

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

NICÁCIO DIEGER SILVA

PROGRAMA DE CONTROLE DO TABAGISMO NA UNIDADE DE SAÚDE DA  
FAMÍLIA ANTÔNIO PIMENTA II, MONTES CLAROS – MINAS GERAIS

MONTES CLAROS – MINAS GERAIS

2014

**NICÁCIO DIEGER SILVA**

**PROGRAMA DE CONTROLE DO TABAGISMO NA  
UNIDADE DE SAÚDE DA FAMÍLIA ANTÔNIO PIMENTA II,  
MONTES CLAROS – MINAS GERAIS**

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

Orientadora: Profa Silvana Spíndola de Miranda

**NICÁCIO DIEGER SILVA**

**PROGRAMA DE CONTROLE DO TABAGISMO NA UNIDADE DE  
SAÚDE DA FAMÍLIA ANTÔNIO PIMENTA II, MONTES CLAROS –  
MINAS GERAIS**

**Banca examinadora:**

Examinador 1: Profa Silvana Spíndola de Miranda – UFMG

Examinador 2: Prof. Edison José Corrêa – UFMG

Aprovado em Belo Horizonte, em ?? de ??? de 2015

## **AGRADECIMENTO**

**Aos que almejam por mudanças.**

## RESUMO

O tabagismo é amplamente reconhecido como uma doença epidêmica resultante da dependência de nicotina, sendo fator causal de cerca de 50 doenças diferentes, dentre as quais doenças cardiovasculares, neoplasias e doenças pulmonares obstrutivas crônicas. Sua alta prevalência no território, bem como a capacidade de enfrentamento real fizeram com que o problema fosse elencado como prioritário pela equipe de saúde da família atuante na unidade Antônio Pimenta II. Este trabalho descreve o processo de construção de um programa de controle do tabagismo na referida unidade, tendo como base os parâmetros definidos por portarias específicas que aprovaram o Plano de Implantação da Abordagem e Tratamento do Tabagismo na Rede do Sistema Único de Saúde e o Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas da Dependência à Nicotina. Feito o diagnóstico situacional do território e elencado o tabagismo como problema prioritário, a execução dos passos descritos possibilitou a confecção de um plano de ação realista, com metas, prazos e atores bem definidos, e passível de execução pela equipe.

**Palavras-chave:** Hábito de Fumar. Transtorno por uso de tabaco. Abandono do hábito de fumar

## **ABSTRACT**

Smoking is widely recognized as an epidemic disease resulting from nicotine dependence, and causal factor of about 50 different diseases, among which cardiovascular diseases, cancer and chronic obstructive pulmonary diseases. Its high prevalence in the territory and the actual coping capacity caused the problem to be cast as a priority by the healthcare team active in the family unit Antônio Pimenta II. This paper describes the process of building a tobacco control program at this unit, based on the parameters defined by specific ordinances that approved the Implementation Plan of Approach and Treatment of Smoking in the Brazilian National Health Care System, known as Unified Health System, and the Clinical Protocol and Therapeutic Guidelines on Nicotine Dependence. After the situational analysis of the area was made and smoking was cast as a priority problem, the implementation of the steps led to the production of a realistic action plan with well-defined goals, deadlines and actors, and enforceable by the team.

**Keywords:** Smoking. Tobacco use disorder. Tobacco use cessation.

## LISTA DE SIGLAS

ACI	Associação Comercial, Industrial e de Serviços de Montes Claros
ACS	Agente Comunitário de Saúde
ACT	Aliança de Controle do Tabagismo
AMB	Associação Médica Brasileira
APS	Atenção Primária à Saúde
ESF	Estratégia Saúde da Família
FJP	Fundação João Pinheiro
IBGE	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
IDEB	Índice de Desenvolvimento da Educação Básica
IDHM	Índice de Desenvolvimento Humano Municipal
INCA	Instituto Nacional do Câncer
IPEA	Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada
MS	Ministério da Saúde
NASF	Núcleo de Apoio à Saúde da Família
PIB	Produto Interno Bruto
PNUD	Programa das Nações Unidas para o Desenvolvimento
SUS	Sistema Único de Saúde
USF	Unidade de Saúde da Família
WHO	World Health Association

## SUMÁRIO

1.0 INTRODUÇÃO.....	3
2.0 BASES CONCEITUAIS .....	8
3.0 JUSTIFICATIVA .....	10
4.0 OBJETIVOS.....	11
4.1 Objetivo geral .....	11
4.2 Objetivos específicos .....	11
5.0 PROPOSTA DE INTERVENÇÃO .....	12
5.1 Primeiro passo: identificação dos problemas .....	12
5.2 Segundo passo: priorização dos problemas .....	14
5.3 Terceiro passo: descrição do problema.....	14
5.4 Quarto passo: explicação do problema .....	15
5.5 Quinto passo: identificação dos nós críticos.....	15
5.6 Sexto passo: desenho das operações.....	16
5.7 Sétimo passo: identificação dos recursos críticos.....	18
5.8 Oitavo passo: análise de viabilidade do plano .....	19
5.9 Nono passo: elaboração do plano operativo .....	20
6.0 CONSIDERAÇÕES FINAIS .....	21
REFERÊNCIAS .....	22



## 1.0 INTRODUÇÃO

A unidade de saúde da família (USF) Antônio Pimenta II (equipe verde) desenvolve suas atividades no município de Montes Claros, localizado na mesorregião Norte do estado de Minas Gerais, a 422 quilômetros da capital. Limita-se pelos municípios de São João da Ponte ao norte, Capitão Enéas a nordeste, Francisco Sá a leste, Juramento e Glaucilândia a sudeste, Bocaiuva e Engenheiro Navarro ao sul, Claro dos Poções a sudeste, São João da Lagoa e Coração de Jesus a oeste e Mirabela e Patis ao noroeste. Segundo dados do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), a população em 2010 era de 361.915 habitantes, sendo a população estimada para o ano de 2013 de 385.898. Seu gentílico é montes-clarenses (PREFEITURA MUNICIPAL DE MONTES CLAROS, 2014).

O município é atualmente administrado pelo prefeito Ruy Adriano Borges Muniz, sendo Ana Paula de Oliveira Nascimento a secretária municipal de saúde, Danilo Fernando Macedo Narciso o secretário adjunto de atenção primária à saúde, Cláudia Mendes Versiani a coordenadora da atenção básica e Marinilza Soares Mota Sales a coordenadora da atenção à saúde bucal. A secretaria funciona em amplo prédio próprio, localizado no bairro Monte Carmelo.

Suas origens remontam aos bandeirantes Antônio Gonçalves Figueira e Matias Cardoso, que exploraram e colonizaram a região norte-mineira no início do século XVIII, formando três grandes fazendas: Jaíba, Olhos d'Água e Montes Claros, essa em 12 de abril de 1707. O povoado de Formigas, segundo a surgir na Fazenda Montes Claros, cresceu com o desenvolvimento local da pecuária e passou, ao longo da história, pelas alcunhas de Arraial de Formigas e Arraial de Nossa Senhora da Conceição e São José de Formigas, até formar-se, em 13 de outubro de 1831, como Vila de Montes Claros de Formigas. Finalmente, em três de julho de 1857, elevou-se à alcunha de cidade de Montes Claros, à época com pouco mais de 2.000 habitantes (PREFEITURA MUNICIPAL DE MONTES CLAROS, 2014).

A bandeira do município (Fig. 1), desenhada por Edgar Antunes Pereira e adotada como símbolo oficial do município pelo decreto nº 564, de 18 de novembro de 1981, representa, em seu azul claro, o céu azul típico do sertão mineiro, em branco o Morro Dois Irmãos, os montes

claros que dão nome à cidade, em amarelo o sol, de forte luminosidade característica, e em verde as pastagens, elemento importante na origem da cidade (PREFEITURA MUNICIPAL DE MONTES CLAROS, 2014).

**Figura 1 – Bandeira de Montes Claros**



Fonte: <http://www.montesclaros.mg.gov.br/cidade/aspectosgerais/bandeira.htm>

Segundo o IBGE, Montes Claros apresenta área total de 3.568,941 quilômetros quadrados, ocupados por 104.013 domicílios particulares permanentes, dos quais 98.540 urbanos e 5.473 rurais. Destes dados, calcula-se uma concentração habitacional de 29,14 domicílios por quilômetro quadrado e uma taxa de urbanização de 94,73 %. O número de famílias no censo de 2010 era de 100.312, sendo 95.567 urbanas e 4.746 rurais.

A população residente de 361.915 pessoas divide-se em 344.427 pessoas na zona urbana e 17.488 pessoas na zona rural. Procedendo-se à divisão por faixa etária e sexo, obtêm-se os dados apresentados na Tabela 1.

A taxa de crescimento anual em 2012 foi de 2,29 %, ano em que a densidade demográfica foi calculada em 101,41 habitantes por quilômetro quadrado (IBGE, 2012).

O Índice de Desenvolvimento Humano municipal (IDHM), avaliado em 2010, é de 0,770, valor acima da média nacional e considerado alto (PNUD; IPEA; FJP). Dentro do IDHM, o valor referente à educação foi de 0,744, também considerado alto (PNUD; IPEA; FJP). Já o Índice de Desenvolvimento da Educação Básica (IDEB) médio entre as escolas públicas de Montes Claros, aferido no ano de 2011, foi de 5,6, acima ao das escolas municipais e estaduais de todo o Brasil, que foi de 4,7% no mesmo ano (IDEB).

**Tabela 1 – População montes-clarense por faixa etária em 2010**

<b>Idade</b>	<b>Homens</b>	<b>Mulheres</b>	<b>Total</b>
<b>0 a 4 anos</b>	10.466	10.117	20.583
<b>5 a 9 anos</b>	13.957	13.680	27.637
<b>10 a 14 anos</b>	15.854	15.699	31.553
<b>15 a 19 anos</b>	16.797	17.346	34.143
<b>20 a 24 anos</b>	17.947	19.331	37.278
<b>25 a 39 anos</b>	45.217	48.836	94.053
<b>40 a 59 anos</b>	36.983	41.486	78.469
<b>60 a 79 anos</b>	12.929	15.953	28.882
<b>80 a 99 anos</b>	1.493	2.604	4.097
<b>Mais de 100 anos</b>	8	42	50

Fonte: IBGE, Censo Demográfico 2010.

Ainda sobre o perfil social do município, recebem água tratada 99 % dos domicílios e o esgotamento sanitário atende a 96 %, sendo que no ano de 2009 foi implantada a primeira estação de tratamento de esgoto (ACI, 2012). Apesar destes dados positivamente avaliados, o coeficiente de Gini, que mede a desigualdade social, foi de 0,41 no ano de 2009. A incidência da pobreza foi de 31,37 %, o limite inferior da incidência de pobreza de 21,74 %, o superior de 41,00 % e a incidência da pobreza subjetiva de 26,03 % (ASSOCIAÇÃO COMERCIAL, INDUSTRIAL E DE SERVIÇOS DE MONTES CLAROS, 2012).

O Produto Interno Bruto (PIB) municipal a preços correntes, em 2011, foi de 4.860.942 reais, sendo o valor do rendimento nominal médio mensal dos domicílios particulares permanentes de 931,59 reais na zona rural e 2.331,39 reais na zona rural (INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA, 2011). A principal fonte econômica encontra-se no setor terciário, correspondendo a atividades de comércio e prestação de serviços (ASSOCIAÇÃO COMERCIAL, INDUSTRIAL E DE SERVIÇOS DE MONTES CLAROS, 2012).

Neste contexto municipal insere-se a equipe de Estratégia Saúde da Família (ESF) Antônio Pimenta II, sediada na Unidade de Saúde da Família (USF) Antônio Pimenta, juntamente a outras duas equipes de ESF e o atendimento de outros profissionais vinculados ao Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF). A unidade localiza-se centralmente no bairro de mesmo nome, na região sul do município, à rua Rosa Mendes Ferreira, número 536. Pontos de

referência á USF incluem o cemitério municipal Jardim da Esperança e o parque municipal das Mangueiras.

A área de abrangência da equipe II compreende cerca de 3.500 indivíduos, englobando parte do bairro Antônio Pimenta e parte do bairro Doutor João Alves. Uma vez que o processo de territorialização ainda está em andamento, o número exato de indivíduos e famílias adscritos, além de dados de mortalidade, morbidade e outros índices gerais que permitam o diagnóstico situacional da população não se encontram consolidados. Sabe-se, porém, que dentro da área de abrangência encontram-se uma escola municipal, um colégio particular, uma creche, um consultório odontológico, três restaurantes, nove igrejas evangélicas, duas igrejas católicas e uma unidade da pastoral da criança. Além da própria USF, não há outros serviços de saúde públicos no bairro.

A USF, por sua vez, atende à população das sete às 18 horas, das segundas às sextas-feiras. Seus recursos humanos incluem três médicos generalistas, dois médicos ginecologistas e obstetras, três médicos pediatras, dois psicólogos, cinco enfermeiros, três cirurgiões-dentistas, um farmacêutico, 15 agentes comunitários de saúde (ACS), técnicos de enfermagem, auxiliares de enfermagem, auxiliares de saúde bucal, recepcionistas, zeladores e o gestor da unidade. Possui, além do salão de entrada e recepção, 19 salas, incluindo três consultórios médicos gerais, um consultório pediátrico, um consultório ginecológico, uma sala de vacinação, uma farmácia e uma sala de reunião, dentre outras.

O usuário que procura atendimento na USF é, inicialmente, ouvido na recepção e, se necessário, encaminhado ao acolhimento junto a um dos enfermeiros, que o realizam diariamente de maneira alternada. Após a triagem, o paciente é encaminhado ao profissional adequado para o seu atendimento, sendo as consultas agendadas por horário, a cada 15 minutos, ou, no caso de urgências e emergências, priorizadas de acordo com o Protocolo de Manchester. Após o atendimento junto ao profissional da USF, este pode, julgando necessário, encaminhar o paciente para atendimento junto a um dos profissionais do NASF, ali instalado, ou aos outros serviços municipais de atenção secundária e terciária.

As visitas domiciliares vêm sendo feitas mensalmente a cada família pelos ACS e de maneira programada (sob demanda) pelos demais profissionais da equipe, havendo casos de pacientes que são acompanhados pelo médico, enfermeiro, odontólogo e psicólogo em seu domicílio.

Os grupos educativos em saúde têm sido realizados quinzenalmente, de maneira fixa, e em outros turnos, excepcionalmente, de acordo com a necessidade. Às pequenas cirurgias reservar-se-á um turno mensal, estando a unidade, no momento, em processo de aquisição dos materiais necessários.

A compreensão da estrutura socioeconômica do município em que a equipe de ESF se insere permite um melhor diagnóstico geral do território, auxiliando no direcionamento das ações sanitárias a serem desenvolvidas. No caso da Equipe de Saúde da Família Antônio Pimenta II, o diagnóstico situacional do território foi utilizado para identificar os principais problemas enfrentados, a fim de conhecê-los, delimitá-los e planejar ações para o seu enfrentamento.

Utilizou-se o Método de Planejamento Estratégico Situacional para identificar, no caso da equipe verde, o alto índice de tabagismo no território como problema prioritário. Os passos para a identificação e eleição desse problema serão apresentados no Capítulo 5.

## 2.0 BASES CONCEITUAIS

O tabagismo é amplamente reconhecido como uma doença epidêmica resultante da dependência de nicotina. A exposição continuada a cerca de 4.720 substâncias tóxicas, fazem com que o tabagismo seja fator causal de cerca de 50 doenças diferentes, dentre as quais doenças cardiovasculares, neoplasias e doenças pulmonares obstrutivas crônicas (ROSEMBERG, 2003). Segundo o Instituto Nacional do Câncer (2011):

Está comprovado que o tabagismo é responsável por: 200 mil mortes por ano no Brasil (23 pessoas por hora); 25% das mortes causadas por doença coronariana - angina e infarto do miocárdio; 45% das mortes por infarto agudo do miocárdio na faixa etária abaixo de 65 anos; 85% das mortes causadas por bronquite crônica e enfisema pulmonar (doença pulmonar obstrutiva crônica); 90% dos casos de câncer no pulmão (entre os 10% restantes, 1/3 é de fumantes passivos); 25% das doenças vasculares (entre elas, derrame cerebral); 30% das mortes decorrentes de outros tipos de câncer (de boca, laringe, faringe, esôfago, estômago, pâncreas, fígado, rim, bexiga, colo de útero, leucemia).

Ainda de acordo com o INCA (2011), a idade média para a iniciação ao hábito tabágico no Brasil situa-se entre 17 e 19 anos, estando os níveis de instrução e socioeconômico do indivíduo inversamente relacionados ao início precoce do tabagismo. Em consonância com tais dados, Rodrigues, Silva e Oliveira (2011), através de revisão da literatura, concluíram que déficits em habilidades sociais (como baixa competência social, situações de estresse, baixa autoestima e ansiedade) são fatores de risco ao início do consumo, sendo que o treinamento de tais habilidades tem se mostrado eficaz na cessação do hábito.

Dados de 2008 revelam que a prevalência de fumantes no mundo é de 1,3 bilhão (considerando-se a partir dos 15 anos de idade), o que corresponde a um terço da população global. Desses, 70% estão em países em desenvolvimento, dentre os quais o Brasil (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2008). A partir desses números, a Associação Médica Brasileira (AMB), em parceria com o Ministério da Saúde/Instituto Nacional do Câncer (MS/INCA) e com a Aliança de Controle do Tabagismo (ACT), considera vivenciar-se atualmente uma “pandemia tabágica”, devendo o tabagismo ser considerado um problema social e de saúde pública, e não apenas um problema individual (ASSOCIAÇÃO MÉDICA BRASILEIRA, 2013).

Nesse sentido, outro ponto de destaque é o custo financeiro que o tratamento do tabagismo e doenças correlatas traz para o sistema de saúde. Em estudo realizado em um hospital especializado em câncer, avaliando-se pacientes com neoplasias malignas decorrentes do uso de tabaco, o custo médio foi de R\$ 28.901, R\$ 37.529 e R\$ 33.164 por paciente para câncer de pulmão, laringe e esôfago, respectivamente, sendo radioterapia e hospitalização os principais direcionadores do custo total (PINTO; UGÁ, 2011). Tais valores ratificam a importância de um efetivo programa de controle e prevenção do tabagismo na atenção primária à saúde, consequentemente reduzindo os custos na atenção terciária.

Mesquita (2013), ao descrever um grupo de acompanhamento de 109 tabagistas estruturado de acordo com as diretrizes do INCA, na cidade de Brasília – DF, constatou que, ao final do tratamento (composto por quatro sessões de terapia cognitivo-comportamental em grupo associadas terapêutica farmacológica nicotínica ou não), o número de abstinência alcançado foi de 83,5%. O autor compara tal resultado com o de outros trabalhos semelhantes, encontrando taxas de abstinência variáveis e concluindo pela eficácia do programa.

### **3.0 JUSTIFICATIVA**

A importância global da dependência à nicotina, suas consequências e custos para a saúde pública e individual e, em especial, a prevalência de tal entidade nosológica na área de atuação da equipe Antônio Pimenta II, conforme explanado anteriormente, justificam esta abordagem.



## **4.0 OBJETIVOS**

### **4.1 Objetivo geral**

Criar um projeto de intervenção para o combate ao alto índice de tabagismo na área de abrangência da equipe de saúde da família Antônio Pimenta II vinculado ao Programa de Controle do Tabagismo nacional.

### **4.2 Objetivos específicos**

- Descrever a fundamentação teórica para a proposta a ser elaborada.
- Elaborar um perfil do território através de informações consolidadas.
- Buscar o aperfeiçoamento dos profissionais envolvidos na condução dos casos.
- Possibilitar o tratamento e o acompanhamento dos casos de tabagismo de maneira gratuita e continuada.
- Minimizar em longo prazo, as consequências negativas do tabagismo.

## **5.0 PROPOSTA DE INTERVENÇÃO**

Procedeu-se, inicialmente, ao levantamento situacional do território, com base em roteiro amplo preestabelecido. A seguir, utilizou-se o Método de Planejamento Estratégico Situacional, para, em reunião entre a equipe Antônio Pimenta II, selecionar os principais problemas encontrados na área, estratificá-los de acordo com seu grau de importância, urgência e capacidade de enfrentamento e, ao final, selecionar o problema prioritário. Após escolhido o problema, foi realizada descrição mais detalhada a respeito do mesmo, seguida da explicação de causas e consequências e da identificação de seus nós críticos.

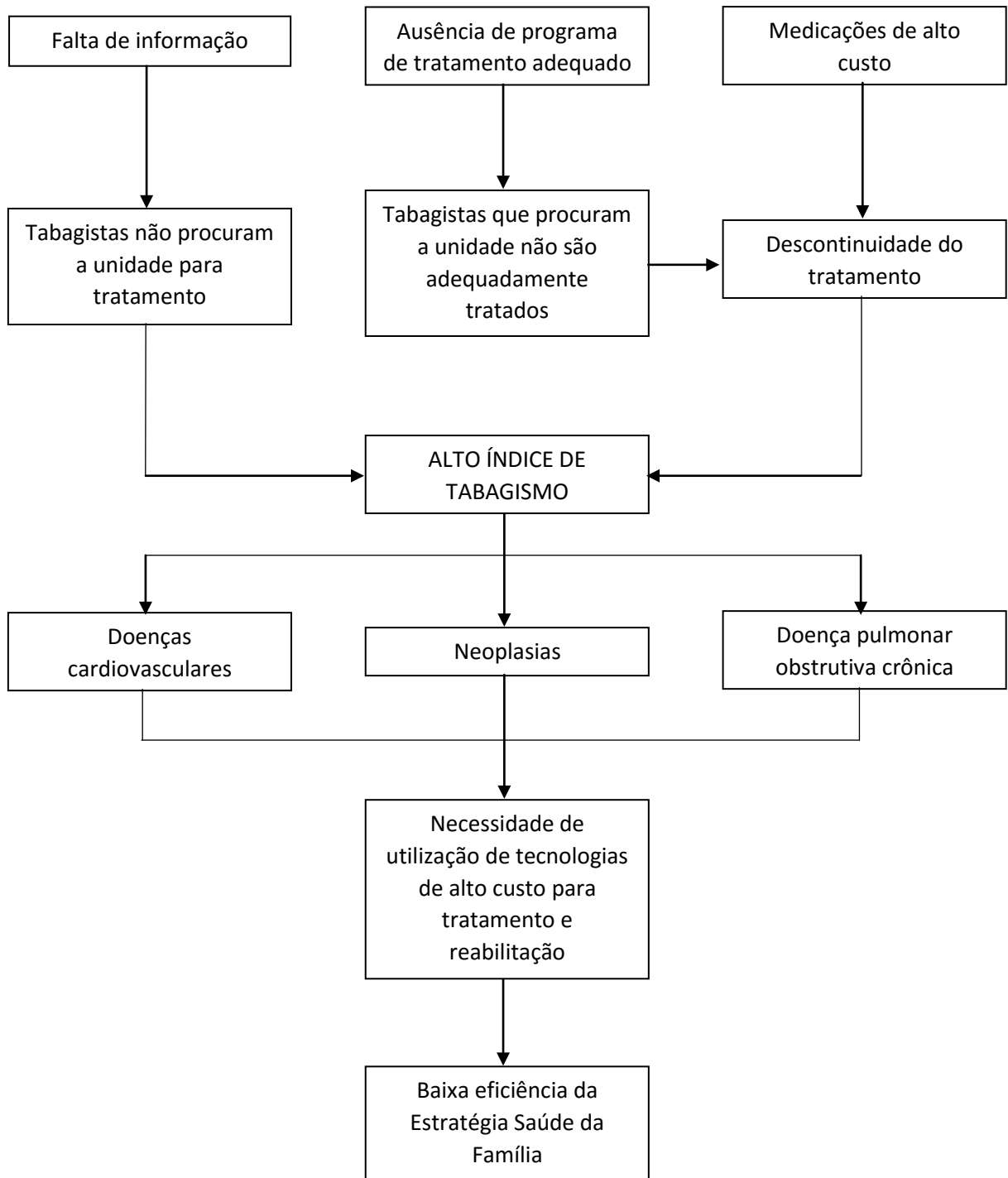
Um resumo do problema elencado com suas relações de causalidade encontra-se representado na Figura 2 – Fluxograma 1: principais causas e consequências do alto índice de tabagismo na área de abrangência da Equipe de Saúde da Família Antônio Pimenta II. Após discussão junto aos demais integrantes da equipe, obtiveram-se os resultados que, a seguir, apresentar-se-ão estruturados por passos, segundo a didática apresentada por Campos, Faria e Santos (2010). A utilização de tal metodologia, como se verá, permitiu elencar o tabagismo como problema prioritário na situação da equipe verde.

### **5.1 Primeiro passo: identificação dos problemas**

A partir da discussão dos dados relevantes, foram acrescentadas as informações das situações presenciadas pelos profissionais em campo e durante a prática clínica, chegando, ao final a cinco problemas de importância.

Constatou-se a presença de consumo e tráfico de drogas ilícitas em três ruas do território. Os ACS informaram, ainda, que em uma delas funciona a unidade de coordenação do referido tráfico. Há também conhecimento de uma casa de prostituição no território, estimulada pela localização próxima à rodovia federal. Foram ainda observados, durante a prática clínica e cadastramento das famílias, altos índices de hipertensos, tabagistas e gestantes.

**Fluxograma 1: principais causas e consequências do alto índice de tabagismo na área de abrangência da Equipe de Saúde da Família Antônio Pimenta II**



## 5.2 Segundo passo: priorização dos problemas

Os problemas observados foram estratificados de acordo com sua importância, a urgência de sua resolução e a capacidade de enfrentamento por parte da equipe Antônio Pimenta II (Tabela 2). À somatória qualitativa desses quesitos, definiu-se o alto índice de tabagismo como problema prioritário.

## 5.3 Terceiro passo: descrição do problema

Durante os atendimentos individuais, visitas individuais e até mesmo em grupos educativos de hipertensão arterial sistêmica e planejamento familiar, vários integrantes da equipe puderam constatar que o número de tabagistas em nossa área mostra-se elevado. Embora não disponhamos ainda de uma informação consolidada a respeito, uma vez que ainda não foi encerrado o cadastramento das famílias da recém-instalada equipe de saúde da família, a frequência com que pacientes manifestavam a presença do hábito tabágico chamou a atenção. Além disso, durante minha prática profissional pessoal, pude observar, inclusive, um número considerável de pacientes que expressavam tal hábito e manifestavam desejo de cessá-la, pedindo ajuda médica.

**Tabela 2 – Principais problemas identificados pela equipe de saúde da família Antônio Pimenta II**

Principais problemas	Importância	Urgência	Capacidade de enfrentamento	Seleção
Tráfico de drogas	Alta	10/10	Fora	5
Casa de prostituição	Alta	10/10	Fora	4
Alto índice de tabagismo	Alta	7/10	Dentro	1
Alto índice de hipertensão	Média	3/10	Parcial	3
Alto índice de gestação	Média	5/10	Parcial	2

Fonte: produção da equipe de saúde da família Antônio Pimenta II.

Tais pontos explicam a alta importância dada ao problema. As consequências negativas do tabagismo sobre a saúde individual e coletiva, a grande maioria a longo prazo, foram responsáveis pela escolha do nível sete de urgência, em uma escala de 10. Por fim, a existência de um Programa de Controle do Tabagismo nacional, passível de implantação na

atenção primária à saúde (APS), demonstra a capacidade real de abordagem do problema por parte da equipe.

#### **5.4 Quarto passo: explicação do problema**

O tratamento do tabagismo no Sistema Único de Saúde (SUS) é regulado pela Portaria N° 1035/GM, de 31 de maio de 2004, e regulamentada pela Portaria SAS/MS/N° 442 de 13 de agosto de 2004, que aprova ainda o Plano de Implantação da Abordagem e Tratamento do Tabagismo na Rede SUS e o Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas da Dependência à Nicotina. Segundo tais portarias, a abordagem cognitivo-comportamental é obrigatória no tratamento do tabagismo e as medicações (nicotínicas e não-nicotínicas), quando indicadas, devem ser fornecidas gratuitamente pelo SUS aos pacientes em acompanhamento, juntamente a materiais informativos de apoio. Para que isso aconteça, porém, é necessário que os profissionais envolvidos participem, antes, de uma capacitação fornecida pelas coordenações do Programa de Controle do Tabagismo nos estados e municípios. Além disso, deve ser enviadas à coordenação estadual do programa uma estimativa de fumantes a serem atendidos, de acordo com a capacidade instalada.

Na ausência do preenchimento desses quesitos, as medicações não são fornecidas, restando ao paciente que assim desejar a opção de adquiri-los às suas expensas. Tais medicações são, porém, de alto custo, e mesmo pacientes que optam inicialmente por compra-las, acabam frequentemente, em decorrência do longo período de tratamento necessário, abandonando-o durante o seu curso.

#### **5.5 Quinto passo: identificação dos nós críticos**

A equipe identificou como principais causas do problema passíveis de intervenção (nós críticos), os seguintes:

- Ausência de informações consolidadas sobre o perfil do território (tabagistas ativos, desejosos em parar, indivíduos em abstinência recente, indivíduos em abstinência de longa data, indivíduos com doenças comprovadamente relacionadas ao consumo de nicotina e indivíduos com doenças possivelmente relacionadas ao consumo de nicotina);

- Ausência de formação profissional adequada para a condução dos casos;
- Ausência de medicamentos gratuitos para o tratamento da dependência à nicotina, quando indicados;
- Ausência de material didático de apoio a ser entregue aos tabagistas; e
- Ausência de material didático de apoio a ser afixado na unidade.

### **5.6 Sexto passo: desenho das operações**

Para definir as bases do plano de ação, os nós críticos identificados foram detalhados quanto às operações necessárias para seu enfrentamento, os resultados esperados, os produtos obtidos com tal intervenção e os recursos necessários (Tabela 3).

**Tabela 3 – Desenho das operações para os nós críticos do problema “alto índice de tabagistas”**

<b>Nó crítico (resumido)</b>	<b>Operação</b>	<b>Resultados esperados</b>	<b>Produtos</b>	<b>Recursos necessários</b>
Dados inexistentes	Obter o diagnóstico da situação do tabagismo no território	Registro do número de tabagistas e dados relacionados	Tabela com todos os dados pertinentes	Organizacional: questionário simples a ser aplicado em visitas domiciliares pelos agentes (busca ativa)  Cognitivo: abordagem empática dos tabagistas
Formação profissional inadequada	Capacitar os profissionais envolvidos	Condução apropriada para os casos, nos moldes das diretrizes do Programa de Controle do Tabagismo	Grupo para a cessação do tabagismo funcionando na unidade	Político: disponibilidade do curso pela secretaria municipal de saúde  Organizacional: profissionais aptos e interessados em participar
Ausência de medicamentos gratuitos	Fornecer os medicamentos para os participantes do grupo	Diminuição dos índices de fracasso terapêutico	Farmácia da unidade suprida com os fármacos	Político: disponibilização dos medicamentos após cadastramento da unidade no programa  Organizacional: guarda e regulação do fornecimento dos medicamentos na unidade
Ausência de material de apoio	Afixar cartazes na unidade e distribuir panfletos e manuais aos tabagistas	Conscientização tabagista e não tabagistas sobre consequências e tratamento do tabagismo	Material didático completo	Político: disponibilização dos materiais do Programa de Controle do Tabagismo após cadastramento da unidade

Fonte: produção da equipe de saúde da família Antônio Pimenta II.

### 5.7 Sétimo passo: identificação dos recursos críticos

Para cada operação, detalharam-se os recursos indispensáveis para sua execução (Tabela 4).

**Tabela 4 – Recursos críticos para o desenvolvimento das operações definidas para o enfrentamento dos nós críticos do problema “alto índice de tabagistas”**

Operações	Recursos críticos
Obter o diagnóstico da situação do tabagismo no território	<p>Organizacional: produzir e imprimir (recurso econômico mínimo) questionário simples a ser aplicado em visitas domiciliares pelos agentes (busca ativa de casos de tabagistas ativos, abstinentes e desejosos em parar)</p> <p>Cognitivo: abordagem empática dos tabagistas por parte dos agentes comunitários de saúde, a ser trabalhada em reunião junto a toda a equipe</p>
Capacitar os profissionais envolvidos	<p>Político: com os dados em mãos, procurar a secretaria municipal de saúde para que seja disponibilizado o curso de capacitação, nas diretrizes do Programa Nacional de Controle do Tabagismo</p> <p>Organizacional: definir, junto à equipe, quais profissionais interessam-se em coordenar o grupo de tabagista que será instituído, os quais deverão participar do curso citado</p>
Fornecer os medicamentos para os participantes do grupo	<p>Político: cadastrar a unidade e os tabagistas que participarão do grupo no programa, junto à secretaria, para que sejam disponibilizados os medicamentos</p> <p>Organizacional: guarda dos medicamentos na unidade, que deverão ser fornecidos apenas aos pacientes cadastrados e participantes do grupo</p>
Afixar cartazes na unidade e distribuir panfletos e manuais aos tabagistas	<p>Político: cadastrar a unidade no programa, junto à secretaria, para que sejam disponibilizados os materiais, que serão, de acordo com sua natureza, afixados nas paredes da unidade, distribuídos livremente na recepção ou entregues a cada participante do grupo</p> <p>Organizacional: se necessário, produzir materiais com informações adicionais (inclui recurso econômico mínimo)</p>

Fonte: produção da equipe de saúde da família Antônio Pimenta II.



### 5.8 Oitavo passo: análise de viabilidade do plano

Tendo em vista que alguns dos recursos críticos são controlados por indivíduos não vinculados diretamente à organização deste plano de ação, a equipe passou a indicar quem são esses indivíduos e entidades, qual sua motivação em relação à realização do plano e quais as ações necessárias para o fornecimento de tais recursos, quando indicadas (Tabela 5).

**Tabela 5 – Propostas de ações para a motivação dos atores envolvidos no problema “alto índice de tabagistas”**

<b>Operações (resumidas)</b>	<b>Recursos críticos (resumidos)</b>	<b>Ator que controla</b>	<b>Motivação</b>	<b>Ação estratégica</b>
Obter o diagnóstico da situação do tabagismo no território	Organizacional: questionário	Equipe	Favorável	Não necessária
	Cognitivo: abordagem empática	Equipe	Favorável	Não necessária
Capacitar os profissionais envolvidos	Político: disponibilidade do curso	Secretaria municipal de saúde	Favorável	Mostrar os dados produzidos, demonstrar interesse, solicitar e cobrar a realização da capacitação
	Organizacional: profissionais aptos	Equipe	Favorável	
Fornecer os remédios para os participantes do grupo	Político: disponibilização dos medicamentos	Coordenação tripartite do programa	Favorável em teoria	Alimentar os sistemas de informação com regularidade
	Organizacional: guarda dos medicamentos	Farmacêuticos da unidade	Indiferente	Promover rápida capacitação
Afixar cartazes e distribuir panfletos	Político: disponibilização dos materiais	Coordenação tripartite do programa	Favorável	Solicitar e cobrar o fornecimento dos materiais

Fonte: produção da equipe de saúde da família Antônio Pimenta II.

### 5.9 Nono passo: elaboração do plano operativo

O plano operativo final baseia-se nas ações delimitadas em todos os passos anteriores, acrescentando os gerentes responsáveis por cada operação e o prazo para realizá-las (Tabela 6).

**Tabela 6 – Plano operativo para o problema “alto índice de tabagistas”**

<b>Operações (resumidas)</b>	<b>Gerente responsável</b>	<b>Prazo</b>
Diagnóstico situacional	Enfermeiro	Um mês
Capacitação dos profissionais	Psicóloga	Uma semana após a consolidação dos dados para manifestação do interesse junto à secretaria  Indeterminado para a realização do curso (a depender da secretaria)
Fornecimento dos medicamentos	Médico	Durante a realização do grupo (um ano)
Afixar cartazes na unidade e distribuir panfletos e manuais aos tabagistas	Enfermeiro	Uma semana após o recebimento do material, mantendo o fornecimento por tempo indeterminado

Fonte: produção da equipe de saúde da família Antônio Pimenta II.

## **6.0 CONSIDERAÇÕES FINAIS**

Feito o diagnóstico situacional do território e elencado o tabagismo como problema prioritário a ser enfrentado pela Equipe de Saúde da Família Antônio Pimenta II, a execução dos passos descritos possibilitou a confecção de um plano de ação realista, com metas, prazos e atores bem definidos e passível de execução pela equipe.

## REFERÊNCIAS

ASSOCIAÇÃO COMERCIAL, INDUSTRIAL E DE SERVIÇOS DE MINTES CLAROS. ACI. Montes Claros: potencialidades. Montes Claros, ACI: 2012. 1 CD-ROM.

ASSOCIAÇÃO MÉDICA BRASILEIRA. AMB; MS/INCA; ACT. Projeto Diretrizes. Evidências científicas sobre tabagismo para subsídio ao poder judiciário. AMB, 2013.

BRASIL. Portaria Nº 1035/GM, de 31 de maio de 2004. Disponível em: <<http://dtr2001.saude.gov.br/sas/PORTARIAS/Port2004/GM/GM-1035.htm>>. Acesso em: 26 jul. 2014.

BRASIL. Portaria SAS/MS/Nº 442 de 13 de agosto de 2004. Disponível em: <<http://dtr2001.saude.gov.br/sas/PORTARIAS/Port2004/PT-442.htm>>. Acesso em: 26 jul. 2014.

CAMPOS, F. C. C. de; FARIA, H. P. de; SANTOS, M. A. dos. Elaboração do plano de ação. In: CAMPOS, F. C. C. de; FARIA, H. P. de; SANTOS, M. A. dos. **Planejamento e avaliação das ações em saúde**. 2ª ed. Belo Horizonte: Nescon/UFMG, 2010.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. IBGE. Cidades: Montes Claros. Disponível em: <<http://cidades.ibge.gov.br/xtras/perfil.php?lang=&codmun=314330&search=minas-gerais|montes-claros>>. Acesso em: 25 maio 2014.

IDEB e seus componentes: Montes Claros. Disponível em: <<http://www.portalideb.com.br/cidade/2248-montes-claros/ideb>>. Acesso em: 25 maio 2014.

INSTITUTO NACIONAL DO CÂNCER. INCA. **Programa Nacional de Controle do Tabagismo**. Disponível em: <<http://www1.inca.gov.br/tabagismo/>>. Acesso em: 26 jul. 2014.

INSTITUTO NACIONAL DO CÂNCER. INCA. **A situação do tabagismo no Brasil**: dados dos inquéritos do Sistema Internacional de Vigilância, da Organização Mundial da Saúde, realizados no Brasil, entre 2002 e 2009. Rio de Janeiro: INCA, 2011.

INSTITUTO JOÃO PINHEIRO. PNUD; IPEA; FJP. **Atlas do desenvolvimento humano no Brasil 2013**: ranking decrescente do IDH-M dos municípios do Brasil. Disponível em: <<http://www.pnud.org.br/arquivos/ranking-idhm-2010.pdf>>. Acesso em: 25 maio 2014.

MESQUITA, A. A. Avaliação de um programa de tratamento do tabagismo. **Rev Bras de Ter Comp Cogn**, v. 15, n. 2, p. 35-44, 2013.

PINTO, M; UGÁ, M. A. D. Custo do tratamento de pacientes com histórico de tabagismo em hospital especializado em câncer. **Rev Saúde Pública**, v. 45, n. 3, p. 575-582, 2011.

PREFEITURA MUNICIPAL DE MONTES CLAROS. **A cidade: aspectos gerais**. Disponível em: <[http://montesclaros.mg.gov.br/cidade/aspectos\\_gerais.htm](http://montesclaros.mg.gov.br/cidade/aspectos_gerais.htm)>. Acesso em: 25 maio 2014.

RODRIGUES, V. S; SILVA, J. G. da; OLIVEIRA, M. S. Habilidades sociais e tabagismo: uma revisão de literatura. **Arq Bras Psicol**, v. 63, n. 1, p. 31-41, 2011.

ROSEMBERG, J. **Nicotina**: droga universal. São Paulo (estado): Secretaria de Estado da Saúde - SES/CVE; 2003.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. WHO. Report on the global tobacco epidemic 2008. The MPower Pachege. Geneve: WHO; 2008.