ação para prevenção do câncer. Essas ações podem ser pontuais, como em campanhas de conscientização e a divulgação de informações pela mídia, ou ações educativas continuadas, essenciais na transformação das informações em mudanças de atitudes e de comportamentos favoráveis a uma vida mais saudável.⁴³

Para o desenvolvimento das ações educativas o PNCTOFRC elegeu três canais comunitários: os ambientes de trabalho, as unidades escolares e as unidades de saúde. Nesses locais as informações são disseminadas juntamente com ações que visam desenvolver um contexto favorável a mudanças comportamentais de grupos formadores de opinião e modelos de comportamento como profissionais de saúde, professores, estudantes e trabalhadores.⁴³

As ações legislativas e econômicas são as ações que potencializam as ações educativas. Aos diferentes setores sociais, cabe alertar, cobrar, estimular e pressionar os atores responsáveis pela legislação. O objetivo é criar leis que resultem em mudanças políticas, ambientais e econômicas para estimular as mudanças de comportamento necessárias à redução da

incidência e mortalidade do câncer e de outras doenças relacionadas ao tabagismo e outros fatores de risco.⁴³

O PNCTOFRC sistematiza quatro grandes grupos estratégicos. O primeiro voltado para a prevenção da iniciação do tabagismo, cujo alvo são crianças e adolescentes; o segundo, que objetiva estimular os fumantes a cessarem o hábito de fumar; o terceiro, que visa proteger a saúde dos não fumantes da exposição à fumaça do tabaco em ambientes fechados; e o quarto, que visa propor medidas que regulem os produtos do tabaco e sua comercialização.⁴³

O PNCTOFRC foi delineado com o objetivo de criar um contexto que reduza a aceitação social do tabaco; reduza os estímulos para que os jovens comecem a fumar; reduza os estímulos que dificultam os fumantes a pararem de fumar; proteja a população dos riscos da exposição a poluição ambiental; reduza o acesso aos derivados do tabaco; aumente o acesso dos fumantes ao apoio para cessação do hábito de fumar e; controle e monitore todos os aspectos relacionados aos produtos de tabaco comercializados.³⁹⁻⁴³

Conforme Iglesias *et al*³⁹

O Programa Nacional para o Controle do Tabagismo no Brasil é bastante inovador, com destaque para as ações referentes à proibição da publicidade e propaganda e às advertências impressas nas embalagens de produtos derivados do tabaco - por exemplo, o Brasil foi o primeiro país a proibir adjetivos enganosos nos maços de cigarros, como “light” ou “suave” – mas o foco das ações ainda está concentrado nas ações não relacionadas aos preços. Dentre tais ações, incluem-se: as proibições relativas à propaganda e ao consumo de tabaco no sistema de transporte público; a regulamentação dos produtos do tabaco, como a limitação nos teores de alcatrão, nicotina e monóxido de carbono nos cigarros e as advertências escritas e com imagens contundentes nos maços de cigarros e em embalagens dos produtos do tabaco, além do lançamento de campanhas de conscientização e de educação. Além dessas ações, o Programa desenvolveu iniciativas de vigilância e de monitoramento, construiu uma capacidade institucional e descentralizou para os estados e municípios as iniciativas de controle do tabagismo (Pág.12).

O controle sobre os preços foi realizado de forma indireta através de impostos mais altos aplicados. Até em relação às vendas ilegais, a elevação dos impostos sobre o tabaco resultou na diminuição do consumo e no aumento da arrecadação de tributos durante os anos de 1990.³⁹

O PNCTOFRC estabeleceu uma rede de pontos focais nos estados e municípios e programas nas principais cidades brasileiras. Esta rede foi responsável por levar as ações, devidamente

adaptadas, para o nível local, criando os instrumentos necessários para avançar com o controle do tabagismo. Entretanto, essa rede vem perdendo espaço devido a problemas de financiamento.³⁹

5.10 – O TRATAMENTO DO TABAGISMO

Tratamento farmacológico

As intervenções farmacológicas e comportamentais ou não-farmacológicas são as opções de tratamento existentes na tentativa de auxiliar os fumantes a abandonarem o hábito de fumar. Estatísticas apontam que 80% fumantes manifestam o desejo de parar de fumar, entretanto, só 3% conseguem sucesso fazendo por si mesmo e, apenas 7% dos que tentam parar de fumar sozinhos conseguem prolongar a abstinência por um longo período de tempo.⁴⁴⁻⁴⁵

O tratamento farmacológico para dependência de nicotina pode ser realizado por qualquer pessoa que manifeste a intenção de parar de fumar, exceto em situações especiais, como o uso de menos de 10 cigarros por dia, durante a gestação, em adolescentes e em caso de contra-indicações médicas.⁴⁴

Esta modalidade de tratamento abrange diferentes métodos. As doses dos medicamentos são ajustadas conforme a necessidade do paciente, considerando o grau de dependência, a tolerância e a preferência do indivíduo.⁴⁴

Os medicamentos são utilizados conforme o mecanismo de ação e a eficácia. São largamente utilizados os agentes nicotínicos na Terapia de Reposição de Nicotina (TRN) e os não-nicotínicos (antidepressivos). Nesse contexto, a TRN e a bupropiona são os fármacos de escolha ou de primeira linha, ao passo que, a nortriptilina e a clonidina são consideradas intervenções farmacológicas de segunda linha. A vareniclina é considerado um agente farmacológico promissor no controle do mecanismo neurobiológico da dependência da nicotina.⁴⁴⁻⁴⁵

A TRN consiste na administração da nicotina para substituir o uso do tabaco e sua eficácia está relacionada à reposição da nicotina de forma lenta e com menores picos que o tabaco. A TRN minimiza os sintomas da síndrome da abstinência, reduzindo os efeitos reforçadores negativos da falta da nicotina.⁴⁴ Dessa forma, o uso da nicotina é justificado como um modo de extinguir, em médio prazo, o hábito de fumar.⁴⁵

Atualmente, existem no mercado seis produtos indicados para a TRN: gomas de mascar, sistema transdérmico (adesivo), inalador, aerossol, pastilhas sublinguais e comprimidos. No Brasil, as formas disponíveis de TRN são as gomas de mascar e os adesivos transdérmicos. A goma de mascar contém 2 mg de nicotina por unidade e é absorvida rapidamente pela mucosa

oral. Em geral, deve-se consumir em torno de 10 gomas por dia, mas o uso pode chegar até 20 gomas dependendo do caso. Por sua vez, os adesivos transdérmicos são encontrados nas concentrações de 7, 14 e 21 mg de nicotina por unidade. Nessa modalidade, a nicotina é liberada no organismo de forma lenta e gradual durante o dia e o efeito adverso mais comum é a irritação da pele. A TRN com adesivo é realizada em 8 semanas e é indicado o uso de um adesivo por dia.⁴⁴⁻⁴⁵

A TRN pode ser realizada em pacientes que consomem mais de 10 cigarros por dia. A dose inicial preconizada é de 15 mg de nicotina por dia. As doses devem ser reduzidas ou suspensas entre 2 e 3 meses após o início do tratamento e a sua duração não deve ultrapassar os 6 meses. A TRN aumenta as chances de cessação do tabagismo se comparada com outros tratamentos, mas tem o inconveniente de ter um custo elevado.⁴⁴⁻⁴⁵

Os antidepressivos têm sido utilizados com o objetivo de diminuir os sintomas depressivos da síndrome da abstinência. A bupropiona é uma aminocetona que inibe a receptação da noradrenalina e da dopamina nas sinapses, atuando como antidepressivo. Se utilizada em dose de 150 mg por 3 dias, e depois, 300 mg por dia durante 7 a 12 semanas, diminui os sintomas depressivos da síndrome de abstinência. É indicada para pacientes que fumam de 10 a 15 cigarros por dia e que estão motivados a parar. Quando comparada com a TRN, a bupropiona apresenta maior chance de o indivíduo alcançar a cessação do tabagismo. É contraindicada para pacientes com antecedentes de epilepsia não controlada, traumatismo cranioencefálico (TCE), anorexia e bulimia, também não pode ser utilizada concomitantemente com inibidores da monoaminoxidase (IMAO). Os efeitos colaterais mais comuns são cefaleia, náuseas e insônia.⁴⁴⁻⁴⁵

A nortriptilina, uma amina tricíclica secundária e que é utilizada como antidepressivo, é indicada quando não é possível prescrever bupropiona ou TRN para o indivíduo. A nortriptilina atua bloqueando a receptação da noradrenalina na pré-sinapse e aumentando a sua concentração na fenda sináptica. Os efeitos colaterais mais relatados são boca seca, tremores, visão turva e sedação, sendo contraindicada para pacientes cardiopatas, em crises convulsivas e em caso de glaucoma. Também não deve ser utilizada em concomitância com IMAO. O tratamento deve ser iniciado 2 a 4 semanas antes da retirada do cigarro, com doses progressivas de 25 a 75 mg por dia. Sua utilização tem eficácia semelhante ao da bupropiona, com a vantagem de ser um medicamento disponível no SUS.⁴⁴⁻⁴⁵

A clonidina é um medicamento utilizado no tratamento da HAS e do tabagismo e é considerado um tratamento de segunda escolha por proporcionar comumente diversos efeitos adversos, como sedação, tontura, hipotensão, constipação, boca seca, cansaço e irritação cutânea. Auxilia no tratamento de fumantes com agitação e ansiedade quando interrompem o hábito de fumar. O uso deve ser iniciado alguns dias antes da cessação, e a dose inicial é de 0,05 mg até atingir 0,15 mg por dia. É um medicamento com eficácia similar e com custo inferior ao da TRN, mas devidos aos seus efeitos adversos sua prescrição é limitada.⁴⁴⁻⁴⁵

A vareniclina é o primeiro fármaco específico para a cessação do tabagismo, que age no mecanismo neurobiológico da dependência à nicotina. Age ligando-se seletivamente aos receptores nicotínicos da acetilcolina e diminuindo os sintomas da abstinência. A vareniclina tem eficácia e segurança, e é mais eficaz que a bupropiona em um tratamento de 24 semanas.⁴⁴

Drogas como a anabasina, a citosina e a lobelina (análogos da nicotina), a mecamilamina (antagonista nicotínico), a buspirona (ansiolítico) e os antidepressivos inibidores da serotonina não demonstraram resultados satisfatórios na manutenção da abstinência e na redução da vontade de fumar.⁴⁵

Tratamento não-farmacológico

Por sua vez, o tratamento não-farmacológico ou intervenções psicossociais consistem em diferentes modelos de tratamento, que variam conforme a base teórica e as técnicas utilizadas. As intervenções diferenciam-se pela intensidade (frequência ou duração), pelo modo em que é realizado (ambulatorial ou hospitalar) e pela forma de abordagem (individual ou grupal). O tratamento não-farmacológico geralmente consiste em técnicas de psicoeducação, reforço da auto-eficácia, suporte e encorajamento da relação terapêutica.⁴⁴

A entrevista motivacional é um método de intervenção psicossocial amplamente utilizado para cessação de comportamentos dependentes, e baseia-se em três conceitos: a motivação, entendida como a possibilidade de que uma pessoa inicie, dê continuidade e permaneça em tratamento; a ambivalência, definido como o conflito psicológico advindo do processo de escolha entre dois caminhos; e a prontidão para a mudança.⁴⁴

O conceito de prontidão para a mudança está baseado no Modelo Transteórico, que preconiza que a mudança comportamental é um processo e que existem diversos níveis de motivação

para mudar comportamentos. São descritos 5 estágios motivacionais, pelos quais o indivíduo deve passar para modificar um comportamento problema: a *pré-contemplação*, quando o indivíduo não demonstra consciência suficiente de que tem problemas; a *contemplação*, no qual a pessoa passa a considerar seu comportamento como um problema e com possibilidade de mudanças; a *preparação*, quando a pessoa começa a planejar uma mudança comportamental; na *ação* as tentativas de mudanças são colocadas em prática; no estágio de *manutenção*, a pessoa modifica seu estilo de vida com o objetivo de evitar recaídas, atingindo abstinência e consolidando as mudanças. Uma recaída pode acontecer, o que faz com que o dependente volte a passar pelos estágios iniciais de mudança antes de atingir a manutenção em longo prazo.⁴⁴

A entrevista motivacional é uma técnica útil em várias fases do tratamento, especialmente em casos nos quais os pacientes estejam ambivalentes e resistentes à mudança. Por tratar-se de uma técnica breve e direta, pode ser utilizada em vários locais como em ambulatórios e em hospitais.⁴⁴

A terapia cognitivo-comportamental (TCCO) tem a finalidade de informar ao paciente sobre os riscos do cigarro e os benefícios de parar de fumar. Possibilita apoio ao paciente durante o processo de cessação para que possa lidar com a síndrome de abstinência, a dependência psicológica e os comportamentos associados ao hábito de fumar. A TCCO também utiliza técnicas de treinamento de habilidades, de solução de problemas e apoio social. O aconselhamento pode ser individual ou em grupo, por um período de 4 semanas, e deve ser realizado por pessoal especializado. Materiais de suporte como vídeos e folhetos podem ser utilizados.⁴⁴⁻⁴⁶

Não existem evidências científicas que permitam afirmar que uma modalidade de tratamento, individual ou em grupo, é mais eficaz que a outra. Ambas têm suas vantagens. O tratamento grupal proporciona um maior suporte social e facilita a proposição de estratégias para lidar com as limitações apresentadas. Por seu turno, o tratamento individual permite maior atenção e adaptação às características do indivíduo. A TCCO grupal é uma abordagem eficaz, que aumenta as chances de sucesso na busca pela abstinência prolongada.⁴⁴⁻⁴⁶

A intervenção breve é uma modalidade de tratamento geralmente aplicada por profissionais especializados, quando o paciente busca auxílio para mudança de um comportamento problema. Na APS pode ser realizada por profissionais não especializados quando os

tabagistas procuram a UAPS para algum tipo de atendimento. Tem como objetivo identificar e aconselhar tabagistas, aumentando a motivação interna de cessar o hábito de fumar.⁴⁴

A intervenção breve consiste em um conjunto de estratégias diferentes. Entretanto, a Intervenção Breve Motivacional (IBM) é a mais utilizada por consistir em uma forma de entrevista motivacional simplificada e desenvolvida para ser utilizada na APS. Este método tem a vantagem de poder ser realizada por profissionais não especialistas e em uma única sessão. A IBM traz resultados mais satisfatórios do que o aconselhamento simples, principalmente entre os pacientes que ainda não estão preparados para deixar de fumar, por entre outros fatores, ocupar menos tempo no atendimento dos pacientes e por proporcionar um melhor custo-benefício.⁴⁴

Outra modalidade de intervenção psicossocial relatada, mas pouco utilizada no Brasil, é o aconselhamento telefônico, que consiste no suporte dado ao fumante de duas maneiras: através de ligação previamente combinada do profissional para o paciente (Proativo), e quando o fumante liga para o número telefônico procurando ajuda e aconselhamento (Reativo). Esta modalidade tem como vantagens a diminuição das barreiras físicas e a otimização do uso do tempo por parte de pacientes que dispõem de pouco tempo para outras modalidades de intervenção.⁴⁴⁻⁴⁶

Outras modalidades de tratamento como a acupuntura, a hipnose, os tratamentos baseados em estágios de motivação, os Doze Passos dos Alcoólicos Anônimos (AA), o uso isolado da atividade física, a terapia familiar e a terapia psicodinâmica, são muito populares, embora exista a necessidade de mais estudos científicos que evidenciem suas eficácias.⁴⁶

5.11 – ADESÃO DOS TABAGISTAS AO TRATAMENTO

Diante da dificuldade da cessação do hábito de fumar, torna-se importante analisar os fatores que podem influenciar a decisão de abandonar o hábito de fumar, ou seja, a adesão ao tratamento do tabagismo, entre os quais a motivação, que pode ser definida como um estado de prontidão ou avidez para a mudança.⁴⁷

A motivação, conforme Russo & Azevedo⁴⁷, se modifica com o tempo e sofre influência do ambiente, tendo também uma relação estreita com o grau de dependência da nicotina. O papel do profissional de saúde também é muito importante neste contexto, pois aumenta as chances de procura e de adesão ao tratamento.

Conforme estudo realizado por Russo & Azevedo⁴⁷, com fumantes que procuravam espontaneamente o Ambulatório de Substâncias Psicoativas (ASPA) do Hospital das Clínicas da Universidade Estadual de Campinas (Unicamp), em busca de tratamento para o tabagismo, quando perguntados por quais motivos o hábito de fumar começou a incomodá-los, 56,6% informaram que era devido a problemas de saúde, 18,9% por pressão social, 15,1% por pressão familiar, e 9,4% por desconforto com o hábito. Quando perguntados se já haviam sofrido constrangimento por fumar, 69,8% informaram que sim, enquanto 30,2% disseram que não. Ao serem perguntados sobre o incentivo para parar de fumar, 67,6% informaram ser incentivados pela família, 18,9% disseram ter sido incentivados por profissionais de saúde. Sobre a motivação para a tomada de decisão, 69,8% informaram que era devido à preocupação com a saúde, 18,9% informaram que era devido a razões sociais, e 11,3% disseram que era devido ao autocuidado. Ao serem questionados por que haviam procurado tratamento para parar de fumar, 32,1% informaram que era devido ao incentivo dos médicos, 30,2% disseram que procuravam auxílio para a cessação, 28,3% disseram que era por preocupação com a saúde, e 9,4% era devido a incentivo da família.

De acordo com Echer⁴⁸, para se obter sucesso no tratamento do tabagismo é primordial que o fumante seja alertado sobre os fatores que interferem no tratamento, como a dependência à nicotina, a síndrome de abstinência, personalidade, a presença de doenças psiquiátricas e o ganho de peso.

A *dependência à nicotina* é um comportamento de má adaptação a esta substância, que leva a problemas clínicos importantes e se manifesta principalmente por níveis de tolerância crescentes aos seus efeitos e sintomas de abstinência com a falta ou diminuição da droga. A

dependência à nicotina tem três mecanismos básicos, *dependência física*, responsável pelos sintomas da síndrome de abstinência; *dependência psicológica*, responsável pela sensação de apoio que o cigarro traz, um mecanismo para lidar com os sentimentos de frustração, solidão e pressão social; e *condicionamento*, representado pelos hábitos associados ao hábito de fumar na vida diária.⁴⁸

Níveis crescentes de tolerância significam a necessidade de quantidades cada vez maiores da droga para obtenção dos mesmos efeitos anteriores. Os sintomas característicos da abstinência são diminuição da concentração e da atenção, e aumento da ansiedade e da vontade de fumar. O uso da nicotina é mantido mesmo se já houver ocorrido algum dano físico ou psicológico.⁴⁸

As manifestações da dependência à nicotina são semelhantes às provocadas por outras drogas, exceto pelo fato de o cigarro não provocar manifestações psíquicas. Entretanto, o padrão de consumo dos fumantes é típico de uma droga que produz dependência, uma vez que o cigarro é consumido durante o dia para aliviar os sintomas de abstinência. O indivíduo que fuma se torna dependente da nicotina devido à atuação desta droga no Sistema Nervoso Central (SNC), que é semelhante à cocaína, mas com a diferença de agir mais rápido sobre o SNC (a nicotina chega ao cérebro apenas 7 segundos depois de ser inalada) e ter uma meia-vida maior (duas horas). Por isso, nos primeiros dias após a cessação os fumantes em abstinência encontram dificuldades de se manter no propósito de parar de fumar, porém as dificuldades diminuem com o passar dos dias.⁴⁸

A *Síndrome de Abstinência à Nicotina* geralmente acontece nos fumantes que tentam parar de fumar sem orientação profissional. Em torno de 70% apresentam algum sintoma de abstinência após a interrupção do uso do cigarro. Os sintomas aparecem após algumas horas da suspensão e duram até 2 meses, com pico nas duas primeiras semanas. Os sintomas psicológicos mais típicos são ansiedade, inquietude, irritação, depressão, agressividade, dificuldade de concentração e aumento do apetite. O sintoma mais característico é uma vontade intensa e inexplicável de fumar, mais conhecida como fissura. Também são observadas alterações em eletroencefalogramas, diminuição da frequência cardíaca, diminuição da pressão arterial, vasodilatação periférica, alterações no padrão de sono, aumento do peso corporal e diminuição da atividade de vigília e memória.⁴⁸

Quando o paciente estiver passando pela síndrome, deve ser estimulado a adotar hábitos de vida saudáveis, como realizar atividades físicas e consumir alimentação equilibrada. O

tratamento farmacológico também é recomendado, a fim de diminuir os sintomas e facilitar a abordagem cognitivo-comportamental. O paciente deve ser orientado principalmente a nunca ceder à vontade de acender o cigarro e a dar uma tragada.⁴⁸

A síndrome de abstinência é a barreira que o fumante precisa vencer para interromper o uso do cigarro e permanecer em abstinência. Muitos pacientes relatam intenso sofrimento individual e familiar e pouca tolerância a esta síndrome, devido à intensidade dos sintomas, dificultando a permanência sem nicotina. Por isso, os profissionais devem orientar os pacientes sobre os sintomas e proporcionar apoio durante esse processo.⁴⁸

Existe uma relação conhecida entre o hábito de fumar, personalidade e doenças psiquiátricas. Por isso, o conhecimento dos fatores psicológicos e psiquiátricos é importante para a condução do tratamento. Os profissionais devem valorizar as características individuais determinantes na manutenção da dependência e propor condutas terapêuticas específicas para cada caso. Antes de iniciar o tratamento, todos os fumantes devem ser avaliados quanto ao seu perfil de personalidade e quanto à presença ou não de distúrbios psiquiátricos. Pacientes com perfil psicológico depressivo ou com doença psiquiátrica instalada devem ser encaminhados para serviço especializado antes de tentar abandonar o hábito de fumar.⁴⁸

A possibilidade de aumento do peso corporal após a cessação do tabagismo tem sido relatada como uma barreira para interrupção do hábito de fumar. Estudos demonstraram que uma das razões relatadas por meninas para começar a fumar é o medo de engordar associado à crença de que fumar emagrece. A média de ganho de peso fica em torno de 2 a 4 Kg. Para pacientes com tendência a ganhar mais peso, o chiclete de nicotina, aparentemente, é a melhor opção.⁴⁸

6 – PLANO DE AÇÃO / INTERVENÇÃO

Primeiro passo: Definição dos problemas.

Os problemas prioritários identificados no diagnóstico situacional da área de abrangência da Equipe José Valter Araújo são:

- Alta prevalência de câncer relacionado ao tabagismo;
- Acúmulo de lixo em lotes vagos;
- Risco de proliferação de *Aedys aegypti*;
- Ausência de esgotamento sanitário em diversas casas;
- Violência;
- Ausência de opções de lazer;
- Desemprego.

Segundo passo: Priorização de problemas.

Quadro 1: Classificação de prioridades para os problemas identificados no diagnóstico do Bairro Cerâmica - Equipe José Valter Araújo. 2012

Bairro Cerâmica - Equipe José Valter Araújo - Priorização dos Problemas				
Principais Problemas	Importância	Urgência	Capacidade de enfrentamento	Seleção
Alta prevalência de câncer relacionado ao tabagismo	Alta	7	Parcial	1
Acúmulo de lixo em lotes vagos	Alta	5	Parcial	2
Risco de proliferação de <i>Aedys aegypti</i>	Alta	5	Parcial	3
Ausência de esgotamento sanitário em diversas casas	Alta	4	Fora	4
Violência	Alta	3	Parcial	5
Ausência de opções de lazer	Alta	3	Parcial	6
Desemprego	Alta	3	Fora	7

Terceiro passo: Descrição do problema selecionado.

Quadro 2: Descritores do problema risco aumentado para câncer - Bairro Cerâmica - Equipe José Valter Araújo. 2012

Descritores	Valores	Fontes
Tabagistas	159	Registro da equipe
Sedentários	321	Registro da equipe
Alcoolismo	75	Registro da equipe
Sobrepeso	115	Registro da equipe

Quarto passo: Explicação do problema.

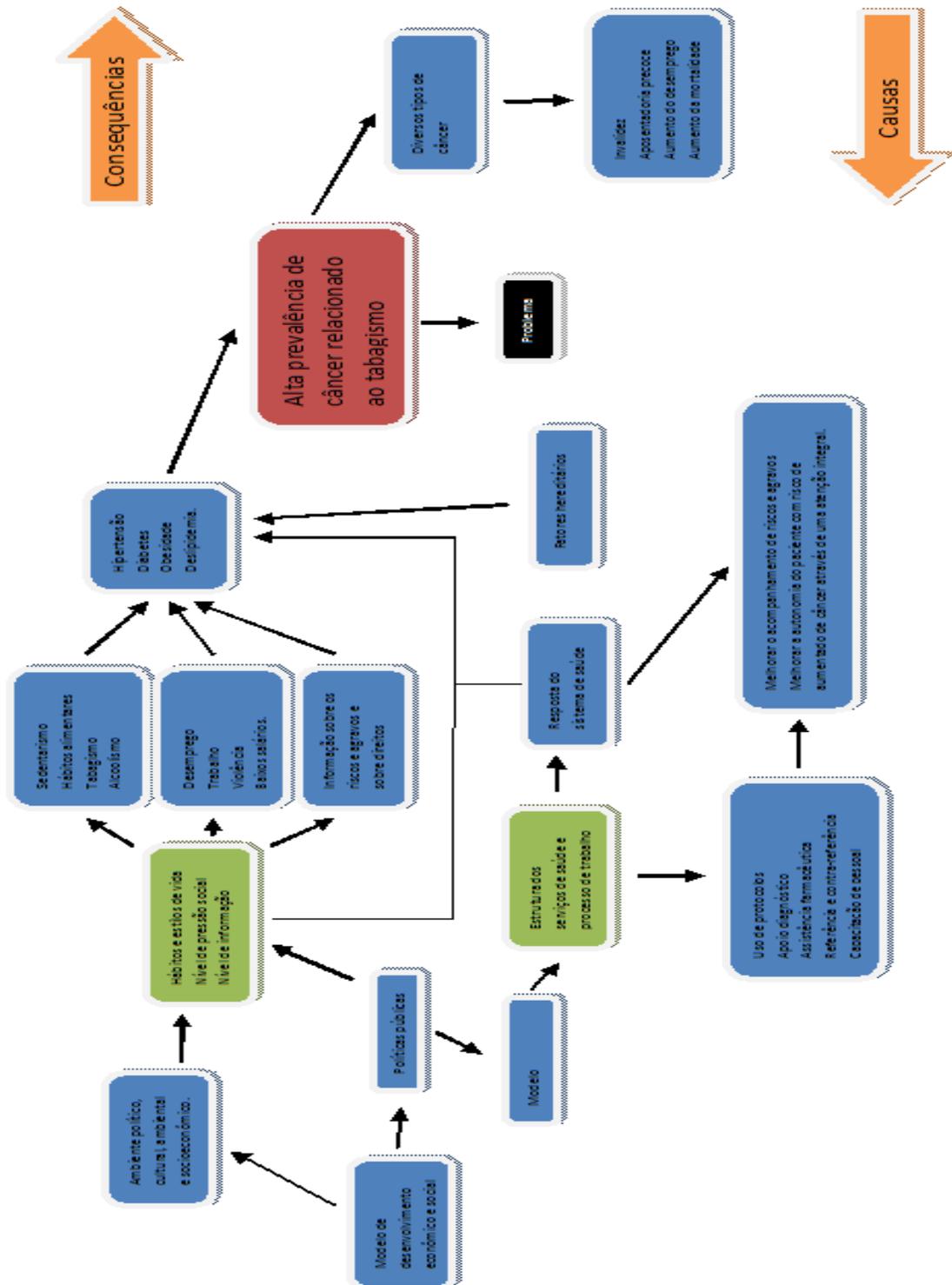


Figura 2: Árvore explicativa do problema Alta Prevalência de câncer relacionado ao tabagismo (Adaptação).

Quinto passo: Seleção dos nós críticos.

Os problemas considerados “nós críticos” pela Equipe José Valter Araújo são os seguintes:

- Hábitos e estilos de vida;
- pressão social (desemprego e violência);
- nível de informação;
- estrutura dos serviços de saúde;
- processo de trabalho da equipe de saúde.

Sexto passo: Desenho das operações.

Quadro 3: Desenho de projeto para solução dos “nós” críticos do problema Alta prevalência de câncer relacionado ao tabagismo.

Nó crítico	Projeto	Resultados	Produtos	Recursos necessários
Hábitos e estilos de vida (Mais Saúde).	Modificar hábitos e estilos de vida	Reduzir em 15% o nº de tabagistas em 1 ano.	- Implantação do programa de controle de tabagismo; - Caminhadas orientadas.	- Organizacionais (organização das caminhadas e grupos de fumantes); - Cognitivos (informações sobre tabagismo e estratégias de comunicação); - Político (mobilização social e articulação com a rede de ensino); - Financeiro (aquisição de material educativo)
Pressão social (Viver Melhor).	Fomentar a cultura de paz.	Diminuição da violência.	Programa de fomento da cultura de paz.	- Cognitivo (informação, projetos de enfrentamento da violência); - Político (mobilização social, articulação intersetorial); - Financeiro (financiamento do projeto).
Nível de informação (Saber Mais).	Aumentar o nível de informação da população sobre os riscos para neoplasias.	População mais informada sobre os riscos de se adquirir câncer.	Avaliação do nível de informação da população sobre risco de adquirir câncer; - Utilizar o PSE; - Capacitação dos ACS's.	- Cognitivo (informação sobre o tema e sobre estratégias pedagógicas); - Organizacional (organização da agenda de eventos); - Político (articulação intersetorial com a educação e mobilização social).

Estrutura dos serviços de saúde (Cuidar Mais e Melhor).	Melhorar a estrutura do serviço para o atendimento dos tabagistas	Garantia de tratamento e exames para 50% dos tabagistas.	- Capacitação de pessoal; - Contratação de compra de exames e consultas; - Compra de medicamentos.	- Cognitivo (elaboração de projetos para melhoria dos serviços); - Políticos (aumento dos recursos para atendimento); - Financeiros (aumento da oferta de exames, consultas e medicamentos).
Processo de trabalho da equipe considerado inadequado (Linha de Cuidado).	Implantar programa de controle de tabagismo.	Cobertura de 50% dos tabagistas.	- Programa de Controle de Tabagismo implantado. - Recursos humanos capacitados.	- Cognitivo (elaboração de estratégias para implantação do programa); - Político (articulação entre os setores da saúde); - Organizacional (adequação de fluxos).

Sétimo passo: Identificação dos recursos críticos.

Quadro 4: Recursos críticos para operação de solução do problema alta prevalência de câncer relacionado ao tabagismo.

Operação/ Projeto	Recursos críticos
Mais Saúde	- Organizacionais (organização das caminhadas e grupos de fumantes); - Cognitivos (informações sobre tabagismo e estratégias de comunicação); - Político (mobilização social e articulação com a rede de ensino); - Financeiro (aquisição de material educativo).
Viver Melhor	- Cognitivo (informação, projetos de enfrentamento da violência); - Político (mobilização social, articulação intersetorial); - Financeiro (financiamento do projeto).
Saber Mais	- Cognitivo (informação sobre o tema e sobre estratégias pedagógicas); - Organizacional (organização da agenda de eventos); - Político (articulação intersetorial com a educação e mobilização social).
Cuidar Mais e Melhor	- Cognitivo (elaboração de projetos para melhoria dos serviços); - Políticos (aumento dos recursos para atendimento); - Financeiros (aumento da oferta de exames, consultas e medicamentos).
Linha de Cuidado	- Cognitivo (elaboração de estratégias para implantação do programa); - Político (articulação entre os setores da saúde); - Organizacional (adequação de fluxos).

Oitavo passo: Análise de viabilidade do plano.

Quadro 5: Propostas de ações para a motivação dos atores.

Operações/ Projetos	Recursos críticos	Controle dos recursos críticos		Ações estratégicas
		Ator que controla	Motivação	
Mais Saúde Modificar hábitos e estilos de vida	- Político (mobilização social e articulação com a rede de ensino); - Financeiro (aquisição de material educativo)	- Secretaria de saúde. - Secretaria de saúde.	- Favorável. - Favorável.	- Não é necessário.
Viver Melhor Fomentar a cultura da paz	- Político (mobilização social, articulação intersetorial); - Financeiro (financiamento do projeto).	- Associação de moradores, Secretários de Saúde, Educação, Ação Social, Planejamento, ONGs, Sociedade Civil, Defesa Social, Judiciário. - Secretarias de Saúde e de Ação Social.	- Favorável. - Indiferente.	- Apresentar o projeto. - Apoio das associações.
Saber Mais Aumentar os níveis de informação da população sobre os riscos de se adquirir câncer	- Político (articulação intersetorial com a educação e mobilização social).	- Secretaria de educação.	- Favorável.	- Apresentar o projeto.
Cuidar Mais e Melhor Melhorar do serviço para o atendimento dos tabagistas	- Políticos (aumento dos recursos para atendimento); - Financeiros (aumento da oferta de exames, consultas e medicamentos).	- Prefeito Municipal, Secretário de Estado de Saúde, Secretário Municipal de Saúde. - Fundo Nacional de Saúde.	- Favorável. - Indiferente.	- Apresentar projeto de estruturação da rede.
Linha de Cuidado Implantar programas de controle de tabagismo.	- Político (articulação entre os setores da saúde).	- Secretário Municipal de Saúde.	- Favorável.	- Apresentar o projeto.

Nono passo: Elaboração do plano operativo.

Quadro 6: Plano operativo.

Operações/ Projetos	Resultados	Produtos	Ações estratégicas	Responsável	Prazo
Mais Saúde Modificar hábitos e estilos de vida	- Reduzir em 15% o nº de tabagistas em 1 ano.	- Implantação do programa de controle de tabagismo; - Caminhadas orientadas.	- Não é necessário	- Enfermeiro e Técnico de Enfermagem.	- Três meses para o início das atividades.
Viver Melhor Fomentar a cultura da paz	- Diminuição da violência.	Programa de fomento da cultura de paz.	- Apresentar o projeto. - Apoio das associações.	- Médico e ACS.	- Três meses para apresentação do projeto e início das atividades.
Saber Mais Aumentar os níveis de informação da população sobre os riscos de se adquirir câncer	- População mais informada sobre os riscos de se adquirir câncer.	Avaliação do nível de informação da população sobre risco de adquirir câncer; - Utilizar o PSE; - Capacitação dos ACS's.	- Apresentar o projeto.	- Enfermeiro e ACS.	- Início em três meses e término em seis meses; - Início em três meses e avaliação em seis meses; - Início em três meses e término em seis meses.
Cuidar Mais e Melhor Melhorar do serviço para o atendimento dos tabagistas.	- Garantia de tratamento e exames para 50% dos tabagistas.	- Capacitação de pessoal; - Contratação de compra de exames e consultas; - Compra de medicamentos.	- Apresentar projeto de estruturação da rede.	- Médico e Coordenador da Atenção Básica à Saúde.	- Três meses para apresentação do projeto e nove meses para finalização.
Linha de Cuidado Implantar programas de controle de tabagismo.	- Cobertura de 50% dos tabagistas.	- Programa de Controle de Tabagismo implantado. - Recursos humanos capacitados.	- Apresentar o projeto.	- Médico e Coordenador da Atenção Básica à Saúde.	- Início em três meses e finalização em doze meses.

Décimo passo: Gestão do plano.

Quadro 7: Planilha para acompanhamento do plano operativo.

Operação: Mais Saúde					
Coordenação: Coordenador da atenção básica.					
Avaliação após seis meses do início do projeto.					
Produtos	Responsável	Prazo	Situação atual	Justificativa	Novo prazo
1 Programa de controle de tabagismo.	Coordenador da atenção básica à saúde.	Três meses para o início das atividades.	Aguarda implantação.		
2 Caminhadas orientadas.	Enfermeiro.	Três meses para o início das atividades.	Aguarda implantação.		
Operação: Viver Melhor					
Coordenação: Coordenador da atenção básica.					
Avaliação após seis meses do início do projeto.					
Produtos	Responsável	Prazo	Situação atual	Justificativa	Novo prazo
1 Programa de fomento da cultura de paz.	Coordenador da atenção básica à saúde.	Três meses para o início das atividades.	Aguarda implantação.		
Operação: Saber Mais					
Coordenação: Coordenador da atenção básica.					
Avaliação após seis meses do início do projeto.					
Produtos	Responsável	Prazo	Situação atual	Justificativa	Novo prazo
1 Avaliação do nível de informação da população sobre risco de adquirir câncer.	Coordenador da atenção básica à saúde.	Início em três meses e término em seis meses.	Aguarda implantação.		
2 Utilização do Programa Saúde na Escola.	Enfermeiro.	Início em três meses e avaliação em seis meses.	Aguarda implantação.		
3 Capacitação dos ACS's.	Enfermeiro.	Início em três meses e término em seis meses.	Aguarda implantação.		

Operação: Cuidar Mais e Melhor					
Coordenação: Médico da equipe.					
Avaliação após seis meses do início do projeto.					
Produtos	Responsável	Prazo	Situação atual	Justificativa	Novo prazo
1 Capacitação de pessoal.	Médico da equipe.	Três meses para apresentação do projeto e nove meses para finalização.	Aguarda implantação.		
2 Contratação de compra de exames e consultas.	Coordenador da atenção básica à saúde.	Três meses para a apresentação do projeto e nove meses para finalização.	Aguarda implantação.		
3 Compra de medicamentos.	Coordenador da atenção básica à saúde.	Três meses para a apresentação do projeto e nove meses para finalização.	Aguarda implantação.		
Operação: Linha de Cuidado					
Coordenação: Coordenador da atenção básica.					
Avaliação após seis meses do início do projeto.					
Produtos	Responsável	Prazo	Situação atual	Justificativa	Novo prazo
1 Programa de controle de tabagismo implantado.	Coordenador da atenção básica à saúde.	Início em três meses e finalização em doze meses	Aguarda implantação.		
2 Recursos humanos capacitados.	Enfermeiro.	Início em três meses e finalização em doze meses	Aguarda implantação.		

7 – RESULTADOS E DISCUSSÕES

Foram encontrados 58 artigos que tratam do tema proposto nas bases de dados da *Scientific Electronic Library Online* (SciELO) e da Biblioteca Virtual em Saúde (BVS). Também foram utilizados materiais provenientes de sítios eletrônicos governamentais como os *sites* do INCA e do Ministério da Saúde.

Existem grandes quantidades de informações relativas ao tabagismo nestas bases de dados, abordando o tema sob os mais variados aspectos. Dessa forma, privilegiou-se aqueles que tratavam da adesão ao tratamento do tabagismo e que pudesse dar algum subsídio para a elaboração do plano de ação.

As informações referentes à epidemia do tabagismo no Brasil e no mundo são importantes. Entretanto, percebe-se que muitos dados são diferentes ou não indicam a mesma realidade no tempo em estudo, o que exige do pesquisador cautela quando for utilizá-las. Por seu turno, as informações referentes à adesão ao tratamento do tabagismo estão em menor número.

Existem vários tipos de tratamentos para o tabagismo e métodos que podem ser utilizados unicamente ou em conjunto, entretanto, faltam estudos científicos que possam evidenciar a eficácia de cada um.

O plano de ação proposto visa minimizar o problema da alta prevalência de câncer relacionado ao tabagismo identificado na área de atuação da equipe de saúde José Walter Araújo, que tem a alta prevalência do tabagismo como uma de suas facetas.

Trata-se de um plano de ação abrangente, que visa minimizar o risco de se adquirir câncer com foco no controle do tabagismo. As propostas são modificar hábitos e estilos de vida, fomentar a cultura de paz, aumentar os níveis de informação da população sobre os riscos de se adquirir câncer, ampliar o acesso dos usuários para o atendimento dos fumantes e implantar programas de controle de tabagismo no município.

Optou-se por contemplar as propostas que estavam dentro do espaço de governabilidade de uma equipe de saúde da família e as que poderiam contar com a participação de outros atores sociais envolvidos, como a secretaria municipal de saúde e a associação de moradores do bairro.

8 – CONSIDERAÇÕES FINAIS

Esse trabalho permitiu que fosse proposto um plano de ação para minimizar o problema do câncer relacionado ao tabagismo na área de atuação da equipe de saúde da família José Walter Araújo, em Janaúba (MG). As informações referentes à adesão dos fumantes ao tratamento do tabagismo foram importantes para subsidiar conceitualmente as ações propostas. O plano é abrangente, pois a prevalência do tabagismo é um evento multifatorial. O problema do tabagismo e sua associação com o câncer não é recente. Muitos são os tipos de tratamento para o tabagismo, se pudermos avançar rumo a um modelo de tratamento mais eficaz e resolutivo muitas vidas serão salvas. No entanto, se esse pequeno trabalho demonstrativo tiver a capacidade de livrar ao menos uma pessoa do vício do cigarro, a sua missão terá sido cumprida.

REFERÊNCIAS

- 1 - Instituto Nacional do Câncer José Alencar Gomes da Silva. ABC do câncer: abordagens básicas para o controle do câncer. Instituto Nacional de Câncer, Coordenação Geral de Ações Estratégicas, Coordenação de Educação; organização Luiz Claudio Santos Thuler. – 2. ed. rev. e atual.– Rio de Janeiro: Inca, 2012. 129 p.
- 2 - Gomes FBC. Consequências do tabagismo para a saúde. Biblioteca Digital Câmara dos Deputados. 2003. Disponível em: www.bd.camara.gov.br. Acesso em: 25 out 2012.
- 3 - Campos FCC; Faria HP; Santos MA. Planejamento e avaliação das ações em saúde. NESCON/UFMG - Curso de Especialização em Atenção Básica em Saúde da Família. 2. ed. Belo Horizonte: Coopmed, 2010. 114p.
- 4 - Menezes AMB *et al.* Problemas de saúde mental e tabagismo em adolescentes do sul do Brasil. Rev. Saúde Pública [online]. 2011, vol.45, n.4, pp. 700-705. Epub May 20, 2011. ISSN 0034-8910.
- 4a - BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. CNESNet. Disponível em: http://cnes.datasus.gov.br/cabecalho_reduzido.asp?VCod_Unidade=31_35102763850. Acesso em: 10 de agosto de 2012.
- 4b - JANAÚBA. Secretaria Municipal de Saúde. Unidade Básica de Saúde Herlinda Silveira Dias Brito. Equipe José Valter Araújo. Diagnóstico Local. Janaúba (MG). 2007. 18p.
- 4c - JANAÚBA. Secretaria Municipal de Saúde. Plano Municipal de Saúde. Janaúba (MG). 2006. 254p.
- 5 – Leopardi MT. Metodologia da pesquisa em saúde. 2 ed. rev. e atual. Florianópolis: UFSC, 2002. 290p.
- 6 – Minayo MCS. O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde. 7 ed. São Paulo: Hucitec, 2000. 269p.
- 7 – Duarte SV; Furtado MSV. Manual para elaboração de monografias e projetos de pesquisas. 3 ed. Montes Claros: Unimontes, 2002. P.28.
- 8 – Universidade Federal de São Paulo. 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 06/02/2014.
- 9 – Rosemberg J, Rosemberg AMA, Moraes MA. Nicotina: droga universal. São Paulo: Secretaria de Estado da Saúde. Centro de Vigilância Epidemiológica. 239p. 2003.
- 10 – Silva I. Tabagismo: o mal da destruição em massa. Fundação Oswaldo Cruz (Fiocruz). 2012. Disponível em: <http://www.fiocruz.br/biosseguranca/Bis/infantil/tabagismo.o.htm>. Acesso em 05 dez 2013.
- 11 – Organização Mundial da Saúde. Classificação estatística internacional de doenças e problemas relacionados à saúde (CID 10). 4 ed. São Paulo: Edusp; 1997.

- 12 – Russo AC; Azevedo, RCS. Fatores motivacionais que contribuem para a busca de tratamento ambulatorial para a cessação do tabagismo em um hospital geral universitário. *Jornal Brasileiro de Pneumologia*. 2010; 36(5): 603-611.
- 13 – Instituto Nacional do Câncer José Alencar Gomes da Silva. Tabagismo: dados e números 2007. Disponível em: <http://www.inca.gov.br/tabagismo/frameset.asp?item=dadosnum&link=mundo.htm>. Acesso em 26 jan 2014.
- 14 – World Health Organization (WHO). WHO framework convention on tobacco control. Geneva: World Health Organization, 2003. Disponível em: http://www.who.int/tobacco/framework/WHO_FCTC_english.pdf. Acesso em 25 jan 2014.
- 15 - World Health Organization (WHO). Tools for advancing tobacco control in the XXIst century: policy recommendations for smoking cessation and treatment of tobacco dependence. Tools for public health. Geneva: World Health Organization, 2003. Disponível em: http://www.who.int/tobacco/resources/publications/en/intro_chapter3.pdf. Acesso em 25 jan 2014.
- 16 – Pinto M, Ugá MAD. Custo do tratamento de pacientes com histórico de tabagismo em hospital especializado em câncer. *Rev Saúde Pú. 2011; 45(3): 575-82.*
- 17 – World Health Organization (WHO). WHO report on the global tobacco epidemic, 2008: the MPOWER package. Geneva: World Health Organization, 2008. Disponível em: <http://www.who.int/tobacco>. Acesso em 25 jan 2014.
- 18 – Balbani APS, Montovani JC. Métodos para abandono do tabagismo e tratamento da dependência da nicotina. *Rev Bras Otorrinolaringol*. 2005; 71(6): 820-7.
- 19 – Organização Pan-Americana da Saúde. Brasil. Ministério da Saúde. Tabaco e pobreza, um ciclo vicioso – a convenção quadro de controle do tabaco: uma resposta. Brasília: Ministério da Saúde; 2004. p. 171.
- 20 – Instituto Nacional do Câncer José Alencar Gomes da Silva. Atualidades em tabagismo. EUA têm queda histórica em número de fumantes, diz pesquisa. Fonte: www.saude.terra.com.br. Disponível em: <http://www1.inca.gov.br/tabagismo/frameset.asp?item=atualidades&link=lista.asp>. Acesso em 09 fev 2014.
- 21 – Instituto Nacional do Câncer José Alencar Gomes da Silva. Atualidades em tabagismo. Brasil está na vanguarda do combate ao fumo, diz pesquisa canadense. Fonte: www.correiobraziliense.com.br. Disponível em: <http://www1.inca.gov.br/tabagismo/frameset.asp?item=atualidades&link=lista.asp>. Acesso em 09 fev 2014.
- 22 – Instituto Nacional do Câncer José Alencar Gomes da Silva. Atualidades em tabagismo. Conheça as novas regras sobre os cigarros na Europa. Fonte: <http://www.noticiasaoiminuto.com/>. Disponível em: <http://www1.inca.gov.br/tabagismo/atualidades/ver.asp?id=2287>. Acesso em 09 fev 2014.
- 23 – Instituto Nacional do Câncer José Alencar Gomes da Silva. Atualidades em tabagismo. Ator que fazia anúncios de cigarro morre por doença ligada ao fumo. Fonte: www.g1.globo.com. Disponível em: <http://www1.inca.gov.br/tabagismo/frameset.asp?item=atualidades&link=lista.asp>. Acesso em 09 fev 2014.

- 24 – Otero UB, Perez CA, Szklo M, Esteves GA, Pinho MM, Szklo AS, Turci SRB. Ensaio clínico randomizado: efetividade da abordagem cognitivo-comportamental e uso de adesivos transdérmicos de reposição de nicotina, na cessação de fumar, em adultos residentes no município do Rio de Janeiro, Brasil. *Cad. Saúde Pública*, Rio de Janeiro, 22(2): 439-449, fev, 2006.
- 25 – Cavalcante TM. O Brasil e a Convenção – Quadro da Organização Mundial da Saúde. Secretaria Executiva da Comissão Nacional (interministerial) para Implementação da Convenção Quadro para Controle do Tabaco. [site da Internet] 2006. Disponível em: www.mc.gov.br/sites/600/695/00002184.pdf. Acesso em 10 fev 2014.
- 26 – Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Produção agrícola municipal 2005 – Em 2005, valor da produção agrícola foi de 13,6 bi menor. [site da Internet]. Disponível em: www.ibge.gov.br/home/presidencia/noticias/noticia_visualizada.php?id_noticia=740. Acesso em 10 fev 2014.
- 27 – Gil AR. Câncer de pulmão: inimigo a ser enfrentado. *Prat Hosp.* [periódico na Internet] 2004 mar/abr; 6 (32). Disponível em: <http://www.praticahospitalar.com.br/pratica%2032/paginas/editorial%2032.html>. Acesso em 10 fev 2014.
- 28 – Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria. Instituto Nacional de Câncer. Coordenação Nacional de Controle do Tabagismo e Prevenção Primária de Câncer. Falando sobre Tabagismo. 3ª ed. Rio de Janeiro: Ministério da Saúde; 1998.
- 29 – Moreira LB, Fuchs FD, Moraes RS, Bredemeir M, Cardozo S. Prevalência de tabagismo e fatores associados em área metropolitana da região sul do Brasil. *Rev. Saúde Pública* 1995; 29:46-51.
- 30 – Miranda AE. Índices de fumantes entre gaúchos preocupa a Secretaria de Saúde. Governo do Estado do Rio Grande do Sul. Agência de notícias. [site na Internet]. Disponível em: <http://www.estado.rs.gov.br/index.php>. Acesso em 20 fev 2014.
- 31 – Caram LMO, Ferrari R, Tanni SE, Coelho LS, Godoy I, Martin RSS, Godoy I. Perfil de fumantes atendidos em serviço público para tratamento do tabagismo. *J Bras Pneumol.* 2009; 35(10): 980-985.
- 32 – Viegas CAA, Valentim AGT, Amoras JAP, Nascimento EJM. Atitudes dos pneumologistas brasileiros em face da dependência de nicotina: inquérito nacional. *J Bras Pneumol.* 2010; 36(2): 239-242.
- 33 – Gomes FBC. Consequências do tabagismo para a saúde. Câmara dos Deputados. Biblioteca Digital da Câmara dos Deputados. [On-line]. 2003. Disponível em: <http://www.bd.camara.gov.br>. Acesso em: 10 fev 2014.
- 34 - Abreu MNS, Souza CF, Caiaffa WT. Tabagismo entre adolescentes e adultos jovens de Belo Horizonte, Minas Gerais, Brasil: influência do entorno familiar e grupo social. *Cad. Saúde Pública* [online]. 2011, vol.27, n.5, pp. 935-943. ISSN 0102-311X. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/csp/v27n5/11.pdf>. Acesso em 15 fev 2014.
- 35 - Wunsch Filho V, Mirra AP, Lopez RVM, Antunes LF. Tabagismo e câncer no Brasil: evidências e perspectivas. *Rev. bras. epidemiol.* [online]. 2010, vol.13, n.2, pp. 175-187. ISSN 1415-790X.

- 36 - Instituto Nacional do Câncer José Alencar Gomes da Silva. A situação do tabagismo no Brasil. Dados dos inquéritos do Sistema Internacional de Vigilância do Tabagismo da Organização Mundial da Saúde realizados no Brasil entre 2002 e 2009. Rio de Janeiro: Inca, 2011. 76p. Disponível em: http://www1.inca.gov.br/inca/Arquivos/situacao_tabagismo.pdf. Acesso em 11 fev 2014.
- 37 – Gomes FBC. Consequências do tabagismo para a saúde. Câmara dos Deputados. Consultoria Legislativa. Brasília: Biblioteca Digital da Câmara dos Deputados, 2003. Disponível em: <http://www.bd.camara.gov.br>. Acesso em 24 fev 2014.
- 38 – Instituto Nacional do Câncer José Alencar Gomes da Silva. Observatório da Política Nacional de Controle do Tabaco. O que é a Convenção-Quadro para o Controle do Tabaco. Disponível em: http://www2.inca.gov.br/wps/wcm/connect/observatorio_controle_tabaco/site/home/convencao_quadro/o_que_e. Acesso em 25 fev 2014.
- 39 – Iglesias R, Jha P, Pinto M, Silva VLC, Godinho J. Controle do tabagismo no Brasil. Documento de discussão. Banco Mundial. Departamento de Desenvolvimento Humano. Região da América Latina e do Caribe, 2007. Disponível em: www.worldbank.org. Acesso em 24 fev 2014.
- 40 – Brasil. Ministério da Saúde. Departamento de Atenção Básica. Doenças Respiratórias Crônicas. Cadernos de Atenção Básica. Brasília: Ministério da Saúde, 2010. 1º ed. 142p.
- 41 – Instituto Nacional do Câncer José Alencar Gomes da Silva. Observatório da Política Nacional de Controle do Tabaco. A Comissão Nacional para Implementação da Convenção-Quadro para o Controle do Tabaco (CONICQ). Disponível em: http://www2.inca.gov.br/wps/wcm/connect/observatorio_controle_tabaco/site/home/conicq/comissao. Acesso em 25 fev 2014.
- 42 – Brasil. Presidência da República. Casa Civil. Subchefia para Assuntos Jurídicos. Decreto de 1º de Agosto de 2003. Cria a Comissão Nacional para Implementação da Convenção-Quadro para o Controle do Tabaco e de seus Protocolos. Brasília, 1º ago 2003. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/DNN/2003/Dnn9944.htm. Acesso em 25 fev 2014.
- 43 – Instituto Nacional do Câncer José Alencar Gomes da Silva. Programa Nacional de Controle do Tabagismo e Outros Fatores de Risco de Câncer. Modelo Lógico e Avaliação. Rio de Janeiro: Inca, 2003. 2º ed. 46p.
- 44 – Mazoni CG, Fernandes S, Pierozan PS, Moreira T, Freese L, Ferigolo M, Barros HMT. A eficácia das intervenções farmacológicas e psicossociais para o tratamento do tabagismo: revisão da literatura. Estudos de Psicologia 2008, 13(2), 133-140. ISSN (*On Line*): 1678-4669. Disponível em: www.scielo.br/epsic. Acesso em 12 março 2014.
- 45 – Focchi GRA, Braun IM. Tratamento farmacológico do tabagismo. Rev. Psiqu. Clín. 32 (5); 259-266, 2005. Disponível em: www.scielo.br/epsic. Acesso em 18 março 2014.
- 46 – Presman S, Carneiro E, Gigliotti A. Tratamentos não-farmacológicos para o tabagismo. Rev. Psiqu. Clín. 32 (5); 267-275, 2005. Disponível em: www.scielo.br/epsic. Acesso em 18 março 2014.
- 47 – Russo AC, Azevedo RCS. Fatores motivacionais que contribuem para a busca de tratamento ambulatorial para a cessação do tabagismo em um hospital geral universitário. J Bras Pneumol. 2010; 36(5): 603-611.

48 – Echer IC. Fatores de sucesso no abandono do tabagismo. Tese de Doutorado – Orientador: Sérgio Saldanha Menna Barreto. Universidade Federal do Rio Grande do Sul. Faculdade de Medicina. Programa de Pós-Graduação em Medicina: Ciências Médicas. Porto Alegre, 2006. 149p. Disponível em: <http://www.lume.ufrgs.br/bitstream/handle/10183/81113/000567974.pdf?sequence=1>. Acesso em 22 março 2014.