

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

DAIANA ELIAS RODRIGUES

AÇÕES PARA DIMINUIÇÃO DO TABAGISMO
NO TERRITÓRIO DA EQUIPE DE SAÚDE SANTA
RITA EM ITABIRITO - MINAS GERAIS

LAGOA SANTA - MINAS GERAIS

2014

DAIANA ELIAS RODRIGUES

**AÇÕES PARA DIMINUIÇÃO DO TABAGISMO
NO TERRITÓRIO DA EQUIPE DE SAÚDE SANTA
RITA EM ITABIRITO - MINAS GERAIS**

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

Orientador: Prof. Bruno Leonardo de Castro Sena

LAGOA SANTA - MINAS GERAIS

2014

DAIANA ELIAS RODRIGUES

**AÇÕES PARA DIMINUIÇÃO DO TABAGISMO
NO TERRITÓRIO DA EQUIPE DE SAÚDE SANTA
RITA EM ITABIRITO - MINAS GERAIS**

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

Orientador: Prof. Bruno Leonardo de Castro Sena

BANCA EXAMINADORA

Prof. Bruno Leonardo de Castro Sena (UFMG)

Prof. Ms. Christian Emmanuel Torres Cabido

Aprovado em Belo Horizonte, em 07 / 06 / 2014

DEDICATÓRIA

À todos os moradores da cidade de Itabirito.

À equipe de Saúde da Família Santa Rita.

Aos usuários da Unidade de Saúde Santa Rita.

AGRADECIMENTOS

Ao meu orientador, professor Bruno Leonardo de Castro Sena pela dedicação na minha orientação.

À equipe de Saúde Santa Rita que ajudou na formulação do trabalho.

À todos os integrantes do Nescon (Programa Ágora) pela oportunidade.

“Não sei se a vida é curta ou longa para nós, mas sei que nada do que vivemos tem sentido, se não tocarmos o coração das pessoas. Muitas vezes basta ser: colo que acolhe, braço que envolve, palavra que conforta, silêncio que respeita, alegria que contagia, lágrima que corre, olhar que acaricia, desejo que sacia, amor que promove. E isso não é coisa de outro mundo, é o que dá sentido à vida. É o que faz com que ela não seja nem curta, nem longa demais, mas que seja intensa, verdadeira, pura enquanto durar. Feliz aquele que transfere o que sabe e aprende o que ensina.”

Cora Coralina

RESUMO

O tabagismo é uma pandemia e precisa deve ser considerado a principal causa de morte evitável em todo o mundo. Deve-se reconhecer que a epidemia do tabagismo é um problema de saúde pública e toda ação dirigida ao seu controle deve ter um foco além da dimensão do indivíduo, buscando também abarcar as variáveis sociais, políticas e econômicas. Ações em nível de atenção primária envolvendo a comunidade devem ser priorizadas. Em Santa Rita, bairro de Itabirito/MG, o tabagismo foi escolhido como principal problema de saúde da comunidade. O bairro apresenta uma população estimada de 3567 que utiliza os serviços de uma Equipe de Saúde da Família. Este estudo objetivou a elaboração de um plano de ação para diminuição do tabagismo em Santa Rita a partir da elaboração do diagnóstico situacional da área. Realizou-se o método de estimativa rápida utilizando dados secundários da Unidade e da Secretaria de Saúde além de entrevistas com moradores representativos da comunidade, reuniões com a equipe e observação direta dos agentes de saúde da família. Também foi realizada uma revisão de literatura para subsidiar o planejamento através dos seguintes bancos de dados: SciELO, LILACS, MEDLINE no período de 1990 a 2013. Na elaboração do plano de ação foi adotada a seguinte dinâmica: descrição da etapa a ser desenvolvida, seguindo o referencial teórico discutido na Disciplina Planejamento e Avaliação das Ações em Saúde, do curso de Especialização em Atenção Básica em Saúde da Família da Universidade Federal de Minas Gerais, e especificidades da intervenção proposta relacionada à etapa descrita. Foi proposto 4 projetos de ação: Stop Tabagismo, + informação, Envelhecer é Dez e Mudança Já. Os projetos agem sobre os nós - críticos: práticas de prevenção e promoção, capacitação profissional, cultura do prazer e juventude e estilo de vida. Concluiu-se que é essencial elaborar um planejamento local que valorize as particularidades da comunidade abordando tanto os adictos quanto prevenindo a iniciação. A escola e o adolescente são prioridades para intervenção. Os profissionais devem trabalhar em equipe e articulada com outros setores governamentais.

Descritores: Hábito de fumar. Atenção primária à saúde. Saúde pública.

ABSTRACT

Smoking is a pandemic and should be considered the leading cause of preventable death worldwide. It should be recognized that the tobacco epidemic is a public health problem and any action directed to their control must have a focus beyond the individual dimension, seeking also encompass social, political and economic variables. Shares in the primary care level by involving the community should be prioritized. In Santa Rita neighborhood Itabirito/MG, smoking was chosen as the main health problem in the community. The district has an estimated 3567 population using the services of a Family Health Team. This study aimed to draw up an action plan for reduction of smoking in Santa Rita from the elaboration of the situational diagnosis of the area. We carried out the method of rapid estimation using data Unit and the Department of Health and interviews with representative community residents, meetings with staff and direct observation of health workers family. Literature review was also made to support the planning through the following databases: SCIELO, LILACS, MEDLINE over the period 1990-2013. In developing the action plan was adopted by the following dynamics: step description to be developed following the theoretical framework discussed in the Department of Planning and Evaluation Actions on Health, Specialization Course in Primary Care in the Family of the Federal University of Minas Gerais Health and specifics of the intervention related to the stages described. Four projects of action was proposed: Stop smoking, + information, Ageing is ten and Change now. Projects act on critical situation: prevention practices and promotion, professional training, culture and youth of pleasure and lifestyle. It was concluded that it is essential to develop a local plan that values of the particularities of the community addressing both addicts as preventing initiation. The school and the adolescent are priorities for intervention. Practitioners must work as a team and coordination with other government sectors.

Keywords: Smoking. Primary health care. Public health.

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

AVC - Acidente Vascular Cerebral

CA - Câncer

CEFET - Centro Federal de Educação Tecnológica

CEO - Centro de Especialidade Odontológica

DM - Diabetes Melitus

DPOC - Doença Pulmonar Obstrutiva Crônica

HAS - Hipertensão Arterial Sistêmica

IBGE - Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística

IDH - Índice de Desenvolvimento Humano

INCA - Instituto Nacional de Câncer

NASF - Núcleo de Assistência a Saúde da família

OMS - Organização Mundial de Saúde

PSE - Planejamento Estratégico Situacional

PTA - Poluição tabagística ambiental

SIAB - Sistema de Informação da Atenção Básica

SIM - Sistema de Informação sobre Mortalidade

SUS - Sistema Único de Saúde

VIGIESCOLA - Vigilância de Tabagismo em Escolares

LISTA DE GRÁFICOS

Gráfico 1: Número de habitantes por microárea. Santa Rita. Itabirito, 2012.....	25
Gráfico 2: Número de famílias por microárea. Santa Rita. Itabirito, 2012.....	26
Gráfico 3: Distribuição de sexo e faixa etária por microárea. Santa Rita. Itabirito, 2012.....	27
Gráfico 4: Distribuição de pessoas por residência na área total. Santa Rita. Itabirito, 2012.....	27
Gráfico 5: Número de filhos por domicílio na área total. Santa Rita. Itabirito.....	28
Gráfico 6: Distribuição de renda na área total. Santa Rita. Itabirito, 2012.....	30
Gráfico 7: Escolaridade na área total coberta. Santa Rita. Itabirito, 2012.....	31
Gráfico 8: Domicílios com água tratada na área total coberta. Santa Rita. Itabirito, 2012.....	32
Gráficos 9: Distribuição dos principais vícios por microárea. Santa Rita. Itabirito, 2012.....	33
Gráfico 10: Distribuição das principais morbidades na área total coberta. Santa Rita. Itabirito, 2012.....	34
Gráfico 11: Distribuição de DM por microárea.Santa Rita. Itabirito, 2012.....	35
Gráfico 12: Distribuição de Cardiopatias por microárea. Santa Rita. Itabirito, 2012.....	36
Gráfico 13: Distribuição de Pneumopatias por microárea. Santa Rita. Itabirito, 2012.....	37
Gráfico 14: Distribuição de Câncer por microárea. Santa Rita. Itabirito, 2012.....	38
Gráfico 15: Distribuição de HAS por microárea. Santa Rita. Itabirito, 2012.....	39

LISTA DE TABELAS

Tabela 1: Número de habitantes por microárea.....	25
Tabela 2: Número de famílias por microárea.....	25
Tabela 3: Distribuição de sexo e faixa etária por microárea.....	26
Tabela 4: Número de pessoas por residência por microárea.....	27
Tabela 5: Número de filhos por domicílio por microárea.....	28
Tabela 6: Estado civil por microárea.....	28
Tabela 7: Religião por microárea.....	29
Tabela 8: Distribuição de renda por microárea.....	30
Tabela 9: Escolaridade por microárea.....	30
Tabela 10: Domicílios com energia elétrica por microárea.....	31
Tabela 11: Domicílios com água tratada por microárea.....	32
Tabela 12: Distribuição dos principais vícios por microárea.....	33
Tabela 13: Distribuição das principais morbidades por microárea.....	33
Tabela 14: Distribuição de DM por idade e microárea.....	34
Tabela 15: Distribuição de Cardiopatias por idade e microárea.....	35
Tabela 16: Distribuição de Pneumopatias por idade e microárea.....	36
Tabela 17: Distribuição de Câncer por idade e microárea.....	37
Tabela 18: Distribuição de HAS por idade e microárea.....	38

LISTA DE FIGURAS

Figura 1: Localização de Itabirito em Minas Gerais.....	18
Figura 2: Foto da Unidade de saúde e localização no município.....	22
Figura 3: Árvore explicativa do problema tabagismo.....	54

LISTA DE QUADROS

Quadro 1: Planejamento das ações a partir dos nós críticos.....	56
Quadro 2: Análise dos Recursos críticos e atores envolvidos.....	57
Quadro 3: Plano Operativo.....	58
Quadro 4: Indicadores dos resultados.....	59

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO.....	17
1.1 Contexto Geral.....	18
1.2 Diagnóstico Situacional	22
2 JUSTIFICATIVA	39
3 OBJETIVOS.....	40
3.1 Objetivo Geral.....	40
3.2 Objetivos Específicos.....	40
4 METODOLOGIA	41
5 REVISÃO DE LITERATURA	42
5.1 O Tabagismo.....	42
5.2 Epidemiologia	42
5.3 Fatores de Risco	45
5.4 Consequências	46
5.5 Controle do Tabagismo	49
6 PLANO DE AÇÃO	51
6.1 Identificação dos problemas da comunidade.....	51
6.2 Priorização dos problemas.....	51
6.3 Descrição e explicação do problema: tabagismo.....	52
6.4 Seleção dos nós críticos.....	53
6.5 Desenho das operações.....	54
6.6 Análise dos recursos críticos, atores e viabilidade.....	55
6.7 Elaboração do Plano Operativo.....	56
6.8 Gestão do Plano.....	56
7 CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	58
REFERÊNCIAS.....	59

1 INTRODUÇÃO

O tabagismo é um problema de saúde pública de grande magnitude. Agir contra ele significa indiretamente diminuir outras morbidades de alta prevalência em nosso meio, já que o tabagismo é fator de risco para doenças cardiovasculares, câncer e doenças periodontais (BRASIL, 2000).

As consequências do tabaco não se registram a doenças amplamente documentadas no meio científico. As consequências indiretas envolvem prejuízo financeiro a outros membros da família, custo para o sistema único de saúde, prejuízos associados ao tabagismo passivo, dentre outros. Segundo a Organização Mundial de Saúde (OMS) o tabagismo contribui para perpetuar o círculo vicioso da pobreza (WHO, 2004).

A cada ano morrem cerca de três milhões de pessoas em todo o mundo devido ao tabaco. Segundo a OMS para os próximos 30 a 40 anos, a epidemia tabágica será responsável por 10 milhões de mortes por ano, sendo que 70% dessas mortes ocorrerão nos países em desenvolvimento (WHO, 1999).

Tendo em vista este custo elevado e as inúmeras consequências do tabagismo faz-se imperioso seu controle (WHO, 1999).

As autoridades de saúde começaram a defender o controle do tabaco no Brasil durante a década de 70. Mas, o contexto social da época não possibilitava a adoção de políticas contra o tabagismo: fumar era uma prática aceita socialmente, além de ser apoiada pela mídia. Assim, apenas em meados dos anos 80 é que foram iniciadas intervenções públicas e uma abordagem mais sistemática dessa questão (BRASIL, 2000).

No Brasil, o Programa Nacional do tabagismo, coordenado pelo Instituto Nacional de Câncer (INCA) é o responsável pelo controle nacional. O programa inclui vigilância, legislação e incentivos econômicos, além de educação em escolas, locais de trabalho e nas unidades de saúde (INCA, 2013).

Apesar de existir diretrizes nacionais para o controle do tabagismo é de grande importância o envolvimento da atenção primária considerando a potencialidade de envolver os atores da comunidade e de entender o problema no nível local com suas peculiaridades.

1.1 Contexto Geral

IDENTIFICAÇÃO DO MUNICÍPIO

A cidade de Itabirito está situada no quadrilátero ferrífero de Minas Gerais (fig. 1). O município é cortado pela Rodovia dos Inconfidentes, rodovia esta de fácil acesso, situando-se à meia distância entre Ouro Preto (48 km) e Belo Horizonte (55 km). Tem como municípios limítrofes: Ouro Preto, Moeda, Santa Bárbara, Conselheiro Lafaiete e Barão de Cocais. O ponto culminante de Itabirito é encontrado no Pico do Itabirito, monolito de hematita com de 1.586 metros.

Figura 1: Localização de Itabirito em Minas Gerais



Fonte: <http://pt.wikipedia.org/wiki/Itabirito> (2012).

HISTÓRICO DE CRIAÇÃO DO MUNICÍPIO

Itabira, conhecida na época como *Itabira do Campo* (distrito criado em 1752 e subordinado ao município de Ouro Preto), foi elevado à categoria de vila com a denominação de Itabirito em 7 de setembro de 1923 e à condição de cidade em 10 de setembro de 1925 (WIKIPEDIA, 2014).

Foi no século XVIII, entre 1706 e 1709, que o Capitão-Mor Francisco Homem Del Rey e o piloto da Nau Nossa Senhora da Boa Viagem, Luiz de Figueiredo Monterroyo chegaram na região em busca de ouro. A partir de 1752, já na condição de Distrito Colonial de Vila Rica, recebeu o nome de *Itabira do Campo*, que o identificou até o ano de 1923, quando emancipou-se politicamente em 7 de setembro, com o nome de *Itabirito*, originário do Tupi, que significa "pedra que risca

vermelho", nome este que denomina um minério de ferro abundante na região (WIKIPEDIA, 2014).

O fato de a cidade se localizar exatamente entre Ouro Preto e o antigo Curral Del Rey, local escolhido para se tornar a nova capital de Minas Gerais, tornou um ponto estratégico de parada dos tropeiros que transitavam pelas montanhas entre as duas localidades (WIKIPEDIA, 2014).

Durante o século XIX, houve um alto fluxo de imigração para Itabirito, causados tanto pela exploração aurífera quanto pela construção da estrada de ferro (WIKIPEDIA, 2014).

ASPECTOS GEOGRÁFICOS, SOCIOECONÔMICOS E DEMOGRÁFICOS

Indicadores:

- Área total do município: 543,007 km² (Disponível na Secretaria de Saúde de Itabirito)
- Concentração habitacional: 83,76 hab./km² (Disponível na Secretaria de Saúde de Itabirito)
- Nº. aproximado de domicílios e famílias:
18748 domicílios (urbanos: 17231 e rurais: 1517) (Disponível na Secretaria de Saúde de Itabirito)
- Índice de Desenvolvimento Humano (IDH): 0,786 médio - *PNUD/2000* (Disponível na Secretaria de Saúde de Itabirito)
- Taxa de Urbanização: 96% (Disponível na Secretaria de Saúde de Itabirito)
- % de Abastecimento de Água tratada: 87,2% de domicílios com acesso à rede geral de abastecimento de água (ITABIRITO, 2014).
- Principais Atividades Econômicas:

A economia de Itabirito gira em torno da mineração, siderurgia e comércio, sendo que os dois últimos dependem invariavelmente da atividade mineral desempenhada na região (WIKIPEDIA, 2014).

- Total da População: 45. 484 (ITABIRITO, 2014).
- Densidade demográfica: 83,76 hab./km² (ITABIRITO, 2014).

SISTEMA LOCAL DE SAÚDE

- Programa Saúde da Família:

Itabirito possui 4 centros de saúde onde foi implantada a estratégia de saúde da família. No total são 7 equipes de saúde da família. Todos estes centros estão localizados na cidade. Nas zonas rurais, há assistência médica e odontológica, mas não há um programa estabelecido.

Não há o Núcleo de Assistência a Saúde da Família (NASF), mas todos os centros de saúde têm assistência do profissional de nutrição (1 vez por semana), psicologia (regularidade variável), farmacêutica (diariamente), pediatria (2 vezes por semana), ginecologia (2 vezes por semana), psiquiatria (2 vezes por mês) e assistente social (2 vezes por semana).

Além das equipes de saúde bucal em todas as unidades, Itabirito possui um Centro de Especialidades Odontológicas (CEO).

- Sistema de Referência e Contra referência

Itabirito possui ampla oferta de especialidades médicas. Aquelas especialidades ausentes no município, por exemplo, nefrologia são encaminhadas para as cidades conveniadas. A contra referência das especialidades para a atenção primária ocorre através de relatórios médicos.

Há ainda o centro de atenção secundária a hipertensão e diabetes onde é oferecido assistência cardiológica, endocrinológica e cuidados secundários de enfermagem com o pé diabético.

Há várias clínicas particulares com diversas especialidades.

- Redes de Média e Alta Complexidade

Seguindo o princípio de hierarquização do Sistema Único de Saúde (SUS), os convênios intermunicipais são realizados para que os pacientes que necessitem dos serviços de média e alta complexidade sejam encaminhados, considerando que o município não possui esta estrutura.

Há um hospital na cidade, Hospital São Camilo, filantrópico, que atende pacientes provenientes do SUS, convênios e particulares. É um hospital que não possui estrutura de alta complexidade como unidade de terapia intensiva.

- Recursos Humanos em Saúde

A maioria dos profissionais da saúde é contratada, sendo o último concurso realizado em maio de 2012 apenas para agentes de saúde da família. A carga horária depende da profissão, variando de 20 horas a 40 horas semanais. Os horários de trabalho nos centros de saúde são de 07h às 17h e nas urgências 24 horas.

- Conselho Municipal de Saúde:

De acordo com a norma que regulamenta os conselhos de saúde, estes devem ser compostos de 50% de entidades de usuários; 25% de entidades dos trabalhadores de saúde e 25% de representação de governo, de prestadores de serviços privados conveniados, ou sem fins lucrativos. Em Itabirito, a composição do conselho municipal é de 50% usuários (8 efetivos), 4 representantes trabalhadores da saúde e 3 representantes do governo municipal. As reuniões são mensais, mas pode haver convocação extraordinária.

RECURSOS DA COMUNIDADE

O município de Itabirito, de maneira geral, tem boa estrutura de serviços (luz elétrica, água, telefonia, correios, bancos) em decorrência da presença das empresas mineradoras na região e dos recursos que geram.

Existem diversas escolas municipais, estaduais, particulares e uma federal (Centro Federal de Educação Tecnológica - CEFET). Há uma faculdade particular que oferece cursos de administração e direito. A proximidade com Ouro Preto e a facilidade de acesso faz com que muitos jovens escolham as faculdades de Ouro Preto para estudar.

A prefeitura oferece creches para os moradores, mas o número de vagas é insuficiente.

São três os laboratórios no município, sendo dois deles conveniados com a prefeitura, já que não há laboratório próprio na rede de saúde.

1.2 Diagnóstico Situacional

UNIDADE BÁSICA DE SAÚDE EM ESTUDO: SANTA RITA

Unidade Santa Rita: Rua 22 de Maio, 137, Santa Rita (FIGURA 2).

Horário de funcionamento: 07h às 17h.

Tel.: (31) 3563-1790

Figura 2: Foto da Unidade de saúde e localização no município



Fonte: Autoria própria e arquivo da unidade básica de saúde (2012).

DESCRIÇÃO DA UNIDADE E MICROÁREAS

Unidade Básica Saúde Santa Rita

A Unidade de Atenção Primária a Saúde Santa Rita possui 5174 usuários cadastrados e distribuídos em 1542 famílias, dando uma média de 3,35 pessoas por família.

Atualmente, 3567 pessoas distribuídas em 1061 famílias recebem o monitoramento das Agentes Comunitárias de Saúde, dando uma média de 68,95% da população.

As informações obtidas para confecção do diagnóstico situacional são referentes à área coberta do território.

A Unidade de Atenção Primária a Saúde Santa Rita é responsável pela cobertura dos seguintes bairros Santa Rita, Munú, Cruz do Munú, Primavera, São Judas Tadeu, Hamilton de Oliveira, Matozinhos e Gutierrez.

Localizada na Rua 2 de Maio, 137- Bairro Santa Rita, Itabirito/ MG, é uma unidade pequena sendo adaptada em uma casa alugada. Seu espaço físico é composto por: 1 garagem, 1 varanda, 1 recepção, 2 consultórios, 2 banheiros, 1 sala de pré consulta conjugada com a regulação, 1 farmácia conjugada com a sala de medicação, 1 cozinha e 1 almoxarifado. Não há sala de curativos e farmácia, sendo improvisado um local que funciona de maneira inapropriada. Há apenas 2 consultórios sendo algumas vezes necessário prestar atendimento aos pacientes na sala de vacinas ou se deslocar para um centro comunitário que fica próximo a unidade. Além desse espaço, tem-se também um consultório da odontologia em um complexo no bairro Munú

A unidade é composta por uma Equipe de Programa de Saúde da Família (PSF) e unidades de apoio, formada por profissionais da psicologia, assistência social, fisioterapia e nutrição, além de contar com o grupo de ginástica Mexa-se, Casa do Adolescente, Hiperdia, Centro Viva Vida, Saúde Mental Adulto, Saúde Mental Infantil, Pronto Atendimento e Hospital.

Há um total de 13 pessoas que trabalham diariamente no centro de saúde: 1 enfermeira, 3 técnicos de enfermagem, 1 gerente, 1 trabalhadora da limpeza, 1 digitadora, 1 recepcionista, 1 marcadora de exames, 2 office boys, 1 farmacêutica e 1 médica generalista. Há ainda os profissionais que trabalham com frequência não diária na unidade: 1 assistente social, 1 psiquiatra e 1 psicólogo, 1 pediatra, 1 ginecologista, 1 clínico de suporte, 1 nutricionista.

A assistência prestada é exclusivamente aos pacientes do SUS. Ocorre cerca de 40 atendimentos diários, as medicações injetáveis e orais são feitas de acordo com a demanda tendo uma média 5 medicações por dia. São encaminhados ao Serviço de Controle e Avaliação aproximadamente 10 pacientes para tratamento fora do domicílio e 08 para o Centro de Especialidades Médicas. São realizadas cerca de 12 aferições de pressão arterial no decorrer do dia. As vacinas são feitas apenas nas terças feiras por falta de sala disponível no decorrer da semana tendo uma média de 30 aplicações.

Microáreas

- **Microárea 01:** Corresponde aos bairros Munú e Cruz do Munú.
- **Microáreas 02, 03 e 04:** Correspondem aos bairros Santa Rita, Hamilton de Oliveira e Matozinhos. No momento esses bairros não possuem agentes comunitárias.
- **Microárea 05:** Corresponde ao bairro Gutierrez.
- **Microárea 06:** Corresponde ao bairro Santa Rita / Córrego Seco
- **Microárea 07:** Corresponde aos bairros Primavera, Munú e Santa Rita.
- **Microárea 08:** Corresponde aos bairros Santa Rita e São Judas Tadeu.

ORGANIZAÇÃO E ESTRUTURA DA UNIDADE DE SAÚDE SANTA RITA

Os dados apresentados são referentes a aproximadamente 70% da população (microárea 1 e 5 a 8) porque não temos os dados referentes as áreas descobertas (2,3 e 4) sem agentes comunitários de saúde.

Conforme os dados apresentados (Tab.1 e 2 e Graf.1 e 2), o número de habitantes e famílias é relativamente homogêneo em cada microárea, sendo a microárea 2 com menor número. A maioria da população do território é constituída da faixa etária de 20-49 anos, havendo basicamente a mesma proporção de homens e mulheres (Tab. 3 e Graf. 3). Os núcleos familiares são pequenos com a maioria das famílias apresentando ate dois filhos (Tab. 4 e 5 e Graf. 4 e 5). A maioria da população é casada (Tab.6). Há certa homogeneidade nas características da população entre as microáreas.

Seguindo a tendência nacional quase 100% da população tem alguma religião sendo predominante a católica (Tab.7).

Existe uma associação comunitária, com sede própria, atuante no bairro e com boa relação com o centro de saúde. A associação oferece a estrutura física para realização de atividades de saúde.

Existem várias serviços de apoio à comunidade como um asilo, um abrigo infantil, duas casas de recuperação de drogas (masculinas e de cunho religioso), duas casas de adolescente que oferece atividades diversas aos adolescentes e pais.

APRESENTAÇÃO DOS DADOS

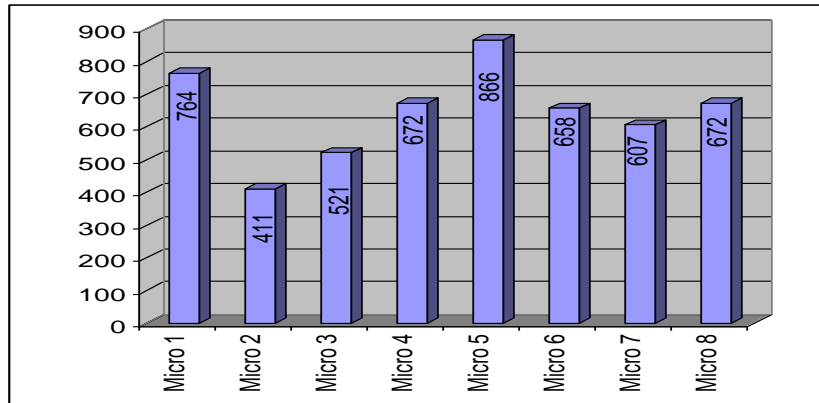
Habitantes

Tabela 1: Número de habitantes por microárea

Micro área	1	2	3	4	5	6	7	8
Pessoas	764	411	521	672	866	658	607	672

Fonte: Autoria própria (2014).

Gráfico 1: Número de habitantes por microárea. Santa Rita. Itabirito, 2012



Fonte: Autoria própria (2014).

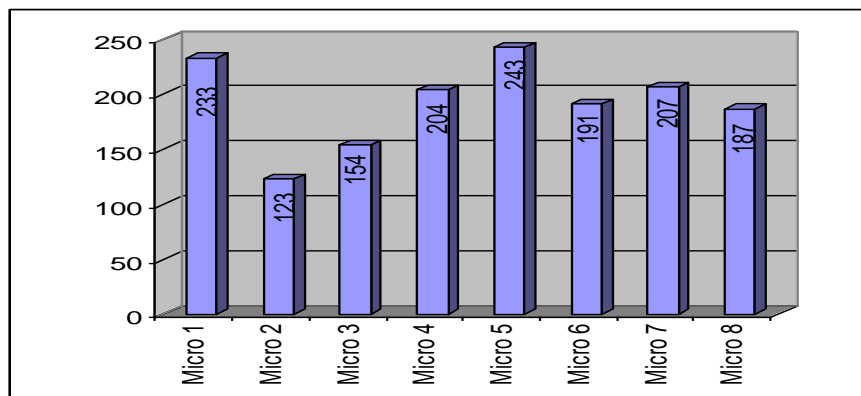
Famílias

Tabela 2: Número de famílias por microárea

Microárea	1	2	3	4	5	6	7	8
Famílias	233	123	154	204	243	191	207	187

Fonte: Autoria própria (2014).

Gráfico 2: Número de famílias por microárea. Santa Rita. Itabirito, 2012



Fonte: Autoria própria (2014)

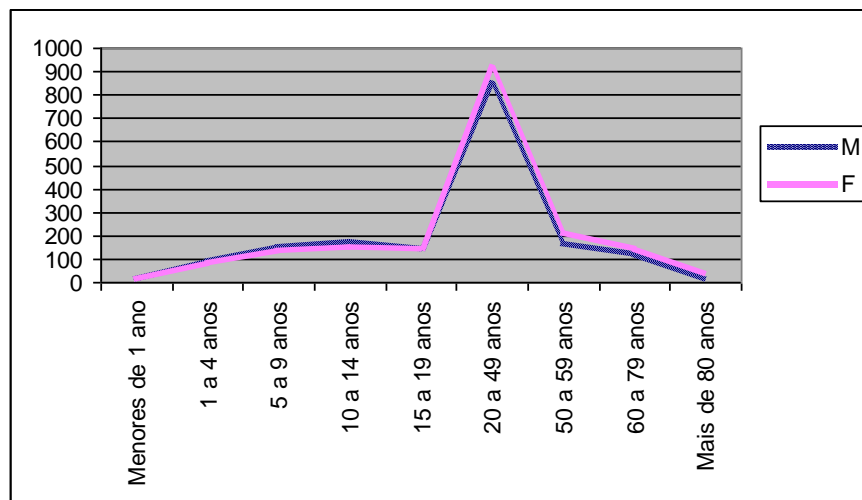
Sexo/ Faixa etária

Tabela 3: Distribuição de sexo e faixa etária por microárea

	Micro 1		Micro 5		Micro 6		Micro 7		Micro 8	
	F	M	F	M	F	M	F	M	F	M
Menores de 1 ano	4	3	3	2	5	5	1	3	4	1
1 a 4 anos	17	14	24	23	14	12	12	18	20	21
5 a 9 anos	34	29	46	37	21	18	24	32	16	35
10 a 14 anos	33	47	44	44	14	19	31	30	28	35
15 a 19 anos	32	26	35	44	25	24	30	27	22	27
20 a 49 anos	193	187	231	197	159	146	169	147	160	163
50 a 59 anos	38	32	49	40	55	49	32	23	38	25
60 a 79 anos	36	26	27	16	39	33	9	11	33	37
Mais de 80 anos	7	6	4	0	15	5	3	5	6	1

Fonte: Autoria própria (2014).

Gráfico 3: Distribuição de sexo e faixa etária por microárea.



Fonte: Autoria própria (2014).

Pessoas por residência

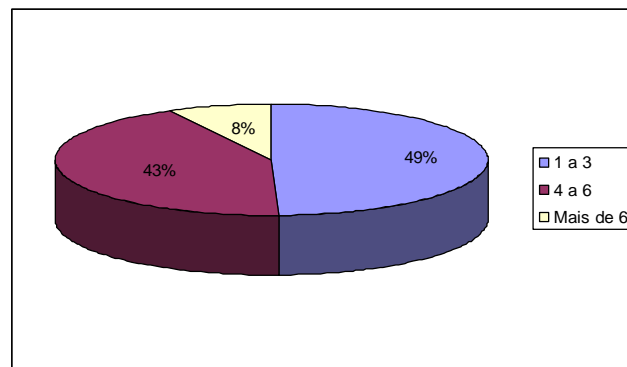
Tabela 4: Número de pessoas por residência por microárea

Microárea→	1	5	6	7	8	Total
1 a 3	117	135	108	67	95	522
4 a 6	113	85	80	84	87	449
Mais de 6	6	23	3	46	5	83

Fonte: Autoria própria (2014).

Gráfico 4: Distribuição de pessoas por residência na área total.

Santa Rita. Itabirito, 2012



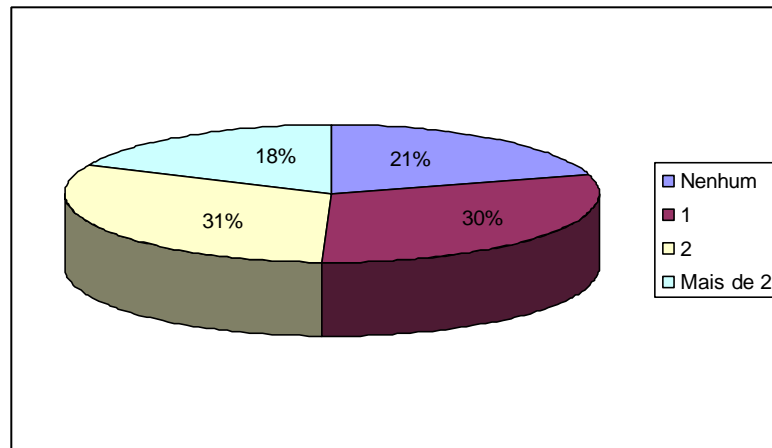
Fonte: Autoria própria (2014).

Número de filhos por domicílio

Tabela 5: Número de filhos por domicílio por microárea.

	Micro 1	Micro 5	Micro 6	Micro 7	Micro 8
Nenhum	49	30	48	53	38
1	65	75	60	59	59
2	74	90	52	58	59
Mais de 2	45	48	31	37	31

Fonte: Autoria própria (2014).

Gráfico 5: Número de filhos por domicílio na área total. Santa Rita. Itabirito, 2012

Fonte: Autoria própria (2014).

Estado Civil

Tabela 6: Estado civil por microárea

Microárea →	1	5	6	7	8	Total
Casado(a)	318	338	268	288	218	1430
Solteiro(a)	238	236	215	178	249	1116
Divorciado(a)	11	38	16	17	14	96
Viúvo(a)	35	23	40	23	29	150

Fonte: Autoria própria (2014).

Religião

Tabela 7: Religião por microárea

Microárea →	1	5	6	7	8	Total
Católica	695	690	563	399	606	2953
Evangélica	122	150	95	198	60	625
Espírita	10	8	0	6	1	25
Testemunha de Jeová	0	18	0	4	5	27
Outros	9	0	0	0	0	9
Não Possui	0	0	0	0	2	2

Fonte: Autoria própria (2014).

AMBIENTE FÍSICO, SOCIOECONÔMICO E POLÍTICAS PÚBLICAS

A cidade de Itabirito tem como sua principal atividade econômica a mineração sendo que a ligeira maioria da população recebe mais de três salários mínimos (Tab.8 e Graf.8).

A minoria da população tem ensino superior. A maioria tem apenas o ensino fundamental completo (Tab.9 e Graf.9). Com relação aos serviços de educação, o principal entrave de acordo com as entrevistas realizadas com informantes chave da comunidade é o número pequeno de creches. O ensino fundamental municipal é tido como de boa qualidade. Há uma escola técnica federal (CEFET). Não há faculdades públicas, mas a prefeitura fornece transporte aos estudantes da faculdade federal mais próxima (Universidade Federal de Ouro Preto).

Tanto pela observação direta quanto pelos dados do município foi observado cobertura de 100% para energia elétrica (Tab.10).

Com relação à água, a qualidade é boa já que a maioria tem água tratada, mas o abastecimento foi colocado como problema em algumas entrevistas (Tab.11 e Graf.11).

O lixo é recolhido três vezes por semana e em algumas localidades tem coleta seletiva.

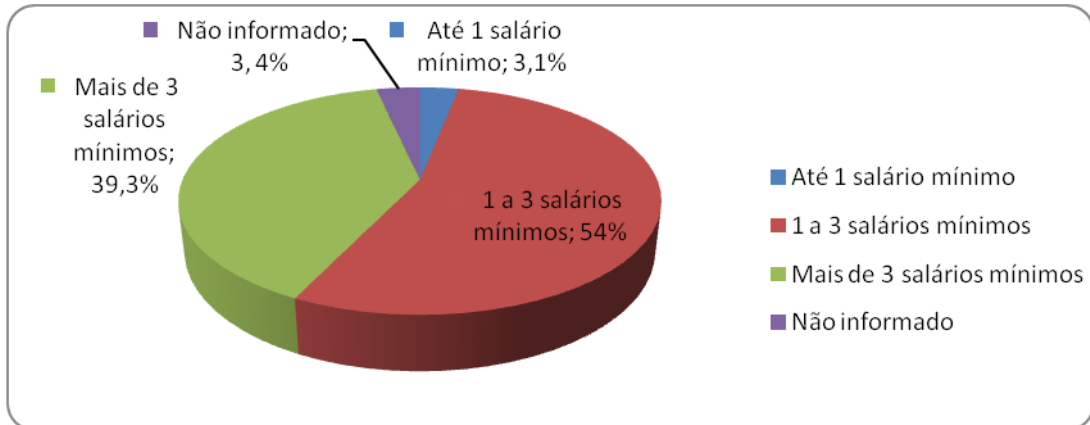
A rede de esgoto é ligada a rede fluvial.

Renda Familiar

Tabela 8: Distribuição de renda por microárea

Microárea →	1	5	6	7	8	Total
Até 1 salário mínimo	0	0	1	20	12	33
1 a 3 salários mínimos	78	169	83	140	104	574
Mais de 3 salários mínimos	149	74	91	37	66	417
Não informado	6	0	16	10	5	37

Fonte: Autoria própria (2014).

Gráfico 6 Distribuição de renda na área total. Santa Rita. Itabirito. 2012

Fonte: Autoria própria (2014).

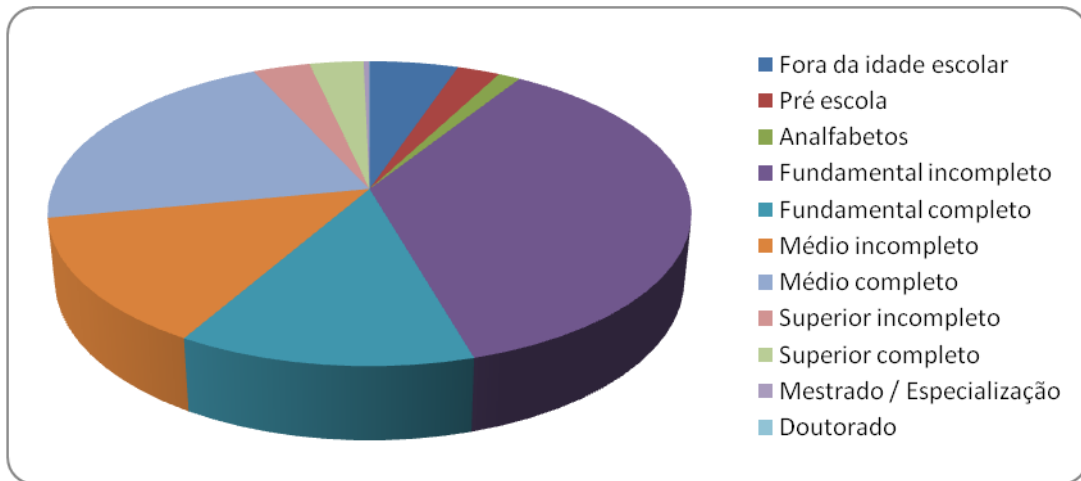
Escolaridade

Tabela 9: Escolaridade por microárea

Microárea →	1	5	6	7	8	Total
Fora da idade escolar	40	52	31	26	32	181
Pré-escola	21	29	15	8	14	87
Analfabetos	6	3	14	7	15	45
Fundamental incompleto	108	285	318	305	250	1266
Fundamental completo	230	86	16	63	51	446
Médio incompleto	141	172	84	44	31	472
Médio completo	196	194	102	133	108	733
Superior incompleto	32	27	46	6	6	117
Superior completo	54	15	29	3	9	110
Mestrado / Especialização	3	3	3	2	0	11
Doutorado	1	0	0	0	0	1

Fonte: Autoria própria (2014).

Gráfico 7: Escolaridade na área total coberta. Santa Rita. Itabirito, 2012



Fonte: Autoria própria (2014).

Domicílios com energia elétrica

Tabela 10: Domicílios com energia elétrica por microárea

	Micro 1	Micro 5	Micro 6	Micro 7	Micro 8	Total
Sim	233	243	191	207	187	1061
Não	0	0	0	0	0	0

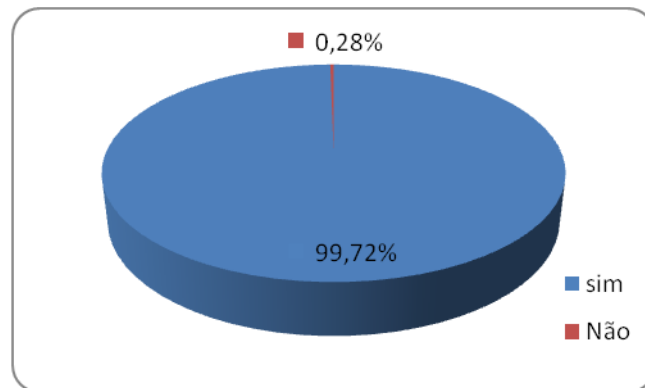
Fonte: Autoria própria (2014).

Domicílios com Água Tratada

Tabela 11: Domicílios com água tratada por microárea

	Micro 1	Micro 5	Micro 6	Micro 7	Micro 8	Total
Sim	233	243	188	207	187	1058
Não	0	0	3	0	0	3

Fonte: Autoria própria (2014).

Gráfico 8: Domicílios com água tratada na área total coberta. Santa Rita. Itabirito, 2012

Fonte: Autoria própria (2014).

PRINCIPAIS MORBIDADES NA ÁREA DE SAÚDE SANTA RITA

Os dados abaixo foram retirados de levantamento dos prontuários da Unidade Básica de Saúde. Não há dados sobre drogas ilícitas e o principal vício é o tabagismo (Tab.12 e Graf.12).

Com relação às principais morbidades destaca-se a hipertensão arterial sistêmica, diabetes melitus, pneumopatias, cardiopatias, câncer (Tab.13 e Graf.13).

A distribuição separadamente de cada doença encontra-se nas tabelas e gráficos de 14 a 18.

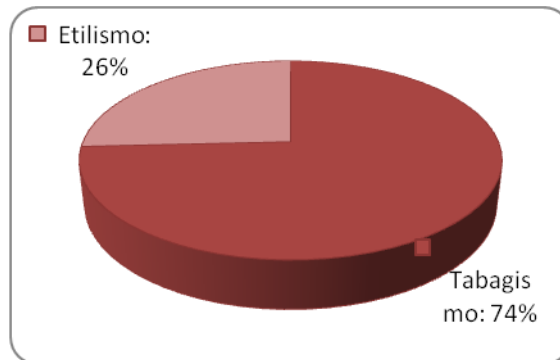
Foram realizadas diversas entrevistas com moradores locais para elaboração do diagnóstico situacional e segundo a percepção dos entrevistados a respeito das doenças que mais acometem a comunidade, a hipertensão arterial sistêmica e a depressão foram os mais citados. Outras doenças relevantes para os moradores foram: problemas respiratórios, diabetes mellitus, câncer, “víroses”.

Principais Vícios

Tabela 12: Distribuição dos principais vícios por microárea

Microárea →	1	5	6	7	8	Total
Tabagismo	95	15	52	39	87	288
Etilismo	8	28	10	13	41	100

Fonte: Autoria própria (2014).

Gráficos 9: Distribuição dos principais vícios por microárea. Santa Rita.

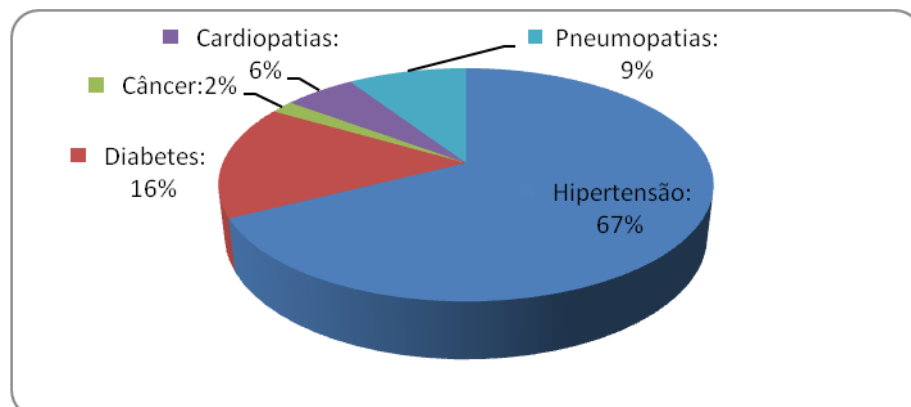
Fonte: Autoria própria (2014).

- **Morbidades gerais da área coberta**

Tabela 13: Distribuição das principais morbidades por microárea

	Micro 1	Micro 5	Micro 6	Micro 7	Micro 8	Total
Hipertensão	90	41	122	68	93	414
Diabetes	24	10	27	18	18	97
Câncer	5	3	0	0	3	11
Cardiopatias	11	8	9	0	6	34
Pneumopatias	1	46	6	0	4	57

Fonte: Autoria própria (2014).

Gráfico 10: Distribuição das principais morbidades na área total coberta. Santa Rita.**Itabirito, 2012**

Fonte: Autoria própria (2014).

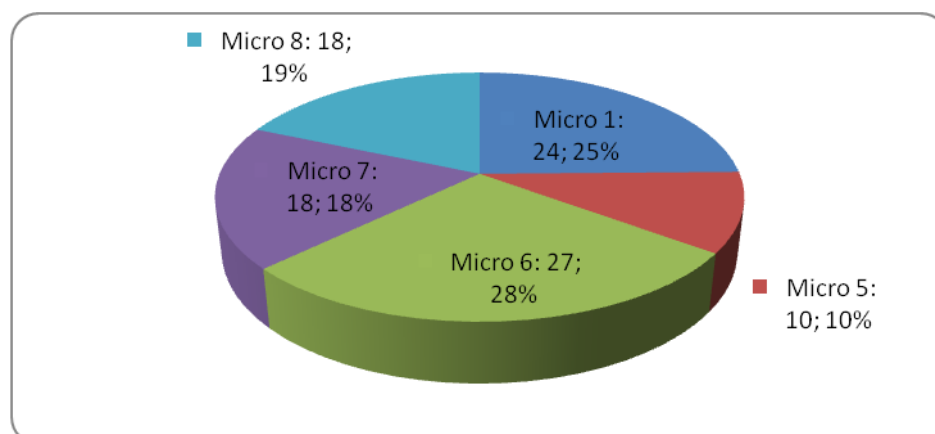
- **Diabetes Melitus (DM)**

Tabela 14: Distribuição de DM por idade e microárea

	Micro 1	Micro 5	Micro 6	Micro 7	Micro 8
Menor de 1 ano	0	0	0	0	0
1 a 4 anos	0	0	0	0	0
5 a 9 anos	0	0	0	0	0
10 a 14 anos	0	0	1	0	0
15 a 19 anos	0	0	1	1	0
20 a 49 anos	7	1	2	3	2
50 a 59 anos	4	4	10	5	7
60 a 79 anos	12	5	11	7	8
80 anos ou mais	1	0	2	2	1
Total	24	10	27	18	18

Fonte: Autoria própria (2014).

Gráfico 11: Distribuição de DM por microárea. Santa Rita. Itabirito, 2012



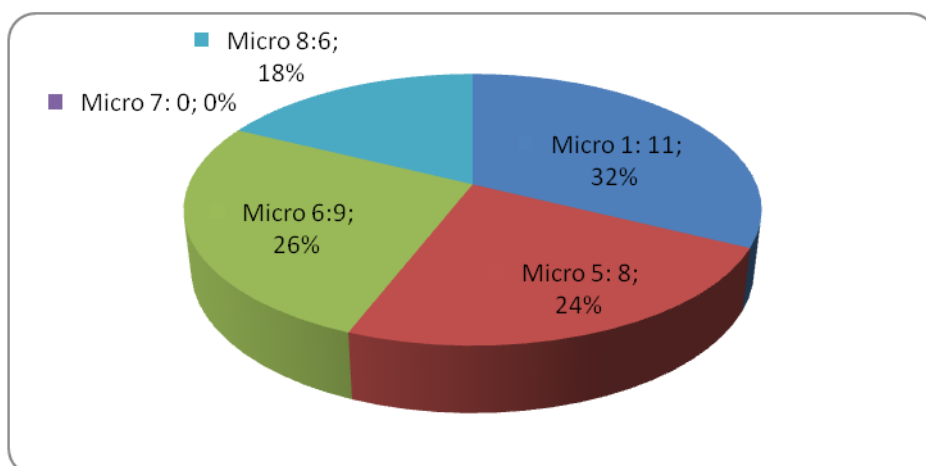
Fonte: Autoria própria (2014).

- **Cardiopatas**

Tabela 15: Distribuição de Cardiopatias por idade e microárea

	Micro 1	Micro 5	Micro 6	Micro 7	Micro 8
Menor de 1 ano	0	0	0	0	0
1 a 4 anos	0	0	0	0	0
5 a 9 anos	0	0	0	0	0
10 a 14 anos	0	0	1	0	0
15 a 19 anos	0	0	0	0	0
20 a 49 anos	2	0	0	0	2
50 a 59 anos	0	2	1	0	1
60 a 79 anos	7	6	5	0	3
80 anos ou mais	2	0	2	0	0
Total	11	8	9	0	6

Fonte: Autoria própria (2014).

Gráfico 12: Distribuição de Cardiopatias por microárea. Santa Rita. Itabirito, 2012

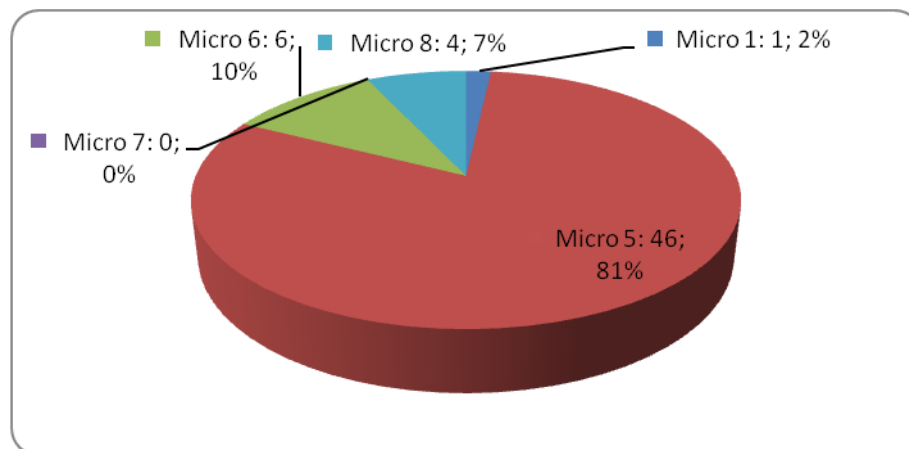
Fonte: Autoria Própria (2014).

- **Pneumopatias**

Tabela 16: Distribuição de Pneumopatias por idade e microárea

	Micro 1	Micro 5	Micro 6	Micro 7	Micro 8
Menor de 1 ano	0	1	0	0	0
1 a 4 anos	0	4	1	0	0
5 a 9 anos	0	10	1	0	0
10 a 14 anos	0	12	1	0	1
15 a 19 anos	0	5	0	0	0
20 a 49 anos	0	7	0	0	0
50 a 59 anos	0	5	1	0	1
60 a 79 anos	0	1	1	0	2
80 anos ou mais	1	1	1	0	0
Total	1	46	6	0	4

Fonte: Autoria própria (2014).

Gráfico 13: Distribuição de Pneumopatias por microárea. Santa Rita. Itabirito, 2012

Fonte: Autoria própria (2014).

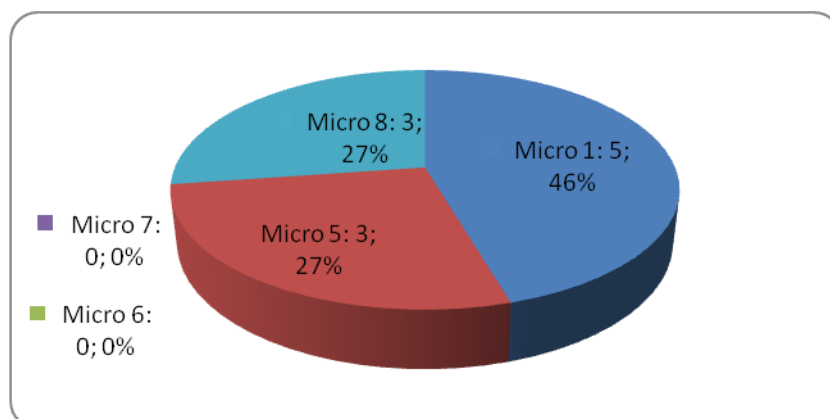
- **Câncer**

Tabela 17: Distribuição de Câncer por idade e microárea

	Micro 1	Micro 5	Micro 6	Micro 7	Micro 8
Menor de 1 ano	0	0	0	0	0
1 a 4 anos	0	0	0	0	0
5 a 9 anos	0	0	0	0	0
10 a 14 anos	0	0	0	0	0
15 a 19 anos	0	0	0	0	0
20 a 49 anos	1	3	0	0	0
50 a 59 anos	3	0	0	0	1
60 a 79 anos	1	0	0	0	2
80 anos ou mais	0	0	0	0	0
Total	5	3	0	0	3

Fonte: Autoria própria (2014).

Gráfico 14: Distribuição de Câncer por microárea. Santa Rita. Itabirito, 2012



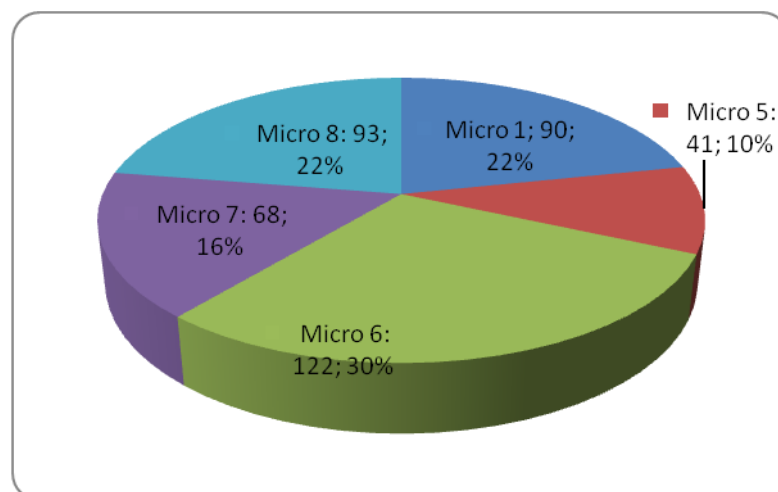
Fonte: Autoria própria (2014)

- **Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS)**

Tabela 18: Distribuição de HAS por idade e microárea

	Micro 1	Micro 5	Micro 6	Micro 7	Micro 8
Menor de 1 ano	0	0	0	0	0
1 a 4 anos	0	0	0	0	0
5 a 9 anos	0	0	0	0	0
10 a 14 anos	0	0	0	0	0
15 a 19 anos	0	0	0	0	2
20 a 49 anos	20	10	9	27	17
50 a 59 anos	24	16	55	14	28
60 a 79 anos	36	11	42	23	40
80 anos ou mais	10	4	16	4	6
Total	90	41	122	68	93

Fonte: Autoria própria (2014).

Gráfico 15: Distribuição de HAS por microárea. Santa Rita. Itabirito, 2012

Fonte: Autoria própria (2014).

2 JUSTIFICATIVA

O tabagismo é um problema de saúde pública de grande magnitude. Este vício foi considerado um dos maiores problemas de saúde pelos usuários, o que facilita a intervenção considerando que estão sensibilizados para tal. Agindo sobre o tabagismo há possibilidade de atingirmos outras morbidades que são muito prevalentes na área considerando que o tabagismo é fator de risco para doenças cardiovasculares, câncer e doenças periodontais.

Há evidências na literatura que comprovam o benefício da interrupção do vício. Quando comparadas com as pessoas que continuam a fumar, as que deixam de fumar antes dos 50 anos de idade apresentam uma redução de 50% no risco de morte por doenças relacionadas ao tabagismo após 16 anos de abstinência. O risco de morte por câncer de pulmão sofre uma redução de 30 a 50% em ambos os sexos após 10 anos sem fumar e o risco de doenças cardiovasculares cai pela metade após um ano sem fumar (CDC, 1990; DOLL *et al.*, 1994; DOLL *et al.*, 2004).

O risco de doença é reduzido com a interrupção do tabagismo e continua a cair com a manutenção da interrupção. A cessão do vício é uma prioridade clara para os trabalhadores da saúde (SAMET, 1991).

Revisão sistemática evidencia que intervenções para interrupção do tabagismo - terapia comportamental e ou medicamentosa - em atenção primária consegue prevenir e interromper o vício em crianças e adolescentes (PATNODE *et al.*, 2013).

3 OBJETIVOS

3.1 Objetivo geral

Elaborar um projeto de intervenção para estimular o abandono do tabagismo para os dependentes e prevenir a iniciação ao consumo de tabaco entre os adolescentes na área de cobertura do Programa de Saúde da Família da Unidade Santa Rita.

3.2 Objetivos Específicos

- Obter informações através do registro da equipe sobre condições associadas ao tabagismo: idade de início, tentativas prévias de interrupção do vício, comorbidades associadas, associação com outros vícios;
- Diminuir o risco de doenças cardiovasculares, respiratórias e câncer associados ao tabagismo e indiretamente diminuir mortalidade;
- Criar um grupo de tabagismo e elaborar um protocolo de abordagem do tabagismo em todas as consultas na unidade;
- Aumentar a informação da equipe sobre o problema através de disponibilização de material educativo para estudo e realização de capacitação;
- Elaborar ações intersetoriais para confecção de atividades profissionalizantes, dança, teatro, música a fim de aumentar as perspectivas dos jovens e diminuir os vícios;
- Formular atividades educativas nas escolas e na rádio local.

4 METODOLOGIA

A metodologia utilizada para realização deste trabalho foi baseada no método do Planejamento Estratégico Situacional (PES) (MATUS, 1993).

Inicialmente foi realizado o Diagnóstico situacional através do método de estimativa rápida. Os dados foram coletados das seguintes fontes: registros da Unidade de saúde e de fontes secundárias como Sistema de Informação da Atenção Básica (SIAB), Sistema de Informação sobre Mortalidade (SIM), Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE); entrevistas com informantes-chave da comunidade utilizando questionários curtos e observação ativa da área pelos membros da equipe especialmente os agentes comunitários de saúde.

Após a realização do diagnóstico situacional iniciou-se a construção do plano de ação por meio do PES. Em reuniões de equipe, verificamos os problemas mais comuns da comunidade e em seguida priorizamos o problema – tabagismo - a partir da sua importância e da nossa capacidade de enfrentamento. Descrevemos o problema, caracterizando-o da maneira mais precisa possível. Através da identificação de suas causas, identificamos os nós críticos necessários para impactá-lo e transformá-lo. A partir desse detalhamento iniciamos o planejamento para operacionalização das estratégias de enfrentamento. Analisamos os recursos financeiros, organizacionais, cognitivos e políticos para realização das ações propostas. A viabilidade do projeto foi analisada e os prazos e responsáveis escolhidos.

Para a fundamentação teórica deste trabalho, foi feita pesquisa bibliográfica na modalidade de revisão de literatura nos seguintes bancos de dados: SciELO, LILACS, MEDLINE, utilizando os seguintes descritores de modo isolado ou em associação: hábito de fumar, atenção primária à saúde e saúde pública, no período de 1990 a 2013. Também foi utilizado manuais do Ministério da Saúde e da Organização Mundial de Saúde.

5 REVISÃO DE LITERATURA

5.1 O Tabagismo

O tabaco é uma erva que o ser humano tem utilizado há mais de 300 anos. A planta tem o nome *nicotiana* devido Jean Nico, embaixador francês em Portugal, que em 1560 exaltou em público pela primeira vez a virtude curativa do tabaco. O tabagismo é um comportamento complexo que reflete influência de estímulos ambientais, hábitos pessoais, condicionamentos psicossociais e das ações biológicas da nicotina (SBPT, 2004).

A nicotina é uma substância altamente indutora de dependência, pois tem alto poder de modificar a biologia e fisiologia do sistema nervoso central (SBPT, 2004).

O tabaco é considerado droga lícita e é largamente utilizada em todo o mundo. Atualmente, nos países desenvolvidos, é a principal causa de enfermidades evitáveis e de mortes prematuras (MALCON *et al.*, 2003a).

A Organização mundial de Saúde (OMS) afirma que o tabagismo é uma pandemia e deve ser considerado a principal causa de morte evitável em todo o mundo. O reconhecimento da epidemia do tabagismo como um problema de saúde pública globalizado que transcende fronteiras de países, e que existem medidas intersetoriais comprovadamente efetivas para controlar a sua expansão e de que a eficácia dessas medidas depende de uma ampla cooperação internacional contribuiu para o enfrentamento do problema (WHO, 2004).

5.2 Epidemiologia

Durante o século XX ocorreram 100 milhões de mortes atribuíveis ao uso do tabaco, a maior parte delas em países desenvolvidos. Caso perdurem os padrões atuais de consumo, o número de mortes anuais associadas ao tabaco deverá elevar-se para 10 milhões até 2030. O século XXI provavelmente deverá registrar 1 bilhão de óbitos ligadas ao tabagismo, a maior parte delas ocorrendo em países de baixa renda (IGLESIAS *et al.*, 2007).

De acordo com as atuais tendências, a epidemia do tabaco deverá afetar principalmente as economias dos países em desenvolvimento e estes já estão lutando para melhorar as condições de vida de suas populações. Aproximadamente 1,1 bilhão de pessoas fumam atualmente no mundo inteiro e, cerca de 900 milhões de fumantes (84% do total) vivem em países em desenvolvimento e nas economias em transição, enquanto que apenas, aproximadamente, 16% moram em países desenvolvidos, onde o consumo de cigarros caiu acentuadamente durante as últimas décadas. Por outro lado, nos países em desenvolvimento o consumo vem crescendo desde 1970, em especial entre os grupos populacionais mais pobres e com menor nível de educação (IGLESIAS *et al.*, 2007).

De acordo com as projeções, durante os próximos 25 anos o consumo total de cigarros deverá experimentar um crescimento de 60% nos países com níveis médios de desenvolvimento humano e de 100%, nos países com níveis baixos. Este último grupo de nações deverá estar consumindo mais derivados do tabaco que os países com nível médio ou alto de desenvolvimento humano (ESSON; LEEDER, 2004).

Apesar da maior prevalência em homens, o número de mulheres fumantes vem aumentando consideravelmente. Assim como nos países desenvolvidos a prevalência nos homens vem mostrando algum decréscimo, o que não está ocorrendo com as mulheres (COSTA; SILVA; KOIFMAN, 1998). Enquanto nos países em desenvolvimento os fumantes constituem 48% da população masculina e 7% da população feminina, nos países desenvolvidos a participação das mulheres mais do que triplica: 42% dos homens e 24% das mulheres têm o comportamento de fumar (WHO, 2004).

No Brasil, em 1989, uma pesquisa nacional de base populacional estimou que aproximadamente 35 por cento da população fumava cigarros ou outros produtos derivados do tabaco. Do total, aproximadamente 30 milhões de adolescentes entre 10 e 19 anos, 2,7 milhões eram fumantes (INAM, 1989).

Durante os anos 90, o consumo geral de cigarros experimentou queda no Brasil, já que a redução do consumo legal não foi completamente superada pela elevação do consumo de cigarros ilegais. O consumo total por adulto, incluindo as vendas ilegais de cigarros, caiu de 1.700 por ano em 1990 para 1.175 cigarros no período 2003-2005. Na presente década, o consumo legal permaneceu estável, ao redor de 850 cigarros por adulto por ano. As tendências referentes ao consumo dos

adultos de cigarros legais na década de 90 e na década atual não são totalmente explicadas por fatores determinantes tradicionais, como os preços reais dos cigarros e as mudanças de renda. Verificou-se uma crescente e preocupante tendência ascendente no consumo de cigarros ilegais durante os anos 90, muito embora mais recentemente tenham sido observados sinais de estabilidade, ou até mesmo uma ligeira tendência descendente (IGLESIAS *et al.*, 2007).

O Inquérito Domiciliar sobre Comportamentos de Risco e Morbidade Referida de Doenças e Agravos Não Transmissíveis, realizado em 2002 e 2003, entre pessoas de 15 anos ou mais, residentes em 15 capitais brasileiras e no Distrito Federal, mostrou que a prevalência de tabagismo variou de 12,9 a 25,2% nas cidades estudadas. Os homens apresentaram prevalências mais elevadas do que as mulheres em todas as capitais. Em Porto Alegre, encontram-se as maiores proporções de fumantes, tanto no sexo masculino quanto no feminino, e em Aracaju, as menores. Essa pesquisa também mostrou que a concentração de fumantes é maior entre as pessoas com menos de oito anos de estudo do que entre pessoas com oito ou mais anos de estudo (INCA, 2004a).

Dados do Inquérito sobre Tabagismo entre escolares (Vigescola), realizado pelo INCA entre 2002 e 2003 envolvendo estudantes de 13 a 15 anos de idade em 12 capitais brasileiras, mostraram que a experimentação de cigarros até os 13 anos de idade variou no sexo masculino de 58% em Fortaleza a 36% em Vitória, e, no sexo feminino, de 55% em Porto Alegre a 31% em Curitiba. A prevalência de experimentação foi maior entre meninos do que entre meninas em todas as capitais pesquisadas exceto em Porto Alegre e em Curitiba, onde se observou uma relação inversa. O Vigescola também demonstrou que 40% a 50% dos escolares relataram que compram cigarros em lojas, botequins ou em camelôs e que entre 76% a 97% deles não foram impedidos de comprar cigarros nesses espaços devido a sua pouca idade (INCA, 2004b).

Em 2006, o Ministério da Saúde fez pela primeira vez uma pesquisa telefônica com adultos nas capitais, que revelou uma prevalência média de tabagismo de 16% nas 27 cidades estudadas (VIGITEL, 2006).

O comportamento do tabagismo no Brasil segundo nível educacional mostra uma prevalência aproximadamente 1,5 a 2 vezes mais alta entre os que possuem pouca ou nenhuma educação, em comparação com os que adquiriram mais anos de escolaridade. Por outro lado, o que surge como inesperado é que se constata uma

proporção mais alta de fumantes entre as pessoas que possuem nível superior, de graduação ou pós-graduação, do que entre os que têm educação secundária. Entre os fumantes com menos escolaridade, tende a prevalecer o consumo de outros produtos do tabaco, e a diferença entre a prevalência de consumo de produtos do tabaco e cigarros é maior entre as pessoas que não possuem educação, ou entre as que não completaram a escola primária (IGLESIAS *et al.*, 2007).

5.3 Fatores de Risco

Como todas as outras dependências químicas, a nicotina envolve mais frequentemente indivíduos que se encontram em alguma situação de vulnerabilidade: a iniciação é mais comum em divorciados, desempregados, viúvos e principalmente adolescentes (SBPT, 2004).

A idade média da iniciação é 15 anos, o que levou a OMS a considerar o tabagismo como uma doença pediátrica (WHO, 2001). Sendo o fácil acesso físico e o preço baixo fatores potencializadores da iniciação (GUINDON *et al.*, 2002).

Entre 33 e 50% dos adolescentes norte americanos que experimentaram o cigarro tornaram-se drogaditos e aproximadamente 90% dos adultos fumantes adquiriram o vício na adolescência. Nos últimos anos, a indústria do tabaco tem concentrado seus esforços de venda nos adolescentes, visto que estes serão os novos consumidores (ELDERS *et al.*, 1994; HIJJAR; SILVA, 1991; WHO, 1999).

A adição à nicotina ocorre com o uso regular de tabaco e adolescentes fumantes têm alta probabilidade de tornarem-se adultos fumantes (MALCON *et al.*, 2003a).

Segat *et al.* (1998) mostram que o hábito de fumar dos amigos e dos irmãos mais velhos está fortemente associado ao tabagismo em adolescentes.

No Brasil, a idade do início do vício de fumar está cada vez mais precoce e ocorre aumento da prevalência de tabagismo em adolescentes (MALCON *et al.*, 2003a).

Malcon *et al.* (2003b) em artigo de revisão sobre fatores de risco para tabagismo em adolescentes da América do Sul, identificou o hábito de fumar entre irmãos e amigos como principal fator de risco para tabagismo na adolescência. O baixo rendimento escolar, a idade mais avançada, o sexo masculino, o trabalho

remunerado e a separação dos pais também foram identificados como fatores de risco (MALCON *et al.*, 2003b).

5.4 Consequências

A fumaça do cigarro exerce vários efeitos no trato respiratório sendo os dois principais a inflamação e os efeitos mutagênicos/carcinogênicos. Alguns componentes da fumaça são irritantes, outros exercem efeitos tóxicos sobre a via aérea e assim podem causar lesão, morte ou inflamação local. Diminuem ainda a capacidade de limpeza dos cílios e provoca hiperplasia de células mucosas o que aumenta a produção de muco (BEHR; NOWAK, 2002).

A doença pulmonar obstrutiva crônica (DPOC) caracteriza-se por redução progressiva do fluxo aéreo de maneira não reversível e tem como principal fator de risco o tabagismo. A inflamação das vias aéreas é considerada o principal mecanismo envolvido no desenvolvimento da DPOC (CALVERLY; WALKER, 2003).

Revisão sistemática com meta-análise confirmam a relação causal entre tabagismo, enfisema, doença pulmonar obstrutiva crônica e bronquite crônica (FOREY *et al.*, 2011).

As doenças pulmonares intersticiais caracterizam-se por tosse seca, dispnéia, infiltrado intersticial difuso, padrão restritivo na função pulmonar e alteração nas trocas gasosas. Algumas doenças intersticiais pulmonares estão associadas ao tabagismo: fibrose pulmonar idiopática, pneumonia intersticial descamativa, bronquiolite respiratória associada a doenças intersticiais, doenças intersticiais relacionadas à colagenose (BEHR; NOWAK, 2002).

Há anos é conhecido o papel do tabaco no desenvolvimento de câncer (CA). Doll e Hill (1950) foram os primeiros a estabelecer a relação definitiva entre tabagismo e câncer de pulmão (DOLL e HILL, 1950). O CA de pulmão tem alta letalidade por apresentar diagnóstico tardio. A maioria dos casos fica assintomática por longos períodos e quando aparece os primeiros sintomas em geral já houve disseminação local e metástases a distância. A sobrevida geral em 5 anos é de 11-13% e não há em saúde pública, exames de rastreamento que sejam efetivos para mudança deste cenário (TANIETTO *et al.*, 1992).

O risco de morte por CA de pulmão é 20 vezes maior em fumantes do que não fumantes. Os outros fatores de risco são considerados secundários: genética, radiação, exposição a outras substâncias químicas (INCA, 1992).

Revisão sistemática com meta-análise mostram a associação forte entre tabagismo e todos os tipos de câncer de pulmão, dose dependente (LEE *et al.*, 2012).

O cigarro pode causar CA em locais ainda não bem estabelecidos pela literatura como rins, colo uterino e medula óssea (SBPT, 2004).

O consumo excessivo de álcool e fumo são os fatores de risco mais importantes na patogenia do CA de esôfago (MIRRA; GUIDA, 1960). Nos casos dos CAs de cabeça e pescoço, além do tabagismo e alcoolismo, o risco nutricional e a má higiene são fatores importantes (WARNAKULASURYA *et al.*, 2003).

Castelão *et al.* (2001) evidencia a possibilidade de duas a três vezes de desenvolver câncer de bexiga quando comparados a não fumantes tendo correlação dose resposta (CASTELÃO *et al.*, 2001).

A fisiopatologia do tabagismo nas doenças cardiovasculares envolve diversos mecanismos. O fumo causa hipóxia tecidual ao produzir carboxihemoglobina, composto altamente estável com a hemoglobina, que desloca a reação normal do oxigênio com a hemoglobina e assim menos oxigênio chega às células. O metabolismo anaeróbico devido à diminuição do oxigênio leva a produção de oxidantes que lesam as células. Além disso, a nicotina age como vasoconstritora elevando a resistência vascular e a pressão arterial (BORLAND *et al.*, 1983; MILLS *et al.*, 1993).

As doenças cardíacas são as principais causa de morte em quase todas as regiões do mundo. Os três fatores de risco preveníveis para doença coronariana são tabagismo, hipertensão arterial e alteração no colesterol sendo que o tabagismo isolado dobra a possibilidade de doença cardíaca (SBPT, 2004).

Os acidentes vasculares cerebrais são três vezes mais comuns em fumantes do que em não fumantes. Doll *et al.* (1994) demonstrou que as mortes devido acidente vascular cerebral acima de 65 anos estava associada ao tabagismo quando comparado ao grupo controle (DOLL *et al.*, 1994). Além do AVC, Otto *et al.* (1998) demonstrou que o fumo está associado com aumento do risco de demência e doença de Alzheimer (OTT *et al.*, 1998).

O tabagismo é fator de risco para a doença de Burger ou tromboangiite obliterante, doença vascular inflamatória de artérias de pequeno e médio calibre dos membros superiores e inferiores (OLIN, 2000).

O tabagismo predispõe ao tromboembolismo venoso. Os produtos do cigarro lesam a parede interna dos vasos, produzem hipóxia tecidual, ativação plaquetária com conseqüente hipercoaguabilidade do sangue levando tanto a trombose venosa profunda quanto ao tromboembolismo pulmonar (MOZER, 1990).

O fumo interfere na saúde geral do indivíduo. Seus efeitos iniciam antes do nascimento e continuam ao longo da vida. O fumo contribui para o desenvolvimento da catarata e da osteoporose aumentando assim as comorbidades no idoso (SBPT, 2004). O risco para osteoporose está ligado ao seu efeito antiestrógeno e por se associar a diminuição da vitamina D (EGGER *et al.*, 1996).

Outros efeitos menos difundidos são seu papel na formação das úlceras do trato gastrointestinal, na dificuldade da cicatrização e na sua reincidência (SONTAG *et al.*, 1984). Além disso, afeta a vida sexual de homens e mulheres ao aumentar a impotência e diminuir a fecundidade (SBPT, 2004).

O tabagismo passivo é a inalação por não fumantes da fumaça da queima de derivados do tabaco (cigarro, cigarro de palha, cigarro de cravo, charuto, cachimbo, narguilé, etc.), é também denominado exposição involuntária ao fumo ou à poluição tabagística ambiental - PTA (SBPT, 2008).

A exposição do feto ao fumo materno é o exemplo mais grave de tabagismo passivo. Neonatos de gestantes fumantes têm peso inferior ao das gestantes que não fumam e chance dobrada de prematuridade. Dentre outros desfechos indesejáveis da gestação em fumantes estão o risco aumentado de placenta prévia, gravidez tubária, aborto espontâneo e síndrome da morte súbita na infância (CDC, 1990). Vinte e cinco a 40% dos casos de síndrome de morte súbita infantil é atribuída ao tabagismo durante a gestação. É considerado um dos maiores fatores de risco evitáveis dessas perdas (SBPT, 2008).

Há suficiente evidência do impacto do tabagismo passivo no comportamento e no desenvolvimento neurológico humano. Os recém-nascidos apresentam déficits neurológicos e cognitivos, tremores, hipertonicidade, inquietude e hiperatividade. A criança no período pré-escolar apresenta dificuldade no aprendizado. Na idade escolar há déficit de atenção, dificuldades na leitura, no cálculo e no desenvolvimento das habilidades manuais e da linguagem falada. Na adolescência

há um maior relato de distúrbios de conduta e delinquência (DIFRANZA *et al.*, 2004; JOHNSON *et al.*, 2000). Existe ainda clara associação entre altos níveis de nicotina e chiado, ausência escolar e função pulmonar reduzida na população pediátrica (MANNINO *et al.*, 2001).

Em adultos, o tabagismo passivo está relacionado a diversas doenças respiratórias: exacerbação da asma (aumento da gravidade das crises gerando uma maior procura por serviços de urgência/ internações), desenvolvimento e agravamento de DPOC, câncer de pulmão e, recentemente, ao risco de desenvolver tuberculose (VINEIS *et al.*, 2005).

A contribuição do tabaco para o risco de doenças está bem documentado. No entanto, pouca atenção tem sido dada para a ligação entre tabaco e pobreza. O tabaco tende a ser consumido por aqueles que são mais pobres. Juntos, tabaco e pobreza formam um círculo vicioso a partir do qual é muitas vezes difícil de escapar. Há várias maneiras em que o tabaco aumenta a pobreza a nível individual, familiar e nacional. A nível individual e familiar, o dinheiro gasto em tabaco pode ter um custo muito alto. É um dinheiro não gasto em necessidades básicas, tais como alimentação, moradia, educação e cuidados de saúde. Além disso, considerando-se que os seus usuários provavelmente irão sofrer de enfermidades, haverá perda de produtividade e de renda, incorrendo em maiores despesas médicas e morrendo. A nível nacional, os países sofrem perdas econômicas enormes como resultado de altos custos de cuidados de saúde, bem como a perda de produtividade devido a doenças relacionadas com o tabaco e mortes prematuras. Para os países que cultivem a folha do tabaco, ocorre ainda degradação do meio ambiente. Em suma, as contribuições de tabaco para a economia (por meio de emprego e receitas fiscais do governo) são superados pelos seus custos às famílias, à saúde pública, ao meio ambiente e para as economias nacionais (WHO, 2004).

5.5 Controle do Tabagismo

Entre 1996 e 2005, as hospitalizações relacionadas ao tabagismo corresponderam a aproximadamente R\$1,1 bilhão - em torno de meio bilhão de dólares, ou 1,6% dos recursos disponibilizados para o pagamento de internações no âmbito do SUS. Tendo em vista este custo elevado e as inúmeras consequências do tabagismo faz-se imperioso seu controle (IGLESIAS *et al.*, 2007).

O Programa Nacional do tabagismo, coordenado pelo Instituto Nacional de Câncer - INCA, identifica como passos necessários para reduzir o tabagismo: evitar a dependência, em especial entre crianças e adolescentes; promover ações para estimular a cessação; proteger os não fumantes dos perigos da fumaça ambiental do tabaco e promover a redução dos danos causados pelo tabaco, através de medidas de regulamentação do produto (INCA, 2013).

Mesmo sendo o segundo maior produtor mundial de tabaco e o maior exportador de tabaco em folhas há cerca de 15 anos, o Ministério da Saúde, por meio do INCA, vem articulando, nacionalmente, ações de natureza intersetorial e de abrangência nacional, junto a outros setores do governo, com a parceria das secretarias estaduais e municipais de Saúde e de vários setores da sociedade civil organizada (CAVALCANTE, 2005).

Não existe nenhuma intervenção-chave para o controle do tabagismo. O consenso atual sobre os programas de controle do tabaco sugere que as medidas mais eficazes são as aquelas destinadas a reduzir a demanda, que incluem: impostos elevados sobre os cigarros, medidas independentes de preços para controle do consumo (informações aos consumidores, proibição de propaganda e promoção de cigarros, advertências e restrições sobre o fumo em locais públicos) e maior acesso aos programas de cessação (IGLESIAS *et al.*, 2007).

A elevação da carga tributária é o principal instrumento para o controle da demanda. A elevação dos impostos e conseqüentemente o aumento dos preços dos cigarros é uma medida importante para desencorajar os jovens fumantes e para evitar a instalação do hábito de fumar. Preços mais altos reduzem também o consumo entre os adultos e são especialmente eficientes para limitar o consumo de cigarros entre os adultos de baixa renda (TOWNSEND, 1996).

As conclusões sobre os efeitos negativos do fumo passivo acrescentaram uma nova dimensão aos argumentos em defesa de políticas legais direcionadas à restrição do fumo em locais privados e públicos. As proibições do fumo em locais públicos e nos locais de trabalho protegem os não fumantes, reduzem o consumo de cigarros entre os fumantes e estimulam a cessação (TOWNSEND, 1993).

Outras medidas de grande importância são reduzir o comércio ilegal dos produtos do tabaco; limitar as vendas a menores e as realizadas por menores; proibição de propagandas e regulamentação do teor dos produtos derivados do tabaco (IGLESIAS *et al.*, 2007).

6 PLANO DE AÇÃO

As informações para elaboração do plano de ação foram obtidas através do método de estimativa rápida. Foram realizadas treze entrevistas com usuários atuantes e que provavelmente representavam a opinião de grupos da comunidade. Juntamente com as entrevistas foi feita observação ativa pelos membros da equipe, principalmente pelos agentes de saúde. A observação incluía condições de saneamento básico, rede elétrica e condições de moradia. Além destas informações foram pesquisados dados secundários da secretaria de saúde, da unidade de saúde, da ficha A e do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE).

6.1 Identificação dos Problemas da Comunidade

A partir das informações acima foi possível conhecermos melhor o território e a área de abrangência. Foi identificado como principais problemas na comunidade:

- 1) Vício: tabagismo
- 2) Hipertensão arterial sistêmica
- 3) Diabetes Mellitus
- 4) Câncer
- 5) Creches
- 6) Rede de esgoto
- 7) Espaço físico inadequado da Unidade

6.2 Priorização dos Problemas

O principal critério utilizado para escolha das prioridades foi a governabilidade sobre o problema compreendendo que a capacidade de enfrentamento é parcial. Também foi considerada a percepção dos entrevistados sobre estes problemas. A escolha do vício do tabagismo como primeira prioridade foi baseada ainda no seu alto grau de importância, já que ele interfere negativamente nas principais morbidades que afligem a população do território (hipertensão, diabetes e câncer).

As demandas da comunidade sobre os seus principais problemas diferiam da percepção da equipe. As prioridades da equipe eram seguir os programas de saúde da mulher, hipertensão e diabetes enquanto o problema mais citado pelos

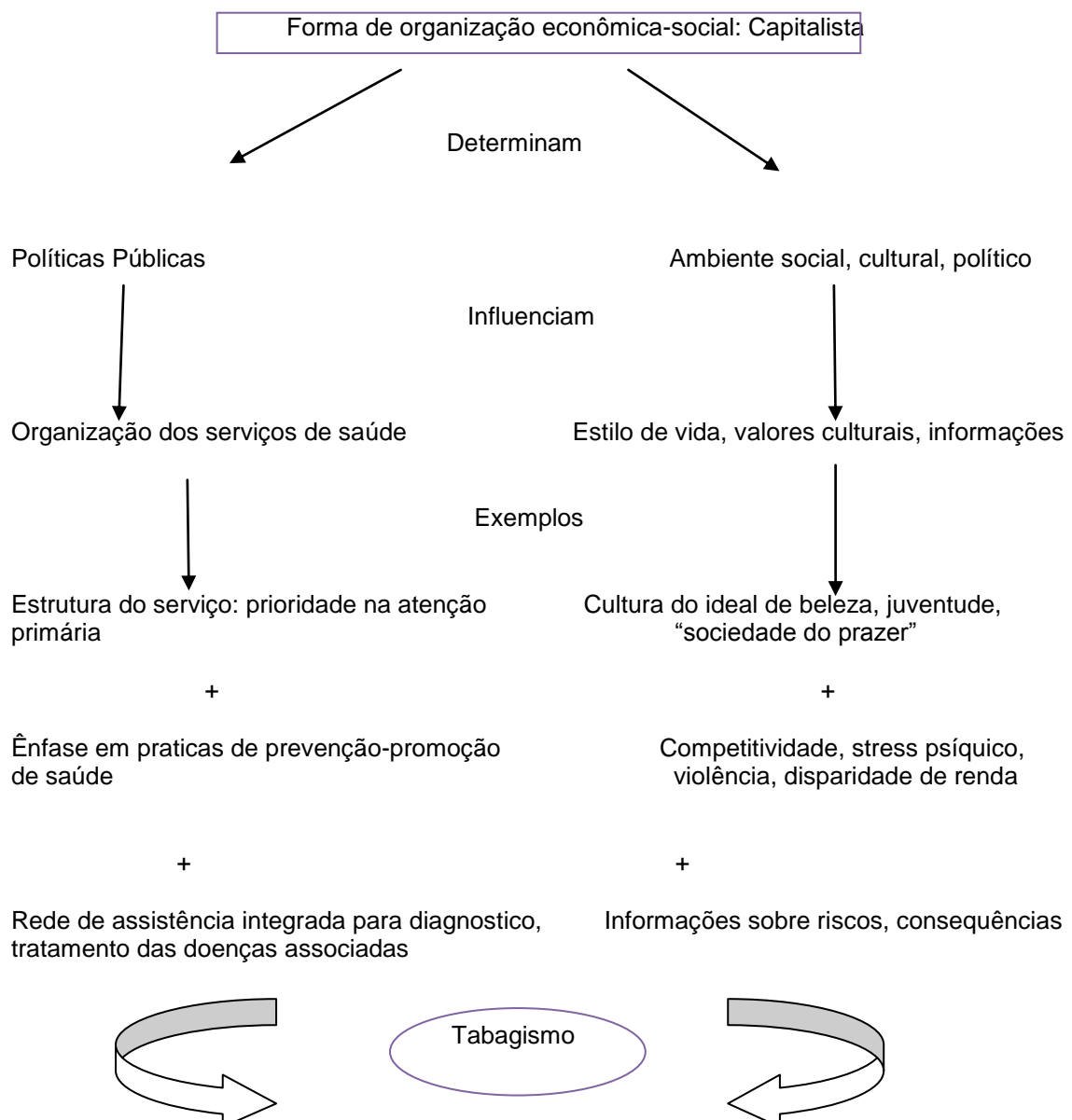
entrevistados foi as drogas. Os outros citados formam: os jovens (sem especificação do motivo), o lazer, infra-estrutura do bairro (sem especificação), a saúde (falta de profissional), falta de associação comunitária atuante e segurança.

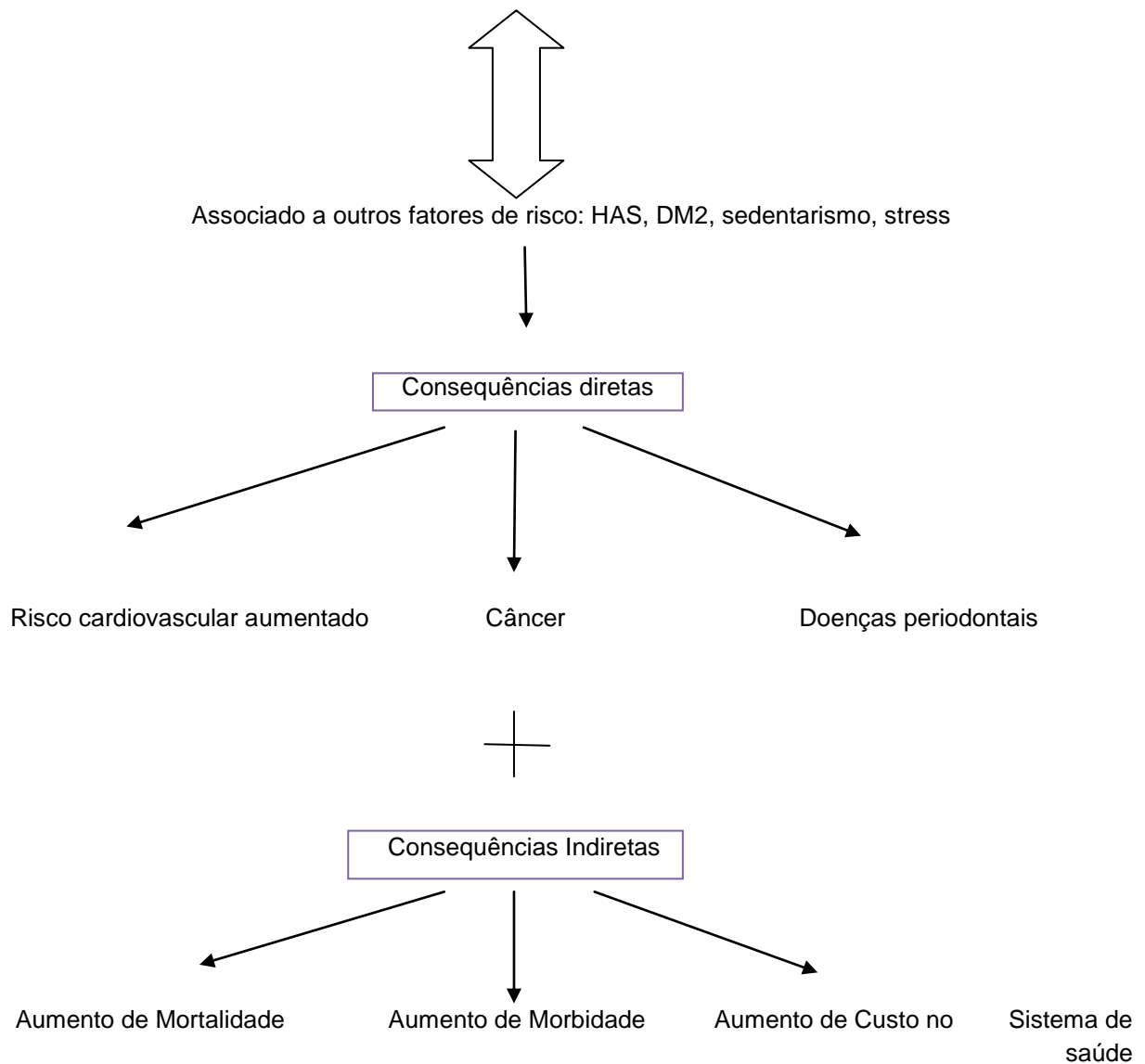
6.3 Descrição e explicação do problema: tabagismo

O próximo passo consistiu em entender o modo como o problema “tabagismo” é produzido, identificar as causas e as relações entre elas (fig. 3).

A partir desta caracterização torna-se possível delinear as ações para o enfrentamento do problema.

Figura 3: Árvore explicativa do problema tabagismo





Fonte: Autoria Própria (2014).

6.4 Seleção dos Nós Críticos

Os nós críticos são causas fundamentais de um problema. Quando ações recaem sobre os nós críticos, é possível impactar e transformar efetivamente o problema.

Os nós críticos foram selecionados considerando a capacidade de intervenção da equipe e o quanto eles interferem para manter o tabagismo. São eles:

- 1) Práticas de prevenção-promoção de saúde
- 2) Capacitação profissional
- 3) Cultura arraigada do prazer e da juventude plena

4) Estilo de vida: stress, trabalho, sedentarismo

6.5 Desenho das Operações

A partir dos nós críticos, foram elaboradas ações com os atores envolvidos, os recursos necessários e os resultados esperados (quadro 1).

Quadro 1: Planejamento das ações a partir dos nós críticos

Nós críticos	Operação-Projeto	Resultados Esperados	Produtos esperados	Recursos Necessários
Práticas de prevenção-promoção	Stop tabagismo - Interromper tabagismo nos fumantes	Diminuir o numero de tabagistas em 50% em 1 ano e ½	- Criação do grupo de Tabagismo - Protocolo de abordagem do tabagismo em todas as consultas na unidade	Organizacional: conseguir espaço físico com a associação comunitária Econômico: recursos audiovisuais, medicamentos como nicotina e bupropiona Cognitivo: formação de toda a equipe Políticos: conseguir com a gestão um período do dia para realização da atividade de grupo Mudança de mentalidade da gestão sobre ênfase exclusiva na atenção e aumento nos tempos de atendimento para abordagem preventiva Mobilização junto com a associação comunitária
Capacitação profissional	+informação - aumentar a informação da equipe sobre o problema	Toda a equipe tenha conhecimento das causas e consequências do tabagismo	-Disponibilização de material educativo para estudo -Encontros de formação quinzenais	Organizacional: espaço físico para encontros quinzenais Econômico: material impresso de formação, pessoal capacitado para ministrar os encontros Cognitivo: estratégias pedagógicas para elaboração do material e para os encontros presenciais Político: convencimento da gestão sobre a importância da capacitação de todos os membros e disponibilização do horário para os encontros
Cultura do prazer e juventude	Envelhecer é Dez! - Mudança da concepção cultural de juventude eterna e viver pelo prazer	Modificar a ideia de juventude e beleza associada ao tabagismo esclarecendo suas consequências de adoecimento	- Confeccionar materiais educativos - Realizar campanhas nas escolas - Realizar programas na radio local	Organizacional: organização da agenda e do espaço dentro da unidade (cartazes) Econômico: material educativo - folhetos, cartazes Cognitivo: conhecimento e adequação da linguagem para atingir os adolescentes Político: articulação

				intersectorial saúde-educação Conseguir o espaço na rádio local
Estilo de vida	Mudança já! - Modificar hábitos de vida da população	Diminuir a ociosidade e o stress com aumento de atividades de lazer	- Organizar um grupo de atividade física regular (ginástica) - Oferecer cursos de musica, teatro, dança	Organizacional: local para realização das atividades Econômico: recursos econômicos para disponibilização dos profissionais capacitados emateriais Cognitivo: profissionais capacitados para ministrarem os cursos e atividade física Político: mobilização social para aprovação do projeto, articulação com associação comunitária, articulação intersectorial

Fonte: Autoria Própria (2014).

6.6 Análise dos recursos críticos, atores e viabilidade

O próximo passo consistiu na análise dos recursos críticos, na identificação dos atores que controlam estes recursos bem como seus posicionamentos e na elaboração das estratégias de ação (quadro 2).

Quadro 2: Análise dos Recursos críticos e atores envolvidos

Operação/Projeto	Recursos Críticos	Ator que controla
Motivação	Ações Estratégicas	
Stop tabagismo Satisfatória	Organizacional: conseguir espaço físico	Associação comunitária
Indiferente	Econômico: conseguir medicação específica, apresentar o projeto com relação a recursos audiovisual e custo-benefício	Secretaria de saúde
+informação Indiferente	Cognitivo: conseguir pessoal capacitado para ministrar treinamento para equipe	Secretaria de saúde
Indiferente	Político: convencer a gestão da disponibilização de tempo para formação da equipe Reunião para apresentar o projeto	Secretaria de saúde
Envelhecer é Dez! Indiferente	Político: articulação com a secretaria de educação e Conseguir espaço na radio local	Secretaria de educação e de comunicação
Indiferente	Econômico: conseguir material educativo Apresentar o projeto	Secretaria de saúde
Mudança já! Indiferente	Cognitivo: conseguir profissionais capacitados para ministrar os cursos e atividade física	Secretaria de saúde
Indiferente	Político: mobilização social para aprovação do projeto, articulação com associação comunitária e intersectorial, Reunião conjunta para apresentar o projeto	Associação comunitária, Secretaria de educação, Secretaria de cultura, planejamento
satisfatórias		

Fonte: Autoria Própria (2014).

6.7 Elaboração do Plano Operativo

A elaboração do plano operativo consistiu em eleger os responsáveis por cada operação e os prazos necessários para realização dos projetos (quadro 3).

Quadro 3: Plano Operativo

Operação/Projeto Ações Estratégicas	Resultados Responsáveis/Prazo	Produtos
Stop tabagismo	Diminuir o número de tabagistas em 50% em 1 ano e meio Apresentação projeto: 2 meses e início em 4 meses Cristina, Cléia	Criação do grupo de Tabagismo Protocolo de abordagem do tabagismo em todas as consultas na unidade
+informação	Aumentar a informação da equipe sobre as causas e consequências do tabagismo Charles e Cida/2 meses	Disponibilização de material educativo para estudo Apresentação projeto e encontros quinzenais de formação
Envelhecer é Dez!	Modificar a idéia de juventude e beleza associada ao tabagismo esclarecendo suas consequências de adoecimento Realizar programas na radio local Flaviane, Cristiane	Confeccionar materiais educativos Realizar campanhas nas escolas Apresentação do projeto: 3 meses Conseguir espaço na rádio local: 5 meses
Mudança já!	Diminuir a ociosidade e o stress com aumento de atividades de lazer 5 meses articulação das secretarias, 6 meses inicio dos cursos 3 meses para criação do grupo de ginástica Maíra, Daiana	Organizar um grupo de atividade física regular (ginástica) Oferecer cursos de musica, teatro, dança

Fonte: Autoria Própria (2014).

6.8 Gestão do Plano

Por fim, tão importante quanto à elaboração do plano é definir o processo de acompanhamento das ações - a gestão do plano.

Os indicadores abaixo (quadro 4) foram selecionados para o acompanhamento das ações e dos resultados.

Quadro 4: Indicadores dos Resultados

Tabagismo			
Indicadores	Momento atual	Em 1 ano	Em 1 ano e meio

Número/ %	Número/ %	Número / %
Número fumantes		
Fumantes Hipertensos		
Fumantes Diabéticos		
Fumantes com doença psiquiátrica		
Fumantes com câncer		
Vícios associados. Quais:		
Prática atividade física regular		
Prática atividade de lazer		

Fonte: Autoria Própria (2014).

7 CONSIDERAÇÕES FINAIS

O projeto de intervenção proposto é abrangente ao planejar ações tanto na prevenção da iniciação ao tabagismo quanto na abordagem daqueles que já adquiriam o vício. Além disso, propõe ações contínuas na medida em que o tema é inserido na rotina do ambiente da estratégia de saúde da família. Concluímos que não há intervenção única para abordar um problema de saúde de alta complexidade como o tabagismo.

Hoje os governos e todas as sociedades são reféns do tabagismo. Diante desse dilema, resta aos governos investir em ações de conscientização de toda a população, em ações para prevenir a iniciação, para ajudar os fumantes a deixarem de fumar e para conter as estratégias das companhias de tabaco para expandir o consumo de seus produtos.

Com base no trabalho proposto conclui-se que:

- ✓ Apesar de haver um programa nacional de combate ao tabagismo, é essencial elaborar um planejamento local que valorize as particularidades da comunidade;
- ✓ Não basta atingirmos apenas os usuários que já iniciaram o vício. É essencial elaborar ações de prevenção para evitar novos adictos.
- ✓ Os profissionais que trabalham na estratégia de saúde da família devem agir conjuntamente, ou seja, devem se sentir parte de uma equipe, para abordagem de problemas complexo como o tabagismo;
- ✓ Ações em nível de atenção primária para educação e tabagismo devem ser priorizadas envolvendo a comunidade e o adolescente como alvo;
- ✓ A escola pode ser um ponto de partida importante para prevenção;
- ✓ É necessária a articulação de diferentes tipos de estratégias e de diferentes setores sociais, governamentais e não governamentais. As ações devem ser conjuntas.

Enfim, toda e qualquer ação dirigida ao controle do tabagismo deve ter um foco muito além da dimensão do indivíduo, buscando abarcar tanto as variáveis sociais, políticas e econômicas que contribuem para que tantas pessoas ainda comecem a fumar quanto os fatores que levam aqueles a se tornarem dependentes porem de fumar e se mantenham abstinentes.

REFERÊNCIAS

1. BEHR, J.; NOWAK, D. Tobacco smoke and respiratory disease. **Eur Respir Mon.**, v.7, p.161-79, 2002.
2. BORLAND, C. *et al.* Carbon monoxide yield cigarette and its relation to cardiopulmonar disease. **Br Med J.**, n.287, p.287:1583-1596, 1983.
3. BRASIL. Ministério da Saúde. O Cigarro brasileiro: análises e propostas para a redução do consumo. **Ministério da saúde.** Rio de Janeiro, 2000.
4. CALVERLY, P. M. A.; WALKER, P. Chronic obstrutive pulmonar disease. **Lancet**, n.362, p.1053-61, 2003.
5. CASTELAO, J. E.; YUAN, J. M.; SKIPPER, P. L. Gender and smoking related bladder cancer risk. **J Natl Cancer Inst.**, n. 93, p.538-545, 2001.
6. CAVALCANTE, T. M. O controle do tabagismo no Brasil: avanços e desafios. **Rev. Psiq. Clín.**, v. 32, n.5, p. 283-300, 2005.
7. CENTER FOR DISEASE CONTROL. The Health benefits of smoking cessation. **A report of the Surgeon General.** Rockville, n. 90, p.8416, 1990.
8. COSTA E SILVA, V. L.; KOIFMAN, S. Smoking in Latin America: a major public health problem. **Cad Saúde Publica**, v.14, p.99-108, 1998.
9. DIFRANZA, J. R.; ALIGNE, C. A.; WEITZMAN, M. Prenatal and postnatal environmental tobacco smoke exposure and children's health. **Pediatrics**, n.113, p.1007-15, 2004.
10. DOLL, R.; HILL, A. B. Smoking and carcinoma of the lung: preliminary report. **Br Med J.**, v.30, p.739-748, 1950.
11. DOLL, R. *et al.* Mortality in relation to smoking: 40 years' observations on male British doctors. **British medical journal**, n. 309, p. 901-910, 1994.
12. DOLL, R. *et al.* Mortality in relation to smoking: 50 years' observations on male British doctors. **British medical journal**, n.328, p.1519-1528, 2004.
13. EGGER, P. *et al.* Cigarret smoke and bone mineral density in the elderly. **J Epidemiol Community Health**, v.50, p.47-50, 1996.
14. ELDERS, M. J. *et al.* The report of the Surgeon General: preventing tobacco use among young people. **Am J Public Health**, v.84, n.4, p.543-547, 1994.
15. ESSON, K.; LEEDER, S. The Millennium Development Goals and Tobacco Control. **World Health Organization**, Geneve, 2004.
16. FOREY, B. A.; THORNTON, A. J.; LEE, P. N. Systematic review with meta-analysis of the epidemiological evidence relating smoking to COPD, chronic bronchitis and emphysema. **British medical journal**, p.11:36, 2011.
17. GUINDON, E.; TOBIN, D.; YACH, D. Trends and affordability if cigarettes prices: ample room for tax increases and related health gains. **Tobacco Control**, v.11, p.35-43, 2002.
18. HIJJAR, M. A.; SILVA, V. L. C. Epidemiologia do tabagismo no Brasil. **J Bras Med.**,v. 60, p.50-71, 1991.

19. IGLESIAS, R. *et al.* Controle do Tabagismo no Brasil. **Banco Internacional para Reconstrução e Desenvolvimento/ Banco Mundial**, 2007.
20. INCA. Ministério da Saúde. Falando sobre tabagismo. **Ministério da saúde**. Brasília, DF, n.75, 1992.
21. INCA. Ministério da Saúde. Inquérito Domiciliar sobre comportamentos de risco e morbidade referida de doenças e agravos não transmissíveis. **Ministério da saúde**. Rio de Janeiro, 2004 a.
22. INCA. Ministério da Saúde. Dados e fatos de 12 capitais brasileiras. **Ministério da saúde**. Rio de Janeiro, 2004 b.
23. INCA. Ministério da Saúde. Disponível em: <http://www.inca.gov.br/tabagismo>. Acesso em: 10 dez.2013.
24. INSTITUTO NACIONAL DE ALIMENTAÇÃO E NUTRIÇÃO. PNSN: estatísticas sobre hábitos de fumo no Brasil. **INAN**, Brasília (DF), 1989.
25. JOHNSON, J. G. *et al.* Association between cigarette smoking and anxiety disorders during adolescence and early adulthood. **JAMA**, v. 284, n.18, p.2348-51, 2000.
26. LEE, P. N.; FOREY, B. A.; COOMBS, K. J. S. Systematic review with meta-analysis of the epidemiological evidence in the 1900s relating smoking to lung cancer. **British medical journal**, n.12, p.385-95, 2012.
27. MALCON, M. C.; MENEZES, A. M. B.; CHATKIN, M. Prevalência e fatores de risco para tabagismo em adolescentes. **Rev Saúde Pública**, v.37, n.1, p.1-7, 2003 a.
28. MALCON, M.C. *et al.* Prevalência e fatores de risco para tabagismo em adolescentes na América do Sul: uma revisão sistemática da literatura. **Pan Am J Public Health**, n.13, p.222-228, 2003b.
29. MANNINO, D. M. *et. al.* Health effects related to environmental tobacco smoke exposure in children in the United States: data from the Third National Health and Nutrition Examination Survey. **Arch Pediatr Adolesc Med.**, v.155, n.1, p.36-41, 2001.
30. MATUS, C. **Política, planejamento e governo**. Brasília: IPEA, 1993.
31. MILL, C. M.; HILLS, A. S; MARKS, R. Altered inflammatory response in smokers. **Br Med J.**, p.307:901, 1993.
32. MIRRA, A. P; GUIDA, F. B. Câncer de esôfago. Etiologia. **Rev Bras Cir.**, v.40, p.289-293, 1960.
33. MOZER, K. M. Venous thromboembolism. **Am Rev Resp Dis.**, v.141, p.235-249, 1990.
34. OLIN, J. M. Current Concepts: Thromboangiitis obliterans. **N Engl J Med.**, v.343, p.864-869, 2000.
35. OTT, A; SLOOTER, A. J. C; HOLFAN, A. Smoking and risk of dementia and Alzheimer's disease in a population based cohort study: the Rotterdam Study. **Lancet**, v.351, p.1840-1843, 1998.
36. PATNODE, C. D. *et.al.* Primary care-relevant interventions for tobacco use prevention and cessation in children and adolescents: a systematic evidence review for the US Preventive Services Task Force. **Annals of Internal Medicine**, v.158, n.4, p. 253-260, 2013.

37. SAMET, J. M. Health benefits of smoking cessation. **Clin Chest Med.**, v.12, n.4, p.669-79, 1991.
38. SBPT. Sociedade Brasileira de Pneumologia e Tisiologia. Diretrizes para Cessação do Tabagismo. **Jorn Bras Pneu.**, v.30, n.2, p.1-75, 2004.
39. SBPT. Sociedade Brasileira de Pneumologia e Tisiologia. Diretrizes para Cessação do Tabagismo. **Jorn Bras Pneu.**, v. 34, n.10, p. 845-880, 2008.
40. SEGAT, F. M. *et al.* Fatores de risco associados ao tabagismo em adolescentes. **Adolesc Latino Am.**, n.1, p.163-9,1998.
41. SONTAG, S.; GRAHAM, D.Y.; BELSITO, A. Cimetidine, cigarett smoking and recurrence of duodenal ulcer. **N Engl J Med.**, v.311, p.689-693, 1984.
42. TANIETTO, V. *et.al.* Carcinoma broncogênico e tabagismo. Análise de 667 casos. **J Pneumologia**, v.18, p.23-27, 1992.
43. TOWNSEND, J. L. Policies to Halve Smoking Deaths. **Addiction**, v.88, n.1, p.43-52, 1993.
44. TOWNSEND, J. L .Price and Consumption of Tobacco. **British Medical Bulletin**, v.52, n.1, p.: 132-142, 1996.
45. VIGITEL. Ministério da Saúde. Vigilância de Fatores de Risco e Proteção para Doenças Crônicas por Inquérito Telefônico. **Ministério da Saúde**. Brasília, DF, 2006.
46. VINEIS, P. *et al.* Environmental tobacco smoke and risk of respiratory cancer and chronic obstructive pulmonary disease in former smokers and never smokers in the EPIC prospective study. **BMJ.**, n. 330, p.7486-7522, 2005.
47. WARNAKULASURYA, K. A. S.; ROBINSON, D.; EVANS, H. Multiple primary tumours following head and neck cancer in southern England. **J Oral Pathol Med**, v.18, p.167-171, 2003.
48. WORLD HEALTH ORGANIZATION. International Consultation on Tobacco and Youth: what in the world works?.**WHO**. Singapore, 1999.
49. WHO. World Health Organization. Tobacco & the Rights of the Child, 2001.
50. WHO. World Health Organization. World no-Tobacco Day. Tobacco and poverty: a vicious circle. **WHO**, 2004.