

**UNIVERSIDADE FEDERAL DO TRIÂNGULO MINEIRO
CURSO DE ESPECIALIZAÇÃO EM ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA**

MARCOS FILIPE DE ALMEIDA ANDRADE

**PLANO DE INTERVENÇÃO PARA REDUZIR A ALTA PREVALÊNCIA
DO TABAGISMO NA POPULAÇÃO NA UNIDADE DA ZONA RURAL
NO MUNICÍPIO DE BOM SUCESSO-MG**

BOM SUCESSO/MG

2016

**UNIVERSIDADE FEDERAL DO TRIÂNGULO MINEIRO
CURSO DE ESPECIALIZAÇÃO EM ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA**

MARCOS FILIPE DE ALMEIDA ANDRADE

**PLANO DE INTERVENÇÃO PARA REDUZIR A ALTA PREVALÊNCIA
DO TABAGISMO NA POPULAÇÃO NA UNIDADE DA ZONA RURAL
NO MUNICÍPIO DE BOM SUCESSO-MG**

Trabalho de conclusão de curso apresentado ao Curso de Especialização em Estratégia Saúde da Família, Universidade Federal do Triângulo Mineiro, para a obtenção do Certificado de Especialista.

Orientadora: Prof^a Dr^a Isabel Aparecida Porcatti de Walsh

BOM SUCESSO/MG

2016

MARCOS FILIPE DE ALMEIDA ANDRADE

**PLANO DE INTERVENÇÃO PARA REDUZIR A ALTA PREVALÊNCIA
DO TABAGISMO NA POPULAÇÃO NA UNIDADE DA ZONA RURAL
NO MUNICÍPIO DE BOM SUCESSO-MG**

Banca Examinadora

Profª Drª Isabel Aparecida Porcatti de Walsh – Orientadora - Universidade Federal do Triângulo Mineiro

Avaliador 2: Profª Drª Regina Maura Rezende – Universidade Federal do Triângulo Mineiro

Aprovado em: 8 de janeiro de 2017

DEDICATÓRIA

Dedico este trabalho a todos os membros da equipe da Unidade de Saúde da Zona Rural de Bom Sucesso – MG, que, com carinho e dedicação à sua vocação, desempenham um papel ímpar na promoção da saúde do município e que me deram todo o apoio.

AGRADECIMENTOS

Primeiramente a Deus, por ser o autor da vida,

Agradeço a minha família por ser a minha base sólida,

Aos membros da equipe da Unidade de Saúde da Zona Rural de Bom Sucesso, por todo o apoio, sem os quais esse projeto não seria possível,

À Secretaria Municipal de Saúde, por sempre estar disponível e por seu trabalho exemplar na gestão.

RESUMO

O tabagismo ainda se constitui como um problema de saúde pública, sendo responsável diretamente por várias doenças como infarto, doença pulmonar obstrutiva crônica, doenças cerebrovasculares e câncer, mantendo-se como a principal causa evitável de morte no Brasil e no mundo. O tratamento do tabagismo mostra-se como uma intervenção médica de alto custo-benefício. A sua alta prevalência na população da zona rural de Bom Sucesso, resultado de um diagnóstico situacional realizado em conjunto com nossa equipe de saúde da família, motivou a construção de um projeto de intervenção. Seguindo o método de Planejamento Estratégico Situacional, propusemos o enfrentamento do problema através da realização de campanhas para conscientização da população com carros de som e cartazes, palestras nas unidades e escolas, programas na rádio local para informação sobre os riscos do hábito de fumar e, por fim, da implantação de um grupo de tabagismo específico para a população adscrita à nossa unidade, com acompanhamento psicológico cognitivo-comportamental e terapia farmacológica. Esperamos, assim, reduzir o número de pacientes tabagistas e melhorar a qualidade de vida da população com maior promoção da saúde.

Palavras-chave: Tabaco. Hábito de fumar. Educação em Saúde

ABSTRACT

The habit of smoking remains as a public health problem, being directly responsible for several diseases such as infarction, chronic obstructive pulmonary disease, cerebrovascular diseases and cancer, being the leading avoidable cause of death in Brazil and worldwide. The treatment of smoking has proven to be a highly cost-effective medical intervention. Its high prevalence in the rural population of Bom Sucesso, as demonstrated by a situational diagnosis carried out in conjunction with our family health team, motivated the construction of an intervention project. Following the method of Strategic Situational Planning, we proposed tackling the problem by conducting campaigns to raise awareness of the maladies of smoking to the population through sound cars and posters, lectures at health units and schools, local radio programs for information on the risks of smoking, and finally, the implementation of a specific smoking group for the population assigned to our unit, with cognitive-behavioral psychological counseling and pharmacological therapy. We hope, therefore, to reduce the number of smokers and improve the quality of life of the population with greater health promotion.

Key words: Tobacco. Smoking. Health Education.

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

ACS	Agentes Comunitários de Saúde
APS	Atenção Primária à Saúde
DM	Diabetes melito
ECG	Eletrocardiograma
ESF	Equipe de Saúde da Família
HAS	Hipertensão Arterial Sistêmica
IBGE	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
PSF	Programa Saúde da Família
SUS	Sistema Único de Saúde
TRN	Terapia de reposição de nicotina
UBS	Unidade Básica de Saúde

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	10
2 JUSTIFICATIVA	13
3 OBJETIVOS	14
3.1 Objetivo geral	14
3.2 Objetivo específico	14
4 METODOLOGIA	15
5 REVISÃO BIBLIOGRÁFICA	16
5.1 O tabagismo, um problema de saúde	16
5.2 A dependência ao tabaco	16
5.3 Enfrentando o problema	18
6 PLANO DE INTERVENÇÃO	20
6.1 Descrição e explicação do problema selecionado	20
6.2 Seleção dos nós críticos	20
6.3 Desenho das operações	21
6.4 Identificação dos recursos críticos	22
6.5 Análise da viabilidade do plano	23
6.6 Elaboração do plano operativo	24
7 CONSIDERAÇÕES FINAIS	26
REFERÊNCIAS	27

1 INTRODUÇÃO

Bom Sucesso é uma cidade com 17.243 habitantes (estimativa IBGE para o ano de 2016), localizada na região Sul de Minas Gerais e distante 208 Km da capital do Estado. A cidade estruturou-se basicamente através da agricultura e do leite. Experimentou um êxodo rural nas últimas 3 décadas, o que fez com que o setor de serviços e comércio passasse a ser o carro chefe da economia local. Atualmente a economia da zona rural baseia-se em grande parte no café e no leite. Nos últimos anos tem crescido também a plantação de eucaliptos para a fabricação de carvão vegetal, o que, de certa forma, tem mudado a paisagem das antigas fazendas e povoados e prejudicado o solo. (IBGE, 2010)

A política já foi polarizada, basicamente entre dois partidos que, de 4 em 4 anos, acabavam se revezando frente à administração municipal. Entretanto nos últimos anos tem se observado uma maior pluralidade partidária e uma variedade na gestão.

Na área da saúde, a cidade tem tido um crescimento vertiginoso na atenção primária nos últimos anos. Com a inauguração de duas unidades de saúde esse ano que se somam as outras quatro, totalizando seis unidades de saúde bem equipadas. O hospital, por outro lado, tem passado por problemas financeiros graves, o que tem prejudicado em muito a articulação do cuidado com a atenção secundária. A cidade-polo mais próxima é Lavras, distante 40 km. Entretanto a rede de atenção em urgência e emergência tem como polo a cidade de São João Del Rei, distante 90 km de Bom Sucesso. Por isso muitos problemas têm acontecido. A rotatividade dos profissionais de saúde quer no hospital quer nas ESF também é grande, mas o que prejudica mesmo o atendimento é a dificuldade na articulação do cuidado com níveis de atenção fora do município e com os exames complementares. A fila de espera para algumas especialidades chegam a durar anos e alguns exames básicos demoram meses.

A zona rural de Bom Sucesso tem uma extensão territorial muito superior à zona urbana. A população é de cerca de 3000 mil pessoas. As famílias ali alocadas se dedicam predominantemente ao cultivo do café e ao leite. As condições das casas, em sua grande parte, são regulares (IBGE, 2010). As áreas de abrangência da nossa equipe são 3: a comunidade do Bananal, a comunidade dos Machados e o restante que é mais próximo à cidade. A composição de toda a zona rural se dá por

diversos lugarejos, a saber: Monteiro, Serra de Baixo, Tabatinga, Taxi, Coqueiros, Estiva, Goiaba, Mata, Pedra Branca, Ponte do Estabuão, Lopes, Fumal, Gonçalves, Varginha, Ferreira, Pedra do Urubu, Madeiras, Limeira, Gusmão, Lopes, Mata Carapuça, Morais, Figueiras, Chapada, Boa Vista, Serra de Cima, Serra do Meio, Xavier, Machado Xavier, Dez, Varadouro, Borges, Mãe Maria, Mourão, Merendas, Babilônia, Zeringota, Cambuí, Costa e Matias.

Nossa equipe divide os atendimentos em 3 unidades (a unidade da zona urbana, na policlínica da cidade, a unidade dos Machados e a unidade do Bananal). Todos os estabelecimentos são próprios da prefeitura, construídos para esse fim. São equipados de maneira satisfatória. O menor deles é o do Bananal, mas que atende à demanda sem grandes problemas. Só não possuímos espaço adequado para reuniões com a comunidade que costumam ser realizadas ou na escola adjacente à unidade do Bananal ou dos Machados (que também costumam ser realizadas no salão da casa paroquial).

Todas as unidades possuem recepção, banheiros, consultório médico, consultório ginecológico, gabinete odontológico, sala de vacina, copa, sala de curativos. Já a unidade da policlínica possui, também, sala de ECG, sala de vacina (onde fica o estoque municipal das vacinas), sala para os coordenadores, sala para esterilização de materiais, sala da coordenação de Tuberculose e Hanseníase. Nesta unidade são ofertados os atendimentos de cardiologia, ginecologia e obstetrícia e pediatria para todas as equipes da cidade.

Os atendimentos são feitos em 3 unidades de saúde. A unidade de saúde da Policlínica funciona diariamente de 7 às 16h. Nossos atendimentos lá são às segundas e terças-feiras. Todas as nossas demandas são agendadas, salvo as de caráter de urgência e emergência.

Às quartas-feiras o atendimento é feito na unidade do Bananal (15 atendimentos seguidos, sem intervalo) e às quintas-feiras o atendimento é feito na unidade dos Machados (20 atendimentos seguidos, com um almoço e um restante da parte da tarde para renovação de receitas e reunião com as agentes).

O nosso trabalho está estruturado basicamente em torno da demanda que é toda agendada pelos agentes comunitários de saúde. Não existem dias específicos de atendimentos para uma determinada demanda nem grupos de patologias específicos. Toda a demanda é atendida conjuntamente.

Por sermos profissionais da zona rural, o atendimento fragmentado acaba sendo mais difícil, até mesmo por questões de mobilidade. Entretanto nossa relação com todos os agentes de saúde é muito próxima, para sanar ao máximo essa deficiência. Um bom trabalho coordenado com todos eles (já que são os profissionais que estão mais próximos à população e vivem nesses lugarejos) permite que um atendimento de qualidade seja realizado sem a necessidade de fragmentação das demandas.

Assim como em toda comunidade, nós também temos alguns problemas que necessitam atenção especial dos profissionais de saúde. Nas reuniões realizadas com nossa ESF foram observados alguns aspectos que precisam ser pensados:

- a cultura da população em solicitar exames complementares com uma frequência alta sem a real necessidade do mesmo;
- a falta de adesão aos medicamentos por conta de um baixo nível de escolaridade;
- alta prevalência de doenças relacionadas à saúde mental sem o devido acompanhamento psiquiátrico e uma retaguarda de internação hospitalar para os casos mais graves dentro do próprio município;
- o excesso de erros e a falta de entendimento da população sobre a indicação do tratamento com estatinas, o que gera “pedidos de lipidograma” de 6 em 6 meses desnecessários e uma falta de coordenação com a farmácia estadual que só dispensa a medicação mensalmente;

E, por fim, o aspecto que consideramos de caráter mais prioritário que nos levou ao desenvolvimento desse projeto de intervenção: a alta prevalência do tabagismo.

2 JUSTIFICATIVA

O tabagismo ainda continua sendo um grande problema de saúde pública nos dias atuais. O tabaco, nas suas diversas formas de consumo, mantém-se como a principal causa evitável de morte no Brasil e no mundo. (BRASIL, 2016)

Segundo dados atuais, ele é responsável por 45% das mortes por infarto do miocárdio, 85% das mortes por doença pulmonar obstrutiva crônica, 25% das mortes por doença cerebrovascular e 30% das mortes por câncer (INCA, 2007). Além disso, o tabagismo é um fator agravante em doenças crônicas como a HAS e o DM, as quais estão presentes diariamente nas atividades da UBS.

Por ser considerado também como uma doença crônica, o tabagismo precisa ser entendido como um desafio a ser superado dentro do nível da atenção primária em saúde.

Nossa ESF, após as reuniões e a análise situacional, identificou o problema Alta prevalência do tabagismo como algo a ser enfrentado por meio desse projeto de intervenção.

3 OBJETIVOS

3.1 Objetivo geral:

Apresentar um projeto de intervenção para diminuir a prevalência do tabagismo na população da Zona Rural do município de Bom Sucesso-MG

3.2 Objetivos específicos:

- Modificar os hábitos da população através de campanhas com carros de som e cartazes informativos;
- Aumentar a adesão dos pacientes ao grupo de tabagismo para tratamento de suas dependências através da informação e conscientização da população por meio de palestras nas unidades de saúde e escolas e programas específicos para o tema na rádio local;
- Implantação de um grupo de tabagismo específico para a população da zona rural coberta por nossa ESF.

4 METODOLOGIA

Para a elaboração do Projeto de Intervenção foi utilizado o método de Planejamento Estratégico Situacional (CAMPOS; FARIA; SANTOS, 2010).

Através das reuniões realizadas com a ESF, elaboramos um diagnóstico situacional da nossa comunidade e sintetizamos os problemas mais relevantes da nossa população. Através dessa lista de problemas, priorizamos o grau de importância de importância de cada um, o caráter de urgência de cada um e nossa capacidade de enfrentamento dos mesmos. Assim, chegamos ao consenso sobre a abordagem da alta prevalência do tabagismo como problema prioritário. Selecionamos os “nós críticos” e as propostas para resolução de cada um.

Com os “nós críticos” devidamente descritos e explicados, com as propostas de ação vinculadas a cada um, passamos a identificar os recursos críticos e a análise da viabilidade de cada um.

Assim, elaboramos um plano operativo e um plano de gestão para o enfrentamento do problema, com a estipulação de prazos.

Uma revisão de literatura foi feita para embasamento do tema e melhor compreensão do problema para que as estratégias utilizadas tivessem uma efetividade superior.

As bases de dados utilizadas para os descritores Tabaco, Hábito de Fumar, Educação em Saúde, foram Scielo, PubMed, Biblioteca Virtual em Saúde (BVS) e Descritores em Ciências da Saúde (DeCS).

5 REVISÃO BIBLIOGRÁFICA

5.1 O tabagismo, um problema de saúde pública

O tabagismo é sabidamente um problema de saúde pública enfrentada pela humanidade há vários anos. A dependência ao tabaco, classificada como uma dependência química, é gerada pela nicotina presente em sua composição, e pode ser comparada à dependência de drogas como heroína e cocaína (INCA, 2007). A aceitação sociocultural do tabagismo torna-o uma epidemia de difícil controle (MOREIRA, 2014)

É responsável pela morte de aproximadamente 6 milhões de pessoas e causa prejuízos econômicos de centenas de bilhões de dólares a cada ano por todo o mundo (WHO, 2011). Quando comparamos a mortalidade entre não fumantes e fumantes, ela é duas vezes maior nestes que naqueles. Os cânceres de pulmão e a doença pulmonar obstrutiva crônica tem no tabaco seu principal fator associado. Além disso, ele é fator de risco para câncer de orofaringe, bexiga, pâncreas, laringe, esôfago, cólon e colo do útero.(NUNES e CASTRO, 2011).

A despeito da epidemia do tabaco por todo o mundo, o Brasil observou uma queda da prevalência do tabagismo nas últimas décadas (31,7% da população adulta em 1989 para 14,7% em 2013) (BRASIL, 2016). Entretanto ele se mantém prevalente entre homens, populações na raça/cor preta e na região rural (BRASIL, 2016).

Para o enfrentamento do problema, o Ministério da Saúde criou, no Brasil, o Programa Nacional de Controle do Tabagismo (PNCT), que definiu a Atenção Básica como o “*locus* principal de cuidado” da pessoa tabagista (BRASIL, 2016).

5.2 A dependência ao tabaco:

A dependência ao tabaco é considerada uma doença e está alocada no Código Internacional de Doenças (CID10) F17.2. Ela pode ser dividida em dependência física (dependência química) e dependência psicológica (SILVA, 2010).

O consumo do tabaco pode ser realizado de duas maneiras: tabaco fumado que inclui o cigarro industrializado, cachimbos, cigarros de palha, charutos e narguilé) e o tabaco não fumado (tabaco mascado, rapé). O usuário que inala a

fumaça é considerado tabagista ativo e as pessoas que a inalam, expostas à poluição tabágica do ambiente, são consideradas tabagistas passivos. O fumante regular é aquele que já teve um consumo superior a 100 cigarros em sua vida e que continua fumando (BRASIL, 2016).

O grau de dependência à nicotina pode ser graduado de maneira quantitativa ou qualitativa. Um bom método para mensurarmos essa dependência é através do questionário de Fagerström. (HEATHERTON *et al.*, 1991)

Quadro 1 – Questionário de Fagerström

<u>TESTE DE FAGERSTRÖM</u>	
1- Quanto tempo depois de acordar você fuma o primeiro cigarro?	
Após 60 min (0) Entre 31 e 60 min (1) Entre 6 e 30 min (2) Nos primeiros 5 min (3)	
2- Você encontra dificuldades em evitar de fumar em locais proibidos, como por exemplo: igrejas, local de trabalho, cinemas, shoppings, etc?	
Não (0) Sim (1)	
3- Qual o cigarro mais difícil de largar de fumar?	
O primeiro da manhã (1) Qualquer outro (0)	
4- Quantos cigarros você fuma por dia?	
Menos de 10 cigarros (0) Entre 11 e 20 cigarros (1) Entre 21 e 30 cigarros (2) Mais de 30 (3)	
5- Você fuma mais frequentemente nas primeiras horas do dia do que durante o resto do dia?	
Não (0) Sim (1)	
6- Você fuma mesmo estando doente ao ponto de ficar acamado na maior parte do dia?	
Não (0) Sim (1)	
PONTUAÇÃO: 0 a 4: Dependência leve	
5 a 7: Dependência moderada	
8 a 10: Dependência grave	

Fonte: Heatherton et al (1991)

É um comportamento complexo, já que é multifatorial, recebendo influências de estímulos ambientais, hábitos pessoais, condicionamentos psicossociais e das ações biológicas da nicotina (KIRCHENCHTEJN e CHATKIN 2004, *apud* BRASIL, 2016). Embora 80% dos tabagistas desejem parar de fumar, a maioria não consegue sem um apoio e tratamento com um médico capacitado para tal (VIEGAS 2007 *apud* SILVA, 2010), daí a importância de uma abordagem orientada. Há evidências que o apoio aos tabagistas que desejam parar de fumar, no Brasil, ainda é deficiente e

insuficiente, com problemas de acesso desses pacientes à uma terapia adequada (BRASIL, 2016).

5.3 Enfrentando o problema

Por se tratar de uma doença com um aspecto de dependência duplo (dependência física e dependência psicossocial), as estratégias de enfrentamento do tabagismo abordam basicamente dois aspectos importantes: o tratamento farmacológico e o tratamento cognitivo-comportamental (SILVA, 2010). O controle do tabaco nas dimensões da atenção e do cuidado em saúde, resume-se em prevenção da iniciação do consumo do tabaco e do tratamento para a cessação do uso (BRASIL, 2016).

O tratamento do tabagismo apresenta efeitos extremamente positivos para a promoção da saúde:

O tabagismo é hoje, a principal causa global de morbimortalidade prevenível. O tratamento para cessação do tabagismo está entre as intervenções médicas que apresenta a melhor relação custo-benefício, superior inclusive aos tratamentos direcionados para hipertensão arterial leve a moderada, dislipidemia e infarto do miocárdio (BRASIL, 2016 p. 23).

As consultas médicas de rotina realizadas na Atenção primária em saúde (APS) são ótimas oportunidades para uma abordagem sistemática breve sobre o tabagismo, conhecida por “PAAPA”, que não leva mais do que 3 a 5 minutos e que pode motivar os tabagistas a pararem de fumar, o que já é de grande importância.

Essa abordagem consiste nas seguintes perguntas:

- Perguntar a todo paciente se é fumante (se a resposta for positiva, prosseguir);
- Aconselhar a parar de fumar;
- Avaliar seu grau de dependência física e de motivação;
- Preparar para que fume progressivamente menos;
- Acompanhar para não recair (SILVA, 2010).

Prochaska, Diclemente e Norcross, propuseram em 1992 um Modelo de Avaliação do Grau de Motivação para Mudança, que consiste em seis estágios: pré-

contemplação, contemplação, preparação, ação, manutenção e recaída (BRASIL, 2016).

A abordagem farmacológica do tabagismo disponível no SUS é composta basicamente por terapia de reposição de nicotina (TRN) e o inibidor de receptação de moduladores bioquímicos, originalmente usado como antidepressivo, a bupropiona (INCA, 2001). Os critérios para utilização da farmacoterapia consistem em:

[...] 1- Ser fumantes pesados, definidos pelo consumo de 20 ou mais cigarros ao dia; 2- Fumar o primeiro cigarro até 30 minutos após acordar com consumo mínimo de dez cigarros por dia; 3- Escore de Fagerström igual ou maior a cinco, ou dependência moderada ou grave segundo avaliação individual; 4- Tentativa anterior sem êxito devido a sintomas de abstinência a nicotina; E obrigatoriamente: 5- Não haver contraindicações clínicas para o tratamento. (BRASIL, 2016 p. 68)

A terapia cognitivo-comportamental, é uma abordagem que combina “intervenções cognitivas com treinamento de habilidades comportamentais”, envolvendo a “detecção de situações de riscos de recaída” e o “desenvolvimento de estratégias de enfrentamento”. (INCA, 2001). É uma abordagem considerada ímpar para o tratamento do tabagismo:

A abordagem cognitivo-comportamental ajuda a reestruturar cognições disfuncionais e dar flexibilidade cognitiva para avaliar situações específicas. Dessa forma, a abordagem cognitivo-comportamental é a base do tratamento para a Cessação do Tabagismo, tendo o tratamento medicamentoso – quando presente – um papel auxiliar nesse contexto (BRASIL, 2016 p. 60).

O enfrentamento do tabagismo deve ser algo constantemente evocado pelo médico da atenção primária, já que representa um importante passo na promoção da saúde. O progresso contínuo irá impedir a morte de milhões de pessoas por doenças relacionadas ao tabaco e poupará bilhões de dólares por ano em gastos com saúde evitáveis e perdas de produtividade (WHO, 2011).

6 PROPOSTA DE INTERVENÇÃO

Esta proposta refere-se ao problema “Alta prevalência do tabagismo”, para o qual será feito uma descrição seguida da explicação, a seleção de seus nós críticos, o desenho das operações, a identificação dos recursos críticos, a análise da viabilidade do plano e o plano operativo, de acordo com a metodologia do Planejamento Estratégico Simplificado (CAMPOS; FARIA; SANTOS. 2010).

6.1 Descrição e explicação do problema selecionado

Na nossa população existem muitos pacientes tabagistas, a grande maioria não é de pacientes com uma carga tabágica alta, entretanto o grau de dependência é alto. Por se tratar da zona rural, existe o fato da cultura antiga nos pacientes mais idosos de fumar o cigarro de palha feito na própria roça, com o fumo de rolo comprado nas vendas. Boa parte desses pacientes começou a fumar ainda bem jovens, já que, na época, isso era frequente.

Entretanto, a despeito desse real problema de saúde, nossa unidade não possui grupo de tabagismo. Todo tratamento do tabagismo realizado no município é centralizado em uma única unidade, com apenas uma médica. Se por um lado isso pode ser interessante para a gestão municipal da cidade e pode até funcionar para as demais unidades da zona urbana, para a zona rural é extremamente prejudicial, já que temos observado uma adesão quase nula dos nossos pacientes a esse grupo, quer por dificuldade de acesso, quer por não se sentirem acompanhados pelos profissionais com os quais já criaram algum vínculo.

6.2 Seleção dos nós críticos

Através do diagnóstico situacional e da priorização do problema, chegou-se a definição dos nós críticos para enfrentamento do mesmo: um número expressivo de pacientes tabagistas, a baixa adesão dos pacientes ao grupo de tabagismo centralizado e a ausência de um grupo em nossa equipe.

6.3 Desenho das operações

As operações sobre cada um dos nós críticos para o problema “Alta prevalência do tabagismo” serão apresentadas abaixo nos quadros que se seguem.

Tabela 1 - Desenho de operações para os “nós críticos” do problema Alta prevalência do tabagismo

Nó crítico 1	Grande número de pacientes tabagistas
Operação/Projeto	Mais saúde Modificar hábitos da população
Resultados esperados	Diminuir o número de tabagistas
Produtos	Campanhas com carros de som e cartazes
Recursos necessários	Organizacional: para coordenar as campanhas Cognitivo: conhecimento de informações estratégicas para serem usadas nas campanhas Financeiro: para os carros de som e para confecção dos cartazes Político: para conseguir as empresas responsáveis pela divulgação
Nó crítico 2	Baixa adesão dos pacientes ao grupo de tabagismo da cidade
Operação/Projeto	Saber mais Aumentar a adesão dos pacientes ao tratamento
Resultados esperados	População mais informada sobre os riscos do tabagismo
Produtos	Palestras nas unidades e nas escolas Programas na rádio da cidade para discutir o tema
Recursos necessários	Estrutural: espaços para a realização das palestras; espaço na rádio local para discussão do tema Organizacional: para elaboração dos temas a serem apresentados na rádio e nas palestras Cognitivo: conhecimentos sobre o tema e como abordá-lo Político: para articular com a rádio local os espaços e horários destinados ao projeto; articulação com as

	escolas municipais para disponibilização de um tempo para que o tema fosse levado aos alunos
Nó crítico 3	Ausência de um grupo de tabagismo na nossa equipe
Operação/Projeto	Linha de cuidado Aumentar o acesso da população ao tratamento
Resultados esperados	Maior número de pacientes em tratamento e acompanhamento.
Produtos	Implantação de um grupo de tabagismo específico para nossa unidade Coordenação do cuidado facilitado
Recursos necessários	Organizacional: para o agendamento dos dias específicos para o grupo de tabagismo e das consultas; Cognitivo: capacitação dos profissionais para a implantação do grupo Financeiro: para investimento nas terapias farmacológicas a serem disponibilizadas aos pacientes Político: para coordenação entre as unidades e farmácia da localidade; para disponibilização de cursos específicos para os profissionais do grupo

Fonte: Autor, 2016

6.4 Identificação dos recursos críticos

Tabela 2 – Recursos críticos para o desenvolvimento das operações definidas para enfrentamento dos “nós críticos” do problema Alta prevalência do tabagismo

Nós críticos	Recursos críticos
Mais saúde	Financeiro: para financiamento dos recursos gastos com os materiais de apelo visual (cartazes) e de apelo auditivo (carros de som) Políticos: para contratar o carro de som

Saber mais	Político: para conseguir espaço na rádio local; para disponibilização de horários nas escolas municipais para a realização das palestras
Linha de cuidado	Político: para capacitação dos profissionais, para disponibilização da terapia farmacológica Financeiro> recursos para o custeio das medicações

Fonte: Autor, 2016

6.5 Análise da viabilidade do plano

Tabela 3 – Proposta de ações para motivação dos atores

Operações/Projeto	Recursos críticos	Controle dos recursos críticos Ator que controla Motivação	Ações estratégicas
Mais saúde Modificar hábitos da população	Financeiro: para financiamento dos recursos gastos com os materiais de apelo visual (cartazes) e de apelo auditivo (carros de som) Políticos: para contratar o carro de som	Secretário de saúde Favorável Setor de comunicação Favorável Social	Apresentar o projeto para a secretaria
Saber mais Aumentar a adesão dos pacientes ao tratamento	Político: para conseguir espaço na rádio local; para disponibilização de	Setor de comunicação Favorável Social	Apresentar o projeto à rádio Apresentar o

	horários nas escolas municipais para a realização das palestras	Secretário de Favorável Educação	de projeto à Secretaria de Educação
Linha de cuidado Aumentar o acesso da população ao tratamento	Político: para capacitação dos profissionais, para disponibilização da terapia farmacológica Financeiro: recursos para o custeio das medicações	Secretário de Saúde Favorável Coordenador da Farmácia Municipal Prefeito Municipal Favorável Secretário de Saúde Favorável	de da Apresentar a lista de medicações que deverão ser disponibilizadas

Fonte: Autor, 2016

6.6 Elaboração do plano operativo

Tabela 4 – Plano operativo

Operações	Resultados	Produtos	Ações estratégicas	Responsável	Prazo
Mais saúde Modificar hábitos da	Diminuir o número de tabagistas	Campanhas com carros de som e cartazes	Apresentar o projeto para a prefeitura Envolver a	Coordenador (a) da Atenção Primária do	3 meses para o início da campanha

população			população na campanha	Município	
Saber mais Aumentar a adesão dos pacientes ao tratamento	População mais informada sobre os riscos do tabagismo	Palestras nas unidades e nas escolas Programas na rádio da cidade para discutir o tema	Apresentar o projeto para a prefeitura e à rádio, envolver os profissionais nos debates, convidar a população para as palestras, envolver os professores das escolas no projeto	Enfermeiro (a) Médico	3 meses para o início do projeto
Linha de cuidado	Aumentar o acesso da população ao tratamento	Implantação de um grupo de tabagismo específico para nossa unidade Coordenação do cuidado facilitado	Apresentar a lista de medicações que deverão ser disponibilizadas pela prefeitura, motivar os profissionais para a capacitação.	Médico Coordenador da farmácia municipal	5 meses para a implantação do grupo na unidade

Fonte: Autor, 2016

7 CONSIDERAÇÕES FINAIS

O tabagismo ainda representa um grande desafio à atenção primária em saúde e precisa ser compreendido como uma responsabilidade de todos nós para a promoção da saúde. Os esforços de todos os profissionais de saúde e a conscientização da população, tornando-os agentes transformadores da própria realidade e gerando resultados efetivos, são de fundamental importância.

A construção do projeto de intervenção serviu não só para a identificação de pontos que ainda precisam ser melhorados, mas também como um meio de interação entre toda a equipe e com a percepção do papel de cada um e da sua importância na coordenação do cuidado.

Com este projeto, esperamos dar um passo a mais na melhoria da qualidade de vida da população adscrita à nossa equipe, aumentando a adesão dos pacientes ao tratamento, com uma população mais informada sobre os riscos do hábito de fumar e com um maior número de pacientes sendo tratados e acompanhados de perto nas suas unidades de referência, que serão possíveis com a implantação do grupo específico para a zona rural, diminuindo, assim, o número de tabagistas.

REFERÊNCIAS

- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Estratégias para o cuidado da pessoa com doença crônica: o cuidado da pessoa tabagista**. Brasília: Ministério da Saúde, 2016.
- CAMPOS, F.C.C; FARIA H. P.; SANTOS, M.A.: **Elaboração do plano de ação**. Planejamento e avaliação das ações em saúde. 2ªed. Belo Horizonte: NESCON/UFMG, 2010. Disponível em: https://moodle.nescon.medicina.ufmg.br/ceesf/pluginfile.php/2473/mod_scorm/content/6/UNIDADE3.pdf. Acesso em: 26 de outubro, 2016.
- HEATHERTON, T. F.; KOZLOWSKI, L. T.; FRECKER, R. C.; FAGERSTRÖM, K. O. The Fagerström test for nicotinedependence: a revisionofthe Fagerström ToleranceQuestionnaire. **British JournalofAddiction** 1991;86:1119-27. Disponível em http://rxforchange.ucsf.edu/file_downloads/A3%20TOB%20DEP%20QA.pdf. Acesso em 26 de outubro de 2016
- INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA – IBGE. **Censo demográfico 2010: Sinopse**. Disponível em: <http://cidades.ibge.gov.br/xtras/temas.php?lang=&codmun=310800&idtema=1&search=minas-gerais|bom-sucesso|censo-demografico-2010:-sinopse->. Acesso em 26 de outubro de 2016
- INSTITUTO NACIONAL DO CÂNCER – INCA. **Abordagem e Tratamento do fumante – Consenso 2001**. Rio de Janeiro: INCA, 2001. Disponível em: <http://www2.inca.gov.br/wps/wcm/connect/e776ee0047dec36284a4cd9ba9e4feaf/tratamento-consenso.pdf?MOD=AJPERES&CACHEID=e776ee0047dec36284a4cd9ba9e4feaf>. Acesso em: 26 de outubro de 2016.
- INSTITUTO NACIONAL DO CÂNCER – INCA. **Tabagismo: um grave problema de saúde pública**. 1 ed. Rio de Janeiro, 2007. Disponível em: http://www1.inca.gov.br/inca/Arquivos/t_Tabagismo.pdf. Acesso em: 26 de outubro de 2016.
- MOREIRA, CA. **Unidades promotoras de saúde**. Belo Horizonte: Secretaria de Estado de Saúde de Minas Gerais, 2014.
- NUNES, S. O. V.; CASTRO, M. R. P.; **Tabagismo: abordagem, prevenção e tratamento**. Londrina: EDUEL, 2011. Disponível em: <http://static.scielo.org/scielobooks/sj9xk/pdf/nunes-9788572166751.pdf>. Acesso em: 26 de outubro de 2016
- SILVA, L. C. C. Tratamento do tabagismo. **Revista da AMRIGS**, Porto Alegre, 54 (2) 232-239, abr.-jun. 2010. Disponível em:http://www.amrigs.org.br/revista/54-02/22-fumo_zero_tratamento_do_tabagismo.pdf Acesso em: 26 de outubro de 2016
- WORLD HEALTH ORGANIZATION. WHO reportonthe global tobacooepidemic, 2011: Warningaboutthedangersoftobacco. **Geneva, WHO press**; 2011. Disponível

em:http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/70680/1/WHO_NMH_TFI_11.3_eng.pdf
Acesso em: 26 de outubro de 2016