

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

**DIEGO CRISTIANO DA SILVA**

**PROJETO DE INTERVENÇÃO PARA O COMBATE AO TABAGISMO**

**BELO HORIZONTE / MINAS GERAIS**

**2018**

**DIEGO CRSTIANO DA SILVA**

**PROJETO DE INTERVENÇÃO PARA O COMBATE AO TABAGISMO**

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

Orientadora: Profa. Ms. Grace Kelly Naves de Aquino Favarato

**BELO HORIZONTE / MINAS GERAIS**

**2018**

**DIEGO CRISTIANO DA SILVA**

**PROJETO DE INTERVENÇÃO PARA O COMBATE AO TABAGISMO**

**Banca examinadora**

Profa. Ms. Grace Kelly Naves de Aquino Favarato- orientadora- UFTM

Profa. Dra. Matilde Meire Miranda Cadete- UFMG

Aprovado em Belo Horizonte, em 14 de dezembro de 2018.

## DEDICATÓRIA

A Deus, às nossas famílias e aos nossos amigos.

A persistência é o caminho do êxito  
*Charles Chaplin*

## RESUMO

Nas últimas décadas, o tabagismo tornou-se um grave problema social e de gastos com a saúde pública. O uso do tabaco é responsável por mais de quatro milhões de mortes anuais no mundo, determinadas pelo aumento da prevalência das doenças relacionadas ao hábito de fumar. Constitui a maior causa isolada de doença evitável que se conhece. A nicotina do tabaco causa dependência química. A duração e o nível de exposição à fumaça do tabaco estão diretamente relacionados com o risco e a severidade de muitas consequências adversas à saúde. Hoje, 45% das mortes por infarto do miocárdio, 85% das mortes por doença pulmonar obstrutiva crônica (enfisema), 25% das mortes por doença cérebro vascular e 30% das mortes por câncer, estão relacionadas ao hábito de fumar. O tabagismo comporta-se como uma doença crônica e seu tratamento deve ser valorizado fazendo parte dos atendimentos nas unidades de saúde, assim como qualquer outra doença crônica. A atenção primária à saúde configura-se como um cenário oportuno para a execução das ações de saúde, no âmbito individual e coletivo, que abrange a promoção e a proteção da saúde, a prevenção de agravos, diagnóstico, tratamento, reabilitação, redução de danos e a manutenção da saúde. A abordagem do fumante para a cessação de fumar deve ter como eixo central intervenções cognitivas, e o treinamento de habilidades comportamentais, visando não apenas a cessação, mas também a prevenção de recaídas. O Brasil é considerado referência mundial no controle do tabagismo. Contudo, o número de fumantes ainda é expressivo e com repercussões significativas no desenvolvimento de agravos à saúde, acarretando altos custos sociais e econômicos. Tendo-se em vista a dimensão de todos os problemas que o tabagismo pode causar, elaborou-se um projeto de intervenção para reduzir o índice de tabagistas na área de abrangência da Equipe de Saúde da Família Pedra Branca I, na cidade de Ribeirão das Neves, Minas Gerais- MG. Para o desenvolvimento do plano de intervenção foi utilizado o método de Planejamento Estratégico Situacional (PES) e uma revisão narrativa da literatura sobre o tema. Inicialmente foi realizado pela equipe o diagnóstico situacional com a utilização do método da estimativa rápida. Foram identificados dados referentes à saúde da população, condições socioeconômicas, condições de moradia e saneamento básico e inúmeros problemas. A implantação do plano de ação foi composta por palestras semanais em grupo sobre tabagismo; orientações individuais médica e da enfermagem sobre as consequências do tabagismo, doenças associadas, impactos da cessação e opções de tratamento medicamentoso e não medicamentosos (acompanhamento com psicologia). Observou-se que de um grupo de 60 pacientes que aderiram ao plano completo de intervenção com duração de 4 meses, 50 deles cessaram o tabagismo, sendo que apenas 19 pacientes necessitaram de suporte medicamentoso. Diante da dimensão do fato, ressalta-se a importância de intervir para o combate ao tabagismo. Reduzindo-se o número de tabagistas, melhora-se a qualidade de vida do fumante e seus familiares, assim como se reduz a incidência de doenças relacionadas ao cigarro.

**Palavras-chave:** Tabaco. Abandono do uso de tabaco. Estratégia da saúde da família.

## ABSTRACT

In the last decades, smoking has become a serious social problem and public health expenditure. Tobacco use accounts for more than four million annual deaths worldwide, driven by the increased prevalence of smoking-related diseases. It is the single largest single cause of the preventable diseases known. Tobacco nicotine causes chemical dependence. The duration and level of exposure to tobacco smoke are directly related to the risk and severity of many adverse health consequences. Today, 45% of deaths from myocardial infarction, 85% of deaths from chronic obstructive pulmonary disease (emphysema), 25% from cerebrovascular disease deaths, and 30% from cancer deaths are related to smoking. Smoking behaves like a chronic disease and its treatment should be valued as part of the care in the health units, as well as any other chronic disease. Primary health care is a timely scenario for the implementation of health actions, both individually and collectively, which includes health promotion and protection, disease prevention, diagnosis, treatment, rehabilitation, harm reduction, and health maintenance. The smoker's approach to smoking cessation should be centered on cognitive interventions and behavioral skills training aimed not only at cessation but also at preventing relapse. Brazil is considered a worldwide reference in the control of smoking. However, the number of smokers is still significant and has significant repercussions on the development of health problems, leading to high social and economic costs. Given the size of all the problems that smoking can cause, we developed an intervention project to reduce the number of smokers in the area of coverage of the Pedra Branca I Family Health Team in the city of Ribeirão das Neves, Minas Gerais General- MG. For the development of the intervention plan, the Strategic Situational Planning (PES) method and a narrative review of the literature on the subject were used. Initially, the team performed the situational diagnosis using the fast estimation method. Data on population health, socioeconomic conditions, housing conditions and basic sanitation and numerous problems were identified. The implementation of the action plan was composed of weekly group discussions on smoking; individual medical and nursing guidance on the consequences of smoking, associated illnesses, impacts of cessation, and drug and non-drug treatment options (follow-up with psychology). It was observed that of a group of 60 patients who adhered to the complete 4-month intervention plan, 50 of them stopped smoking, and only 19 patients required medication support. In view of the dimension of the fact, the importance of intervening in the fight against smoking is emphasized. By reducing the number of smokers, it improves the quality of life of smokers and their families, as well as reducing the incidence of cigarette-related diseases

**Keywords:** Tabacco. Tobacco use cessation. Family Health Strategy.

## SUMÁRIO

<b>1</b>	<b>INTRODUÇÃO.....</b>	<b>9</b>
1.1	Breves informações sobre o município Ribeirão Neves .....	9
1.2	O sistema municipal de saúde .....	9
1.3	A Equipe de Saúde da Família Pedra Branca, seu território e sua população.....	10
1.4	Estimativa rápida: problemas de saúde do território e da comunidade (primeiro passo).....	11
1.5	Priorização dos problemas (segundo passo).....	12
<b>2</b>	<b>JUSTIFICATIVA.....</b>	<b>14</b>
<b>3</b>	<b>OBJETIVOS</b>	<b>15</b>
3.1	Objetivo geral .....	15
3.2	Objetivos específicos .....	15
<b>4</b>	<b>METODOLOGIA.....</b>	<b>16</b>
<b>5</b>	<b>REVISÃO BIBLIOGRÁFICA</b>	
5.1	Estratégia Saúde da Família .....	18
5.2	Tabagismo .....	19
<b>6</b>	<b>PLANO DE INTERVENÇÃO.....</b>	<b>22</b>
6.1	Descrição do problema selecionado (terceiro passo).....	22
6.2	Explicação do problema (quarto passo) .....	23
6.3	Seleção dos nós críticos (quinto passo) .....	23
6.4	Desenho das operações (sexto passo) .....	23
<b>7</b>	<b>CONSIDERAÇÕES FINAIS .....</b>	<b>26</b>
	<b>REFERÊNCIAS.....</b>	<b>27</b>



## **1 INTRODUÇÃO**

### **1.1 Breves informações sobre o município Ribeirão das Neves**

O município de Ribeirão das Neves tinha, no censo de 2010, 296.317 habitantes e com estimativa de 331.045 para 2018. Localiza-se na região metropolitana de Belo Horizonte, Estado de Minas Gerais (IBGE, 2016).

Antes foi considerado um município dormitório, tendo em vista que a maioria dos que residiam na cidade eram trabalhadores efetivos na capital mineira ou em outros municípios que compõem a Região Metropolitana de Belo Horizonte (IBGE, 2016).

É uma cidade demarcada pelo mercado industrial, o que favorece o crescimento econômico no município, havendo destaque para o comércio, tendo diversos estabelecimentos como supermercados, magazines, bancos, salões de beleza, pizzarias e bares, sendo lugares em que uma parte da população desenvolve atividades laborais (IBGE, 2016).

Destaca-se que há três macrorregiões em Ribeirão das Neves: distrito de Justinópolis, regional Centro e regional Veneza (IBGE, 2016).

### **1.2 O sistema municipal de saúde**

O sistema municipal de saúde de Ribeirão das Neves é financiado por meio de transferências com um valor de 145.993.463,72, recursos próprios equivalente a 258.654.790,92 e gasto per capita/ano de 511,00 (SIOPS, 2014)

No município, a rede da Atenção Básica é composta por 55 Unidades Básicas de Saúde (UBS), sendo três Unidades de referência de Saúde da Família, ao passo que a atenção especializada ocorre cinco Centros de consultas especializadas (Saúde da mulher, Saúde do Homem e Especialidades Odontológicas).

No que se refere ao atendimento de urgência e emergência, há disponível três Unidades de Pronto Atendimento (Nordeste, Acrizio Menezes, Joanico Cirilo de Abreu), e além disso existe um Hospital Municipal denominado São Judas Tadeu e um Laboratório Municipal concedendo apoio diagnóstico.

Na assistência farmacêutica existem seis Farmácias distritais, uma Farmácia hospitalar, quatro Farmácias CAPS, três Farmácia UPA, uma Farmácia de medicamentos especiais e uma Farmácia anexa DST/Aids.

No que diz respeito à vigilância da saúde há o apoio de um Centro de controle de zoonose, um centro de testagem e aconselhamento DST/AIDS, um Centro de referência de saúde do trabalhador, um centro de imunizações.

O modelo de atenção adotado no município é o assistencial ambulatorial, existindo relações horizontais entre os pontos de atenção com o centro de comunicação na Atenção Primária à Saúde (APS). Destaca-se que ainda há o Consórcio Intermunicipal Aliança para Saúde.

### **1.3 A Equipe de Saúde da Família Pedra Branca, seu território e sua população**

A unidade PSF Pedra Branca I localizada na rua Vinte Nove, 55, bairro Pedra Branca, possui cadastrados 4456 usuários.

A unidade encontra-se bem estruturada com uma área destinada à recepção ampla, e com sala de espera. Apresenta uma sala de curativo/observação, uma sala de vacina, dois consultórios, uma sala de reunião, uma cozinha e um banheiro. O maior problema estrutural é a falta de conexão para os balões de oxigênio. Não há uma rede de conexão para internet o que dificulta o trabalho das equipes.

A população tem muito apreço pela Unidade de Saúde, fruto de anos de luta da associação. A Unidade, atualmente, está bem equipada e conta com os recursos adequados para o trabalho da equipe.

O maior tempo da Equipe Pedra Branca está ocupado com atividades de atendimento da demanda espontânea e com o atendimento de alguns programas, como: saúde bucal, pré-natal, puericultura, controle de câncer de mama e ginecológico, atendimento a hipertensos e diabéticos, e acompanhamento de crianças abaixo de dois anos. A equipe já tentou desenvolver outras ações de saúde, como por exemplo, grupos de hipertensos e diabéticos, que, com o tempo, se mostraram pouco frutíferas. No início essas iniciativas conseguiram despertar algum interesse da comunidade, mas logo as pessoas “sumiam” das reuniões e o trabalho “morria”. Em relação aos grupos de hipertensos e diabéticos, a equipe resolveu condicionar a “troca das receitas” à participação nas reuniões, o que provocou questionamentos por parte da população e não mudou qualitativamente a participação nas reuniões.

A ausência de um projeto e de avaliação do trabalho tem sido motivo de alguns conflitos entre os membros da equipe. Uma queixa geral é a falta de tempo, devido à demanda de atendimento. Com o passar dos anos essa situação e a falta de perspectivas de mudanças têm provocado um desgaste grande na equipe.

#### **1.4 Estimativa rápida: problemas de saúde do território e da comunidade (primeiro passo)**

A equipe Família Verde do PSF Pedra Branca I realiza periodicamente reuniões para discussão de assuntos diversos, como os principais problemas identificados no território e na comunidade. É um espaço aberto a reclamações e sugestões de melhorias. Durante essas reuniões, e também por meio de observação e conversa com informantes da comunidade, a equipe destacou alguns problemas em ordem de importância e capacidade de enfrentamento:

- Alta prevalência de tabagismo.
- Dislipidemia/doenças cardiovasculares.
- Alta incidência do dengue.
- Falta de alcance da meta mensal de coleta de Papanicolau.
- Alta prevalência de verminose entre a população adulta.
- Lotes vagos com lixo acumulado.
- Grande número de consultas por condições agudas.
- Falta de contra referência.
- Alta rotatividade de profissionais médicos.

No quadro 1 encontram-se apresentados os problemas da comunidade atendida pela equipe Pedra Branca I e respectiva classificação.

### 1.5 Priorização dos problemas (segundo passo)

Quadro 1 Classificação de prioridade para os problemas identificados no diagnóstico da comunidade adscrita à equipe de Saúde do PSF Pedra Branca I, município de Ribeirão das Neves, estado de Minas Gerais, 2017

Principais problemas	Importância*	Urgência**	Capacidade de enfrentamento***	Seleção****
Alta prevalência tabagismo	Alta	9	Parcial	1
Dislipidemia/doenças cardiovasculares	Alta	8,5	Parcial	2
Alta incidência de dengue	Alta	8	Parcial	3
Não-alcance da meta de coleta de Papanicolau	Alta	7	Total	4
Verminose	Alta	7	Parcial	5
Lotes vagos com lixo acumulado	Alta	6	Parcial - baixa	6
Grande número de consultas por condições agudas	Alta	6	Parcial	7
Falta de contra referência	Alta	5	Parcial - baixa	8
Alta rotatividade de médicos	Alta	5	Parcial - baixa	9

Fonte: (autoria própria, 2018)

\*Alta, média ou baixa

\*\* Total dos pontos distribuídos até o máximo de 30

\*\*\*Total, parcial ou fora

\*\*\*\*Ordem da priorização considerando os três itens

Dentre os problemas levantados encontramos alguns onde o poder de resolutividade e governabilidade é baixa, ou seja, a equipe não tem condições por si só de resolvê-los, envolvendo outras instâncias públicas.

A priorização dos problemas é importante na medida em que possibilita à equipe a percepção de qual o problema de maior importância e sobre qual ela terá maior capacidade de enfrentamento, já que será difícil resolver todos os problemas ao mesmo tempo.

Dentre os problemas levantados, talvez o tabagismo seja um dos que mais mereçam atenção, tanto pela alta prevalência como pelas consequências deletérias que causa, preveníveis pela cessação de seu uso.

O tabagismo é um grave problema de saúde pública e fator de risco para inúmeras doenças, como câncer de pulmão, enfisema pulmonar, hipertensão arterial sistêmica, acidente vascular encefálico e outras, sendo que somente no Brasil mata cerca de 200 mil pessoas por ano.

Comporta-se como uma doença crônica e seu tratamento deve ser valorizado, fazendo parte das rotinas de atendimento de unidades de saúde do SUS, da mesma forma como é feito para hipertensão e diabetes.

## 2 JUSTIFICATIVA

O território de abrangência do PSF possui muitos pacientes com condições causadas ou agravadas pelo uso do cigarro, como enfisema pulmonar, doença pulmonar obstrutiva crônica (DPOC), hipertensão arterial e acidente vascular encefálico.

Jandira Torreiro de Carvalho em seu artigo "O Tabagismo visto sob vários aspectos" aborda que o tabagismo é responsável por mais de quatro milhões de mortes anuais no mundo, determinadas pelo aumento da prevalência das doenças relacionadas com o hábito de fumar. Constitui a maior causa isolada de doença evitável que se conhece entre as não imunizáveis. Agente mórbido introduzido e mantido pelo próprio homem, por razões tão diversas como as de ordem econômica, social, cultural e de droga-dependência, converte-se em uma das epidemias de mais difícil redução (TORREIRO DE CARVALHO, 2000).

Sendo assim, e devido ao fato do tabagismo ser uma condição de saúde passível de intervenções, é necessária a realização de ações de promoção, prevenção e tratamento, evitando novos casos e reduzindo complicações nos casos presentes. A equipe, após análise da situação levantada, considerou que o nível local apresenta recursos humanos e materiais para realização do Projeto de Intervenção, considerando o projeto viável.

### **3 OBJETIVOS**

#### **3.1 Objetivo geral:**

Elaborar um projeto de intervenção para reduzir o índice de tabagistas na área de abrangência da Equipe de Saúde da Família Pedra Branca I, Ribeirão das Neves, Minas Gerais.

#### **3.2 Objetivos específicos:**

1.Capacitar os profissionais da equipe de saúde da família na abordagem inicial dos tabagistas.

2.Aumentar o nível de conhecimento e conscientização dos pacientes tabagistas sobre os malefícios do tabagismo.

3.Aumentar a frequência dos tabagistas no grupo de tabagismo da cidade.

4.Apoiar aqueles que desejam parar de fumar.

## 4 METODOLOGIA

Para o desenvolvimento do plano de intervenção foi utilizado o método de Planejamento Estratégico Situacional (PES) conforme o módulo de Planejamento e Avaliação das Ações em Saúde (FARIA, CAMPOS, SANTOS, 2017) e uma revisão narrativa da literatura sobre o tema.

Inicialmente foi realizado pela equipe o diagnóstico situacional com a utilização do método da estimativa rápida. Este método permite identificar todos os problemas que afetam a população. Ele é simples, rápido e de baixo custo e permite articular o conhecimento teórico com o saber prático (FARIA, CAMPOS, SANTOS, 2017). As fontes principais consultadas nos registros escritos existentes ou fontes secundárias; em entrevistas com informantes-chaves e na observação ativa da área. *Foram identificados* dados referentes à saúde da população, condições socioeconômicas, condições de moradia e saneamento básico e *inúmeros problemas*.

No momento seguinte, para fundamentar a prática, foi necessário recorrer ao suporte científico, a revisão narrativa de literatura. Foram utilizados artigos eletrônicos por meio da seleção do material da biblioteca virtual na plataforma do Curso, busca em base de dados como Biblioteca Regional de Medicina (BIREME), Literatura Latino-americana e do Caribe em Ciências da Saúde (LILACS), *Scientific Electronic Library On-line* (SciELO) e base de dados do Ministério da Saúde. Para a busca nos sites foram utilizados os seguintes descritores: tabaco, abandono do uso de tabaco e estratégia da saúde da família.

Na UBS o problema identificado foi a alta prevalência de tabagistas na área de abrangência e a falta de ações de conscientização sobre os prejuízos do ato de fumar.

Uma vez definidos os problemas e as prioridades (1º e 2º passos), a próxima etapa foi a descrição do problema selecionado. Para descrição do problema priorizado, nossa equipe utilizou alguns dados fornecidos pelo Sistema de Informação da Atenção Básica (SIAB) e outros que foram produzidos pela própria equipe por meio das diferentes fontes de obtenção de dados. Foram selecionados indicadores de frequência de alguns dos problemas e também da ação da equipe frente aos mesmos. A partir da explicação do problema, foi elaborado um plano de



ação, entendido como uma forma de sistematizar propostas de solução para o enfrentamento do problema em questão.

Com o problema explicado e identificado a causa considerada mais importante, passou-se a pensar nas soluções e estratégias para o enfrentamento do mesmo, iniciando a elaboração do plano de ação propriamente dito e o desenho das operações.

Foram identificados os recursos críticos a serem consumidos para execução das operações, que constitui uma atividade fundamental para análise da viabilidade do plano. Após identificação dos atores que controlavam os recursos críticos e sua motivação em relação a cada operação, foi proposto em cada caso ações estratégicas para motivar os atores selecionados.

Finalmente, para a elaboração do plano operativo, a equipe se reuniu com todas as pessoas envolvidas no planejamento, definindo por consenso a divisão de responsabilidades por operação e os prazos para a realização de cada produto.

## 5 REVISÃO BIBLIOGRÁFICA

### 5.1 Estratégia Saúde da Família

A Estratégia Saúde da Família (ESF) foi implantada pelo Ministério da Saúde (MS) em 1994, como um programa (Programa Saúde da Família – PSF), e, somente em 1997, alçada à condição de estratégia de reorganização do modelo assistencial. Fazem parte do programa ações de reabilitação, prevenção e promoção de saúde, focadas na perspectiva da família e da comunidade a partir do trabalho de uma equipe interdisciplinar no âmbito da atenção primária à saúde (BARRA, 2013).

A ESF tem como finalidade buscar desenvolver ações em consonância com os princípios e diretrizes do Sistema Único de Saúde (SUS), especialmente quanto à integralidade, que diz respeito à compreensão do processo saúde-doença, observando as necessidades do cidadão em sua totalidade, priorizando as ações preventivas sem, entretanto, deixar de atendê-lo na assistência (BRASIL, 2011).

Destaca-se como estratégia na organização dos serviços na atenção primária de saúde, fortalecendo a rede de saúde e ajudando na reorientação do modelo assistencial. Tem como um de seus objetivos acompanhar a população adscrita à sua área de abrangência. O essencial no dia a dia da ESF é o estabelecimento de “vínculos e a responsabilização pelo cuidado da população adscrita que são requisitos do processo de trabalho de todos os profissionais que compõem a ESF” e o desenvolvimento do trabalho a partir da associação das características sociais, culturais, econômicas e epidemiológicas do território às demandas e necessidades em saúde da população (CORBO; MOROSINI; PONTES, 2007).

Com o novo modelo brasileiro de saúde pública, após a Constituição Federal de 1988 e a regulamentação do SUS, por meio da Lei 8.080/90, buscou-se a atenção integral à saúde, com ênfase em práticas que busquem evitar o surgimento de agravantes. Objetivou-se gerar resolutividade aos problemas mediante a adoção de programas na atenção básica que priorizem as ações de promoção da saúde. Entretanto, essa mudança de paradigma ainda não está consolidada por diversos fatores, especialmente devido aos aspectos culturais que mantêm a tradição de uma assistência mais curativa (BRASIL, 2011).

O Ministério da Saúde determina diversos pressupostos e especificidades para a ESF como, por exemplo, o cadastramento pelas equipes de um número

limitado de pessoas na área de cobertura. Também, exige-se a presença obrigatória de alguns profissionais nas equipes multiprofissionais, entre eles, médico, enfermeiro, técnicos de enfermagem e agentes comunitários de saúde (ACS), a realização de visita domiciliar, além de alguns outros aspectos técnicos e operacionais (BRASIL, 2011).

Analisando a cobertura da ESF, registra-se um crescimento nos últimos anos, abrangendo a maioria da população nos municípios brasileiros. Porém, apesar da expansão em todo o país, diversos desafios ainda são enfrentados pelos gestores públicos para a consolidação da política na atenção básica, envolvendo desde aspectos referentes ao financiamento até a garantia da qualidade dos serviços (MALTA et al., 2016).

Baseando-se no conceito ampliado de saúde e de promoção de saúde, busca-se desenvolver cuidado integral, trabalho em equipe, qualidade e resolutividade da assistência prestada ao usuário, construindo um novo modelo de atenção à saúde. Demanda uma integração efetiva e contínua entre as políticas públicas para que a assistência prestada ocorra de maneira integral e que assegure o direito ao atendimento dos usuários em suas necessidades (BRASIL, 2011)

O conceito de intersetorialidade está vinculado diretamente com o conceito da ESF. É entendida como a integração contínua desde o planejamento, a execução e a avaliação das ações desenvolvidas entre as instituições e serviços dos diferentes setores. O desenvolvimento do trabalho na ESF e no setor de saúde de um modo geral demanda que os profissionais tenham capacidade permanente de conduzir o seu trabalho, assim como a liberdade para direcionar e executar as ações de saúde de acordo com seus valores, concepções, interesses e objetivos. O trabalho em saúde é consolidado pela rede de relações presentes na sociedade e por isso não pode ser compreendido isoladamente. Os sujeitos envolvidos nesse processo, gestores, trabalhadores e usuários, são condicionados por esse sistema de relações (BARRA, 2013)

## **5.2 Tabagismo**

O tabagismo é a principal causa de morte evitável no mundo e no Brasil. Neste, são mais de 200 mil mortes anuais. Segundo estimativas do INCA, em 2020,

serão mais de 10 milhões de mortes por ano e 70% delas acontecerão em países em desenvolvimento (INCA, 2007)

A nicotina do tabaco causa dependência química, sendo assim, faz parte das doenças contidas na Décima Revisão da Classificação Internacional (CID-10), no grupo dos transtornos mentais e de comportamento decorrentes do uso de substância psicoativa (INCA, 2007). A duração e o nível de exposição à fumaça do tabaco estão diretamente relacionados com o risco e a severidade de muitas consequências adversas à saúde. Em 2010, o Centers for Disease Control and Prevention (CDC) publicou as principais consequências e doenças associadas ao tabagismo. Entre elas, estão os diversos tipos de câncer e doenças respiratórias, ósseas e cardiovasculares (PORTES et al., 2014)

O tabagismo “comporta-se como uma doença crônica e seu tratamento, deve ser valorizado fazendo parte dos atendimentos nas unidades de saúde do SUS”, assim como qualquer outra doença crônica (INCA, 2007, p. 8).

No mundo, o tabagismo está associado a cerca de 70% dos casos de câncer de pulmão, 42% das doenças respiratórias crônicas e 10% das doenças cardiovasculares. Além disso, é responsável por impactantes prejuízos sociais, sanitários, econômicos e ambientais (ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE, 2009)

A dependência à nicotina, responde atualmente no Brasil, por mais de 45% das mortes por infarto do miocárdio, 85% das mortes por doença pulmonar obstrutiva crônica (enfisema), 25% das mortes por doença cerebrovascular e 30% das mortes por câncer. E 90% dos casos de câncer de pulmão ocorrem em fumantes. Além disso, o cigarro é responsável por desencadear e agravar condições como a hipertensão e diabetes (INCA, 2007)

Dados da OMS apontam que um terço da população mundial adulta são fumantes. No Brasil, percebe-se uma alta prevalência de tabagistas, entre os indivíduos maiores de 18 anos, percebe-se uma taxa de 15% de fumantes, “com predomínio do sexo masculino (19,2%) e da faixa etária de 40 a 59 anos (19,4%). Quanto aos estados brasileiros, a região sul lidera o índice de usuários de tabaco e derivados, com destaque para o Paraná que registra 18,1% de fumantes” (IBGE, 2013 *apud* MULLER et al., 2017, p.s).

A Atenção Primária à Saúde (APS) configura-se como cenário oportuno para a execução das ações de controle do tabagismo, uma vez que se caracteriza por:

[...] um conjunto de ações de saúde, no âmbito individual e coletivo, que abrange a promoção e a proteção da saúde, a prevenção de agravos, o diagnóstico, o tratamento, a reabilitação, a redução de danos e a manutenção da saúde com o objetivo de desenvolver uma atenção integral que impacte na situação de saúde e autonomia das pessoas e nos determinantes e condicionantes de saúde das coletividades (BRASIL, 2011).

Segundo Starfield (2002, p. 28), a APS “organiza e racionaliza todos os recursos, tanto básicos quanto especializados, direcionados para a promoção, a manutenção e a melhora da saúde”. Assim, os serviços fragmentados necessitam de estratégias que permitam a execução de ações preventivas na comunidade e o seu funcionamento de forma coordenada e abrangente.

O Brasil é considerado referência mundial no controle do tabagismo. Ações educativas, preventivas, terapêuticas e regulatórias contribuíram nas últimas décadas para a redução no hábito de fumar de 31,7% para 14,7% nos indivíduos adultos. Contudo, o número de fumantes ainda é expressivo e com repercussões significativas no desenvolvimento de agravos à saúde, acarretando altos custos sociais e econômicos. Nesse sentido, são relevantes ações individuais e coletivas com enfoque no tratamento e prevenção do tabagismo. A Atenção Básica (AB), compreendida como o nível de atenção à saúde mais próximo do usuário, deve ser considerada o principal local de assistência ao usuário tabagista. Nesse cenário, os profissionais de saúde, por meio do cuidado longitudinal, integral e próximo ao usuário, podem aumentar significativamente a efetividade das ações em saúde direcionadas a esta população. Do mesmo modo, conhecer os fatores associados ao uso do tabaco oportuniza que a equipe de saúde planeje estratégias de prevenção, tratamento e acompanhamento dos tabagistas (MÜLLER et al., 2017)

## **6 PROPOSTA DE INTERVENÇÃO**

### **6.1 Descrição do problema selecionado (terceiro passo)**

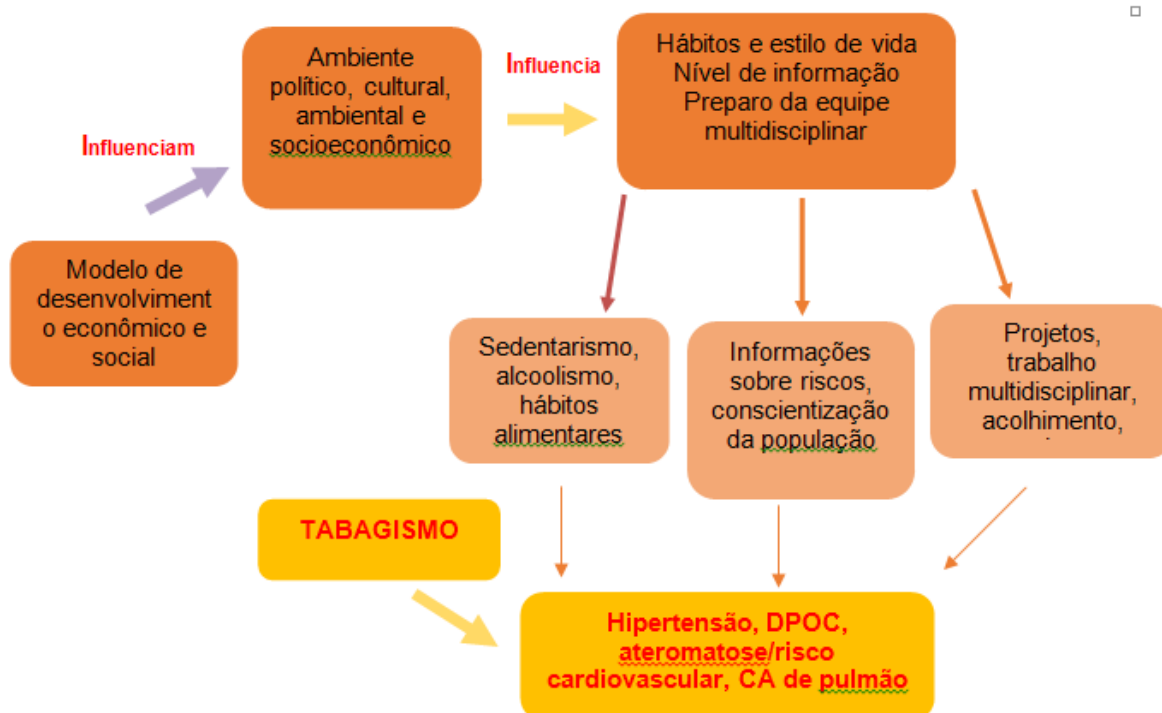
O problema escolhido como foco central do plano de intervenção é o tabagismo, por se tratar de um grave problema de saúde pública, e que pode ser totalmente evitável, assim como as diversas implicações negativas que este hábito tem na vida dos indivíduos.

Apesar de há muitos anos o tabagismo vir sendo combatido, ainda hoje ele persiste como uma das principais causas de mortes preveníveis no mundo. Segundo dados do INCA, em 2004, o tabagismo matava cerca de 5 milhões de pessoas por ano, o que corresponde a cerca de seis mortes a cada segundo. No Brasil, cerca de 200 mil mortes por ano podem ser creditadas ao uso do cigarro.

O tabagismo é fator de risco para inúmeras doenças, como câncer de pulmão, enfisema pulmonar, hipertensão arterial sistêmica, acidente vascular encefálico e outras.

Comporta-se como uma doença crônica e seu tratamento, deve ser valorizado, fazendo parte das rotinas de atendimento de unidades de saúde do SUS da mesma forma como é feito para hipertensão e diabetes.

## 6.2 Explicação do problema (quarto passo)



## 6.3 Seleção dos nós críticos (quinto passo)

Os nós críticos selecionados foram:

- Falta de conhecimento/ conscientização sobre as consequências do uso de cigarro
- Permanência do vício
- Apoio aos tabagistas ofertado pela equipe

## 6.4 Desenho das operações (sexto passo)

Nó crítico	Operação/projeto	Resultados esperados	Produtos	Recursos
Falta de conhecimento/ conscientização sobre consequências do uso do tabaco	<b>Conhecer para agir:</b> difundir para a comunidade informações sobre as consequências do tabagismo	Criar a cultura do auto-cuidado a partir do compartilhamento de informações sobre o tabagismo, implicando no abandono ao vício, ou não iniciá-lo	Redução do percentual de fumantes na área de abrangência do PSF Pedra Branca I. Avaliação do nível de informação	Cognitivos: (informação sobre o tema e sobre estratégias pedagógicas)  Organizacional: (agenda de eventos, mobilização da equipe)

			da população exposta ao risco	Políticos: (capacitação da equipe, articulação intersetorial com a educação)  Financeiros: (confecção de material informativo; cartazes, panfletos, cartilhas)
<b>Permanência do vício</b>	<b><i>Pulmão limpo, vida saudável:</i></b> auxiliar o fumante a deixar o vício	Captar e auxiliar indivíduos dispostos a deixar o vício	Reduzir dependência do cigarro entre usuários cadastrados. Aumentar frequência dos tabagistas em grupos de apoio.	Cognitivos: (estratégias de comunicação)  Financeiros: (disponibilização de medicamentos na farmácia do município)
<b>Apoio aos tabagistas</b>	<b><i>Vencendo obstáculos:</i></b> auxiliar o tabagista no enfrentamento das dificuldades durante a abstenção	Conhecer as dificuldades sofridas e recursos que auxiliem o processo de abstenção	Reduzir número de desistências do programa.  Aumentar autoconfiança	Cognitivo: (saber orientar e abordar)  Organizacional: (promover a intersetorialidade e multidisciplinaridade)

Fonte: AUTORIA PRÓPRIA, 2018.

Após identificarmos os problemas e propormos estratégias, criamos com a equipe um plano de ação:

<b>Operação</b>	<b>Recursos necessários</b>	<b>Ator que controla</b>	<b>Motivação</b>	<b>Prazo</b>
<b><i>Conhecer para agir</i></b>	Cognitivos (informação sobre o tema) Organizacionais (organização da agenda) Financeiros (financiamento de material educativo)	Médico Enfermeiro ACS	Favoráveis	4 meses
<b><i>Pulmão limpo, vida saudável</i></b>	Cognitivos (estratégias de comunicação) Financeiros (disponibilização)	Médico, enfermeiro e ACS	Favoráveis	4 meses



	de medicamentos)	Secretaria de Saúde	Indiferente	
<b>Vencendo obstáculos</b>	Cognitivo (saber orientar e abordar)  Organizacionais (intersectorialidade e multidisciplinaridade)	Médico, enfermeiro, ACS  Equipe + NASF (psicólogo, farmacêutico, etc)	Favoráveis  Favoráveis	4 meses

Fonte: AUTORIA PRÓPRIA, 2018.

## 7 CONSIDERAÇÕES FINAIS

A identificação dos tabagistas na área de abrangência da Unidade de Saúde fez com que a equipe de saúde buscasse estratégias para melhorar o cuidado da população fumante. A implantação do plano de ação foi composta por palestras semanais em grupo sobre tabagismo; orientações individuais médica e da enfermagem sobre as consequências do tabagismo, doenças associadas, impactos da cessação e opções de tratamento medicamentoso e não medicamentosos (acompanhamento com psicologia). Observou-se que de um grupo de 60 pacientes que aderiram ao plano completo de intervenção com duração de 4 meses, 50 deles cessaram o tabagismo, sendo que apenas 19 pacientes necessitaram de suporte medicamentoso.

Observou-se que a maioria dos pacientes que pararam de fumar, apresentava elevado grau de dependência à nicotina, porém em nenhum momento antes tiveram auxílio da equipe de saúde para parar o vício ou então, para evitar recaídas. Diante dos resultados positivos, este plano de intervenção certamente continuará inserido no processo de trabalho da equipe.

Durante todo o plano, a equipe passou a melhorar a utilização da ferramenta de acolhimento aos pacientes, aumentando o grau de satisfação desses em relação ao serviço prestado pela equipe de saúde.

O tabagismo é um sério problema de saúde pública, o qual traz consequências ao paciente, família, sociedade e meio ambiente. Diante da dimensão do fato, ressalta-se a importância de intervir para o combate ao tabagismo. Reduzindo-se o número de tabagistas, melhora a qualidade de vida do fumante e seus familiares, assim como se reduz a incidência de doenças relacionadas ao cigarro.

Os serviços de saúde são fundamentais para atuar no cuidado aos sujeitos dependentes do tabaco, com o objetivo de diminuir a incidência de doenças crônicas não transmissíveis, os diversos tipos de neoplasias associadas ao tabagismo, doenças respiratórias, ósseas e cardiovasculares.

## REFERENCIAS

BARRA, S.A.R. **Gestão da estratégia saúde da família: o desafio de consolidar a intersetorialidade**. 2013. Dissertação (Mestrado em Questão Social, Território, Política Social e Serviço Social) Universidade Federal de Juiz de Fora, Juiz de Fora, 2013

BRASIL. Ministério da Saúde. Lei nº 8.080 de 1990. **Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências**. Disponível em: [http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/leis/l8080.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l8080.htm). Acesso em: 28 de maio de 2015.

BRASIL. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. Portaria nº 2.488, de 21 de outubro de 2011. **Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes e normas para a organização da Atenção Básica, para a Estratégia Saúde da Família (ESF) e o Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS)**. Disponível em: [http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt2488\\_21\\_10\\_2011.html](http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt2488_21_10_2011.html). Acesso em: 20 de julho de 2018

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Assistência à Saúde. **Saúde da Família: uma estratégia para a reorientação do modelo assistencial**. Brasília. Ministério da Saúde, 1997. Disponível em: [http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/cd09\\_16.pdf](http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/cd09_16.pdf). Acesso em 28 de julho de 2018.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Avaliação para melhoria da qualidade da Estratégia Saúde da Família**. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2005.

CORBO, A.A; MOROSINI, M. V. G.C.; PONTES, A. L. M. Saúde da Família: construção de uma estratégia de atenção à saúde. In: MOROSINI, M. V. G.C.; CORBO, A. A ( org). **Modelos de atenção e a saúde da família**. Rio de Janeiro: EPSJV/Fiocruz, 2007.p. 69-106.

FARIA, H. P.; CAMPOS, F.C.C.; SANTOS, M.A. **Planejamento, avaliação e programação das ações em saúde**. Nescon/UFMG. Belo Horizonte: Nescon/UFMG, 2017. Disponível em: [https://www.nescon.medicina.ufmg.br/biblioteca/registo/Planejamento\\_e\\_avaliacao\\_das\\_acoes\\_de\\_saude\\_2/3](https://www.nescon.medicina.ufmg.br/biblioteca/registo/Planejamento_e_avaliacao_das_acoes_de_saude_2/3). Acesso em: 22 de julho de 2018

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. **IBGE cidades**. 2017. Disponível em: <https://cidades.ibge.gov.br/brasil/mg/ribeirao-das-neves/historico>.

Acesso em: 25 de julho de 2018.

INSTITUTO NACIONAL DE CÂNCER. **Tabagismo**. Rio de Janeiro, 2008. Disponível em: [http://www.inca.gov.br/situacao/arquivos/acoes\\_pp\\_tabagismo.pdf](http://www.inca.gov.br/situacao/arquivos/acoes_pp_tabagismo.pdf). Acesso em: 15 de julho de 2018

INSTITUTO NACIONAL DE CÂNCER. **Tabagismo**: um grave problema de saúde pública. Disponível em: <http://www2.inca.gov.br/wps/wcm/connect/83bb428047ea9e08886ecd9ba9e4feaf/tabagismo-um-grave-problema-de-saude-publica.pdf?MOD=AJPERES&CACHEID=83bb428047ea9e08886ecd9ba9e4feaf>. Acesso em: 01 de julho de 2018

LENTSCK, M. H.; KLUTHCOVSKY, A. C. G. C.; KLUTHCOVSKY, F. A. K. Avaliação do Programa Saúde da Família: uma revisão. **Ciênc. saúde coletiva** v. 15, n. Supl 3, p. 3455-3466, 2010.

MALTA, D. C. et al. A Cobertura da Estratégia de Saúde da Família (ESF) no Brasil, segundo a Pesquisa Nacional de Saúde, 2013. **Ciênc. saúde coletiva**, v. 21, n. 2, p. 327-338, 2016

MÜLLER, E. V. et al. Fatores associados ao tabagismo em usuários da estratégia saúde da família. **Cogitare Enferm.** v. 22, n. 4, p. e50600, 2017

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE (OMS). **Global health risks**: mortality and burden of disease attributable to selected major risks. 2009. Disponível em: [http://www.who.int/healthinfo/global\\_burden\\_disease/en/index.html](http://www.who.int/healthinfo/global_burden_disease/en/index.html)

PORTES, L.H. et al. Ações voltadas para o tabagismo: análise de sua implementação na Atenção Primária à Saúde. **Ciênc. saúde coletiva**, v. 19, n. 2, p. 439-448, Fev , 2014

TORREIRO DE CARVALHO, Jandira. " O tabagismo visto sob vários aspectos". **Bol. Pneumol. Sanit.**, Rio de Janeiro , v. 8, n. 1, p. 69, jun. 2000

STARFIELD, B. **Atenção primária**: equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologia. Brasília: Unesco, Ministério da Saúde (MS), 2002.