

**UNIVERSIDADE FEDERAL DE MINAS GERAIS
FACULDADE DE MEDICINA. NÚCLEO DE EDUCAÇÃO EM SAÚDE COLETIVA
CURSO DE ESPECIALIZAÇÃO GESTÃO DO CUIDADO EM SAÚDE DA FAMÍLIA**

Thiago Azevêdo Alves

**PLANO DE INTERVENÇÃO PARA O TRATAMENTO DO TABAGISMO NA
UNIDADE BÁSICA DE SAÚDE SÃO FRANCISCO DO MUNICÍPIO DE RIO
PARANAÍBA – MINAS GERAIS**

Belo Horizonte

2020

Thiago Azevêdo Alves

**PLANO DE INTERVENÇÃO PARA O TRATAMENTO DO TABAGISMO
NA UNIDADE BÁSICA DE SAÚDE SÃO FRANCISCO DO MUNICÍPIO DE RIO
PARANAÍBA - MINAS GERAIS**

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

Orientadora: Dra. Sonia Faria Mendes Braga

Belo Horizonte

2020



UNIVERSIDADE FEDERAL DE MINAS GERAIS
FACULDADE DE MEDICINA
NESCON - NÚCLEO DE EDUCAÇÃO EM SAÚDE COLETIVA

DECLARAÇÃO

Declaro para os devidos fins, que aos 4 dias do mês de dezembro de 2020, a Comissão Examinadora designada pela Coordenação do Curso Especialização Gestão do Cuidado em Saúde da Família – CEGCSF se reuniu online para avaliar o Trabalho de Conclusão de Curso do aluno **THIAGO AZEVÉDO ALVES** intitulado “PLANO DE INTERVENÇÃO PARA O TRATAMENTO DO TABAGISMO NA UNIDADE BÁSICA DE SAÚDE SÃO FRANCISCO DO MUNICÍPIO DE RIO PARANAÍBA – MINAS GERAIS”, requisito parcial para a obtenção do Título de Especialista em Gestão do Cuidado em Saúde da Família. A Comissão Examinadora foi composta pelas professoras: Dra. SONIA FARIA MENDES BRAGA e Profa. Dra. MARIA DOLÔRES SOARES MADUREIRA. O TCC foi aprovado com a nota 85.

Esta ata foi homologada pela Coordenação do CEGCSF no dia quatro do mês de dezembro do ano de dois mil e vinte e devidamente assinada pelo seu Coordenador, Prof. Dr. Tarcísio Márcio Magalhães Pinheiro.

Belo Horizonte, 19 de janeiro de 2021.

PROF. DR. TARCÍSIO MÁRCIO MAGALHÃES PINHEIRO
Coordenador do Curso de Especialização Gestão do Cuidado Saúde da Família



Documento assinado eletronicamente por **Tarcísio Marcio Magalhaes Pinheiro, Coordenador(a) de curso de pós-graduação**, em 27/01/2021, às 08:58, conforme horário oficial de Brasília, com fundamento no art. 5º do [Decreto nº 10.543, de 13 de novembro de 2020](#).



A autenticidade deste documento pode ser conferida no site https://sei.ufmg.br/sei/controlador_externo.php?acao=documento_conferir&id_orgao_acesso_externo=0, informando o código verificador **0525212** e o código CRC **5ED4222A**.

AGRADECIMENTOS

Agradeço a Deus por exercer essa profissão e por me dar oportunidades de crescer.

À Equipe de saúde da Unidade Básica de Saúde São Francisco e à minha orientadora Sonia Faria Mendes Braga, pelas correções e seu conhecimento técnico.

RESUMO

O uso do tabaco é fator de risco para diversos agravos de saúde gerando altos custos sociais e econômicos. Atualmente o consumo do fumo é a principal causa evitável de morte no Brasil e no mundo. Apesar dos avanços em políticas públicas, muitos que tentam cessar o tabagismo não recebem orientação de um profissional de saúde. O objetivo desse trabalho foi elaborar um projeto de intervenção para controle do tabagismo na população do território da Unidade de Saúde São Francisco, Município de Rio Paranaíba no estado de Minas Gerais. A metodologia empregada se deu com o diagnóstico situacional em saúde, permitindo conhecer melhor o território, em seguida realizou-se a Estimativa Rápida levantando os principais problemas e sua relevância, após isso elaborou-se um plano de ação com base no Planejamento Estratégico Situacional e revisão da literatura. Espera-se que a equipe entenda seu papel proativo no enfrentamento ao tabagismo e que seja implementado grupos de tabagistas reduzindo a prevalência do uso do tabaco e consequentemente diminuir a morbimortalidade relacionada. Dessa forma, a atenção primária à saúde, como porta de entrada ao sistema de saúde, tem um papel fundamental em termos de prevenção da saúde dos usuários, principalmente entre os mais jovens, para que não iniciem o hábito de fumar e, entre os fumantes, por meio de medidas educativas de promoção a hábitos de vida mais saudáveis, como o incentivo à redução ou até mesmo à cessação do tabagismo, informando quanto aos fatores de risco para várias doenças e, sobretudo, quanto aos danos e prejuízos que podem causar na qualidade da saúde.

Palavras-chave: Tabagismo; Atenção Primária à Saúde; Abandono do Uso de Tabaco.

ABSTRACT

Tobacco use is a risk factor for several health problems generating high social and economic costs. Currently smoking is the main preventable cause of death in Brazil and worldwide. Despite advances in public policies, many who try to quit smoking do not receive guidance from a health professional. The objective of this work was to elaborate an intervention project for tobacco control in the population of the territory of the São Francisco Health Unit, Municipality of Rio Paranaíba in the state of Minas Gerais. The methodology used took place with the situational diagnosis in health, allowing to know the territory better, then the Quick Estimate was carried out, raising the main problems and their relevance, after that an action plan was elaborated based on the Situational Strategic Planning and literature revision. It is expected that the team understands its proactive role in tackling smoking and that groups of smokers are implemented, reducing the prevalence of tobacco use and consequently reducing related morbidity and mortality. Thus, primary health care, as a gateway to the health system, has a fundamental role in terms of preventing the health of users, especially among the youngest, so that they do not start smoking and, among smokers, through educational measures to promote healthier lifestyles, such as encouraging the reduction or even cessation of smoking, informing about the risk factors for various diseases and, above all, about the damages and losses they can cause in quality of health.

Keywords: Tobacco Use Disorder; Primary Health Care; Tobacco Use Cessation.

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

Quadro 1 – Classificação de prioridade para os problemas identificados no diagnóstico da comunidade adscrita à equipe de Saúde I, Unidade Básica de Saúde São Francisco, município Rio Paranaíba, estado de Minas Gerais	17
Quadro 2 – Avaliação clínica do fumante	25
Quadro 3 – Teste de Fagerström para a dependência à nicotina.	26
Quadro 4 – Estágios de motivação de Prochaska e DiClemente	27
Quadro 5 - Aconselhamento estruturado/Abordagem Intensiva	28
Quadro 6 – Posologia do adesivo de nicotina	29
Quadro 7 – Desenho das operações e viabilidade e gestão sobre o “nó crítico 1” relacionado ao problema “tabagismo”, na população sob responsabilidade da Equipe de Saúde da Família I, do município Rio Paranaíba, estado de Minas Gerais	33
Quadro 8 – Desenho das operações e viabilidade e gestão sobre o “nó crítico 2” relacionado ao problema “tabagismo”, na população sob responsabilidade da Equipe de Saúde da Família I, do município Rio Paranaíba, estado de Minas Gerais	34
Quadro 9 - Desenho das operações e viabilidade e gestão sobre o “nó crítico 3” relacionado ao problema “tabagismo”, na população sob responsabilidade da Equipe de Saúde da Família I, do município Rio Paranaíba, estado de Minas Gerais	35

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

ACS	Agentes Comunitários de Saúde
APS	Atenção Primária à Saúde
CID-10	Classificação Internacional de Doenças
CISALP	Consórcio Intermunicipal de Saúde do Alto Paranaíba
DPOC	Doença pulmonar obstrutiva crônica
DST	Doenças Sexualmente Transmissíveis
IBGE	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
INCA	Instituto Nacional do Câncer
MG	Minas Gerais
NASF	Núcleo de Apoio à Saúde da Família
OMS	Organização Mundial da Saúde
PAAP	Perguntar, avaliar, aconselhar e preparar
PAAPA	Perguntar, avaliar, aconselhar, preparar e acompanhar
PNCT	Programa Nacional de Controle ao Tabagismo
SUS	Sistema Único de Saúde
TCC	Terapia comportamental cognitiva
TRN	Terapia de reposição de nicotina
UBS	Unidade Básica de Saúde
UFV-CRP	Universidade Federal de Viçosa – Campus Rio Paranaíba

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	9
1.1 Aspectos gerais do município	9
1.2 O sistema municipal de saúde	9
1.3 Aspectos da comunidade	11
1.4 A Unidade Básica de Saúde São Francisco	13
1.5 A Equipe de Saúde da Família I da Unidade Básica de Saúde São Francisco	14
1.6 O funcionamento da Unidade de Saúde da Equipe I	15
1.7 O dia a dia da equipe I	16
1.8 Estimativa rápida: problemas de saúde do território e da comunidade (primeiro passo)	16
1.9 Priorização dos problemas – a seleção do problema para plano de intervenção (segundo passo)	17
2 JUSTIFICATIVA	18
3 OBJETIVOS	19
3.1 Objetivo geral	19
3.2 Objetivos específicos	19
4 METODOLOGIA	20
5 REVISÃO BIBLIOGRÁFICA	21
6 PLANO DE INTERVENÇÃO	31
6.1 Descrição do problema selecionado (terceiro passo)	31
6.2 Explicação do problema (quarto passo)	31
6.3 Seleção dos nós críticos (quinto passo)	32
6.4 Desenho das operações sobre nó crítico – operações, projeto, resultados e produtos esperados, recursos necessários e críticos (sexto passo) e viabilidade e gestão (7º a 10º passo)	32
7 CONSIDERAÇÕES FINAIS	36
REFERÊNCIAS	37

1 INTRODUÇÃO

1.1 Aspectos gerais do município

Rio Paranaíba é um município com 12.313 habitantes (estimativa para o ano de 2019 do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística IBGE), localizada na região do Sudeste e distante 260 km em linha reta da capital do Estado. Seu nome deve-se à presença da nascente do rio homônimo nas terras de seu município (IBGE, 2019). A cidade recentemente teve um importante desenvolvimento educacional com a criação do Campus Rio Paranaíba da Universidade Federal de Viçosa (UFV-CRP) em 2006, que transformou o município na menor cidade do Brasil a abrigar um campus de uma universidade federal. A principal atividade econômica da cidade é a agricultura, tendo grande destaque para as culturas de café, soja, milho, cenoura, alho, batata e cebola. O setor imobiliário também é uma importante atividade na cidade, além do setor de bens e serviços (PREFEITURA MUNICIPAL DE RIO PARANAÍBA, 2020).

Na área de saúde, o município pertence à microrregião de Patos de Minas, sendo este o município de referência em consultas e exames de média complexidade. Rio Paranaíba possui um Hospital Municipal, responsável pelo serviço de urgência e emergência, além de internação. A atenção primária de saúde é composta por três equipes da Estratégia Saúde da Família na zona urbana, mais uma equipe em um distrito e uma quinta equipe responsável pelo restante da zona rural, cobrindo 100% da população. Uma dificuldade do município é a contratação de médicos, o que deixa as Unidades Básicas de Saúde (UBS) por longos períodos sem esse atendimento (PREFEITURA MUNICIPAL DE RIO PARANAÍBA, 2020).

1.2 O sistema municipal de saúde

O modelo de atenção à saúde predominantemente no município é o de atenção às condições crônicas, que possui como características mais marcantes: o cuidado através de equipes multidisciplinares, de usuários e seus familiares, com ênfase no autocuidado orientado e no conhecimento partilhado entre equipes e usuários; o planejamento da demanda através das necessidades de saúde da

população adscrita, tendo como foco as ações em atenção primária; a ênfase em ações promocionais, preventivas, curativas e até reabilitadoras sobre fatores de risco ou condições de saúde já estabelecidas, enfatizando grupos prioritários; a organização territorial definida pela população adscrita e pelo fluxo sanitário; e a participação social ativa através de conselhos de saúde.

O nível de organização em rede do sistema de saúde do município, Rio Paranaíba, possui o nível primário, composto por 5 equipes de saúde. Além desse, também possui o nível secundário, composto por atendimento de algumas especialidades ambulatoriais (cardiologia, pediatria, ginecologia e ortopedia) e o nível terciário composto pelo Hospital Municipal (PREFEITURA MUNICIPAL DE RIO PARANAÍBA, 2020).

O município também participa da rede de atenção à saúde através do serviço médico especializado em outros municípios e do Consórcio intermunicipal de Saúde do Alto Paranaíba (CISALP), localizado na cidade de Lagoa Formosa – MG.

Pontos de Atenção à Saúde e Sistemas de Apoio e Logístico:

- Atenção Primária à Saúde (APS): Possui cinco equipes de saúde, cobrindo 100% da população.
- Pontos de Atenção Secundária à Saúde: O município possui clínica de especialidades e possui atendimentos em outros municípios através da rede de municípios, principalmente em sua microrregião, pertencente à Patos de Minas. Rio Paranaíba também possui convênio com um consórcio de saúde (CISALP). Nos pontos secundários são ofertados principalmente atendimento especializado e exames de média complexidade.
- Pontos de Atenção Terciária a Saúde: O município possui um Hospital Municipal e participa da rede de atenção à saúde, sendo Patos de Minas, a referência em atendimento de Urgência/Emergência, plantão de Obstetrícia e internações em Centro de Terapia Intensiva.
- Sistemas de Apoio: Possuímos apoio da Telessaúde por telefone e para fazer os laudos dos eletrocardiogramas. O município possui a

farmácia municipal e a população também é atendida pelas farmácias do programa “Aqui tem farmácia popular”. Além disso, o município fornece serviço de radiografia e exames laboratoriais. É necessário recorrer ao CISALP e a rede de municípios para os exames de média e alta complexidade. A vigilância sanitária possui um importante papel em atualizações das principais normas vigentes e diretrizes do Ministério da Saúde.

- **Sistemas Logísticos:** O município possui uma frota de transporte para levar os pacientes a toda rede de atenção à saúde. Também possui prontuário eletrônico nas UBS e está em processo de implantação no Hospital Municipal e posteriormente na Clínica de Especialidade. O cartão nacional do Sistema Único de Saúde (SUS) é realizado e atualizado nas próprias UBS. O acesso à regulação é via UBS, que faz as solicitações de acordo com a necessidade.

1.3 Aspectos da comunidade

A UBS São Francisco abrange uma população adscrita da zona urbana e também atende a população da zona rural quando fica descoberta, pois cada dia da semana o médico desta equipe está em uma comunidade diferente.

São Francisco é uma UBS que atende cerca de 2700 habitantes, abrange uma área com famílias com boas condições socioeconômicas, também possui muitos universitários cadastrados; os maiores utilizadores do serviço são as famílias menos abastardas e os trabalhadores rurais, estes, são principalmente imigrantes da região Nordeste, que vieram para a região em busca de melhores condições de trabalho. A área adscrita possui saneamento básico em 100% das residências, ao contrário da população rural, que possui esse serviço bastante deficitário.

O município possui taxa de escolarização de crianças de 6 a 14 anos de idade de 98,7%, com índices de escolarização prejudicados entre os mais idosos e os imigrantes. Na área adscrita da UBS, possui duas escolas e duas Casas Lares, estas destinadas às pessoas com doenças mentais graves. A população nascida em

Rio Paranaíba conserva hábitos e costumes locais, principalmente por meio de festas religiosas.

1.3.1 Aspectos demográficos 2019

FAIXA ETÁRIA/ANO	MASCULINO	FEMININO	TOTAL
< 1	20	13	33
1-4	49	52	101
5-14	137	147	284
15-19	76	104	180
20-29	156	182	338
30-39	175	222	397
40-49	169	234	403
50-59	166	198	364
60-69	113	150	263
70-79	71	84	155
≥ 80	42	47	89
TOTAL	1174	1433	2607

Fonte: Cadastro da população da área de abrangência.

1.3.2 Aspectos epidemiológicos

CONDIÇÃO DE SAÚDE EM 2019	Frequência Absoluta (N)
Gestantes	15
Hipertensos	530
Diabéticos	124
Pessoas com doenças respiratórias (asma, DPOC, enfisema, outras)	56
Pessoas que tiveram AVC	69
Pessoas que tiveram infarto	90
Pessoas com doença cardíaca	149
Pessoas com doença renal (insuficiência renal, outros)	47
Pessoas com hanseníase	0
Pessoas com tuberculose	0
Pessoas com câncer	20
Pessoas com sofrimento mental	348

Acamados	13
Fumantes	159
Pessoas que fazem uso de álcool	18
Usuários de drogas	6

Fonte: Cadastro da população da área de abrangência.

No ano de 2018 ocorreram 102 óbitos, principalmente por doenças hipertensivas, Influenza (gripe) e pneumonia, doenças do fígado, doenças cerebrovasculares e outras formas de doença do coração, em ordem decrescente. Também aconteceram 278 internações, sendo que as causas mais importantes foram doenças do aparelho respiratório, doenças do aparelho digestivo, doenças do aparelho geniturinário, gravidez parto e puerpério; empatado na 5ª posição tivemos algumas doenças infecciosas e parasitárias e lesões, envenenamento e algumas outras consequências de causas externas (SECRETARIA DE ESTADO DE SAÚDE DE MINAS GERAIS, 2019).

Em relação às notificações foram 268, evidenciando violência interpessoal/autoprovocada, atendimento antirrábico humano, acidente por animais peçonhentos, acidente de trabalho grave e intoxicações exógenas (SECRETARIA DE ESTADO DE SAÚDE DE MINAS GERAIS, 2019).

Em 2018 não houve óbitos infantil e materno. A taxa de mortalidade infantil média na cidade é de 13,61 para 1000 nascidos vivos (SECRETARIA DE ESTADO DE SAÚDE DE MINAS GERAIS, 2019).

Os principais problemas de saúde são: hipertensão arterial sistêmica, diabetes mellitus, dislipidemia, saúde mental, tabagismo e osteoartrose.

1.4 A Unidade Básica de Saúde São Francisco

A estrutura que abriga a UBS São Francisco atualmente é planejada para tal finalidade, possui recepção ampla com cadeiras em quantidade suficiente para espera, sala de reunião espaçosa. Também é dotada de consultórios para médico, enfermagem, triagem, equipe do Núcleo de Apoio a Saúde da Família (NASF), sala de procedimentos e sala para nebulização e eletrocardiograma, por exemplo. Os

consultórios poderiam ser um pouco maiores, mas um deles possui ar condicionado, possibilitando maior humanização no atendimento.

A unidade está bem equipada, possui todos os instrumentos e materiais adequados para o trabalho da equipe.

A comunidade possui bom vínculo com a equipe de saúde, principalmente, pelo papel dos Agentes Comunitários de Saúde (ACS), que fazem essa ponte criando uma relação de confiança e respeito.

1.5 A Equipe de Saúde da Família I da Unidade Básica de Saúde São Francisco

A equipe de saúde é composta por um médico, uma enfermeira, uma técnica de enfermagem, uma técnica de enfermagem de sala de vacina, cinco agentes comunitários de saúde, uma agente de combate às endemias e uma recepcionista.

Os principais determinantes de saúde da população são: sedentarismo, obesidade, tabagismo, baixa escolaridade de alguns indivíduos e baixo poder econômico.

As principais ações de promoção de saúde realizadas no ano de 2019 foram: Programa Saúde na Escola; Programa Saúde do Trabalhador; distribuição de preservativos no carnaval; orientação sobre Doenças Sexualmente Transmissíveis (DST) na UFV-CRP; ação de saúde na praça, como aferições de pressão arterial; palestras de orientações sobre câncer de colo de útero, mama e próstata.

Como desafios, temos a inexistência de grupo para hipertensos e diabéticos, iniciar um grupo de tabagismo, começar a fazer reunião de equipe e grupos operativos.

Diferente da realidade de muitas UBS, nós não somos sobrecarregados pela demanda. Disponibilizando 15 atendimentos por turno, esse número é possível porque uma porcentagem significativa destes atendimentos é devida à renovação de receitas controladas e possuímos uma população adscrita de 2700 pessoas aproximadamente.

Não possuímos dia para renovar receita, todos passam por consulta médica. Deste modo, a maioria dos pacientes consegue consulta no mesmo dia ou no máximo é agendado para o dia seguinte. Sendo assim, o acolhimento é realizado pela recepção, técnicos de enfermagem, ACS e não há um acolhimento com o objetivo de resolver demandas, que não há necessidade de consulta médica.

Em relação ao atendimento programado, o pré-natal é realizado mensalmente ou a cada 15 dias, de acordo com a idade gestacional. A puericultura é dividida entre médico e enfermagem, sendo os atendimentos agendados previamente e distribuídos ao longo da semana. Já a visita domiciliar é realizada em todas quintas-feiras no turno da tarde.

Atividades de educação em saúde são realizadas através do Programa Saúde nas Escolas e Saúde do trabalhador, além de atividades em datas especiais, como palestras na sala de espera durante o outubro rosa. Os grupos ficam mais a cargo no NASF, em que possui grupo de fisioterapia, por exemplo.

1.6 O funcionamento da Unidade de Saúde da Equipe I

A UBS funciona das 07:00 às 16:30 horas de segunda a sexta-feira com 1:30min de almoço para os profissionais. O atendimento médico é realizado de segunda a quinta-feira, em ambos turnos. Quinta-feira à tarde é reservada para visitas domiciliares. Na sexta-feira possui atendimento apenas dos demais integrantes da equipe.

O pré-natal é realizado quinzenal ou mensal, de acordo com a idade gestacional, a puericultura é programada e distribuída entre os dias da semana. Uma vez ao mês é realizada reunião intersetorial com o NASF, como o objetivo de discutir casos de pacientes complexos, geralmente trazidos pelos ACS.

O trabalho em equipe dá de forma harmoniosa, com todos os integrantes se ajudando, compartilhando saberes e trazendo informações novas. Não possuímos acolhimento como preconizado, quase que a totalidade dos pacientes é direcionada para o atendimento médico como demanda espontânea.

1.7 O dia a dia da equipe I

A equipe se encontra na UBS as 07:00h; a maioria dos membros tomam café da manhã junto em um momento de socialização. Em seguida cada um se dirige ao seu trabalho específico. Os ACS geralmente vão para a comunidade iniciar a rotina de visitas domiciliares e os demais integrantes começam o atendimento da população, através do acolhimento, triagem, atendimento médico, atendimento de enfermagem e realização de vacinas, entre outros.

A técnica de enfermagem realiza triagem e curativos na unidade até 10:00h aproximadamente e, em seguida destina seu tempo à realização de curativos domiciliares, caso tenha demanda. A enfermeira fica realizando exames preventivos de colo de útero, solicitação de mamografias, realização de testes rápidos, primeira consulta de pré-natal e trabalhos administrativos, entre outros.

A puericultura é programada ao longo do mês, distribuída entre médico e enfermagem, sendo realizados ao longo da semana, sem um turno específico.

O atendimento médico é destinado ao atendimento programado, mas a maioria dos atendimentos é de demanda espontânea.

O pré-natal é realizado até 32 semanas de idade gestacional na UBS, com consultas mensais ou quinzenais e em seguida continua o acompanhamento médico com a obstetrícia.

Quinta-feira à tarde é destinada às visitas domiciliares do médico acompanhado pelos ACS. Uma vez por mês ocorre a discussão de casos complexos com a equipe do NASF, estes geralmente trazidos pelos ACS. Ocorre uma discussão interdisciplinar com psicologia, nutrição, fisioterapia, ACS, médico e enfermagem.

1.8 Estimativa rápida: problemas de saúde do território e da comunidade (primeiro passo)

A partir da discussão em equipe, percebemos que a UBS possui ações para hipertensos, diabéticos, pessoas com transtornos mentais e sedentarismo (através da academia da saúde), por exemplo. Entretanto, a UBS não apresenta nenhuma ação para os tabagistas e através dos ACS, foi trazida à informação que existiam muitas pessoas com interesse em cessar com o fumo. Também foi informado pela farmacêutica, que a Farmácia Municipal possui medicamentos disponíveis para o tratamento do tabagismo e que não estão sendo utilizados.

1.9 Priorização dos problemas - a seleção do problema para plano de intervenção (segundo passo)

Quadro 1 - Classificação de prioridade para os problemas identificados no diagnóstico da comunidade adscrita à equipe de Saúde I, Unidade Básica de Saúde São Francisco, município Rio Paranaíba, estado de Minas Gerais

Problemas	Importância*	Urgência**	Capacidade de enfrentamento***	Seleção/Priorização****
Tabagismo	Alta	7	Total	1
Alta prevalência de pessoas com transtornos mentais	Alta	5	Média	2
Sedentarismo	Alta	5	Média	3
Baixo poder econômico	Alta	3	Fora	4
Inexistência de grupo operativo	Alta	3	Total	5
Diabetes mellitus	Alta	4	Total	6
Hipertensão arterial sistêmica	Alta	3	Total	7

Fonte: Próprio autor (2020)

*Alta, média ou baixa

** Distribuir 30 pontos entre os problemas identificados

***Total, parcial ou fora

****Ordenar considerando os três itens

2 JUSTIFICATIVA

O uso do tabaco é fator de risco para diversos agravos de saúde, estando relacionado a doenças crônicas e alguns tipos de neoplasias, gerando altos custos sociais e econômicos. Atualmente o consumo do fumo é a principal causa evitável de morte no Brasil e no mundo.

Existe um esforço de políticas públicas para o combate ao tabagismo, mas muito ainda pode ser feito, pois apenas uma minoria dos fumantes que tentam cessar recebe orientação de um profissional de saúde, e uma parte menor ainda recebe acompanhamento adequado (BRASIL, 2015).

Na UBS São Francisco há mais de um ano que não se tem grupo de tabagismo apesar de diversos usuários com interesse no tratamento. Portanto, após o diagnóstico situacional percebeu-se a necessidade de combater esse importante fator de risco para promoção de saúde e prevenção de agravos, pois é um problema com alta importância, se tornou urgente devido o tempo excessivo sem oferecimento de tratamento pela UBS e possui capacidade de enfrentamento total, com a capacitação da equipe, ajustamento da agenda e medicamentos disponíveis (FARIA; CAMPOS; SANTOS, 2018).

3 OBJETIVOS

3.1 Objetivo geral

Elaborar um projeto de intervenção para controle do tabagismo na população do território da Unidade de Saúde São Francisco, Município de Rio Paranaíba / MG.

3.2 Objetivos específicos

Promover a conscientização da equipe sobre a falta de enfrentamento ao tabagismo e os benefícios de ações para seu controle/redução;

Capacitar a equipe para combater o tabagismo, identificando pacientes na fase motivacional de contemplação e se inteirando das principais diretrizes de tratamento do tabagismo;

Realizar ações de educação em saúde sobre os principais problemas causados pelo fumo e seus benefícios após o cessar;

Reduzir a prevalência do uso de tabaco na população adscrita;

Reduzir a morbimortalidade em longo prazo causada pelo fumo.

4 METODOLOGIA

A realização deste trabalho se deu início com o diagnóstico situacional em saúde, permitindo conhecer melhor o território, o perfil da população, através de informações sobre faixa etária, principais agravos em saúde, causas de internações e mortalidade, além de condições socioeconômicas, saneamento básico e suportes comunitários.

Em seguida, foi realizada a Estimativa Rápida levantando os principais problemas enfrentados pela população e classificados de acordo com a importância, urgência e capacidade de enfrentamento, destacando o tabagismo sobre os demais.

Dando prosseguimento, foi elaborado o plano de ação, desenvolvido com base no método de Planejamento Estratégico Situacional, levando em consideração a capacidade da equipe para o alcance de seus objetivos, os recursos necessários para implementar o plano e o conhecimento/habilidade da equipe para a execução do projeto.

Ademais, para auxiliar no plano de ação realizou-se uma revisão de literatura nos bancos de dados da Biblioteca Virtual em Saúde (BVS), nas bases de dados da literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde (LILACS) e no *Scientific Electronic Library Online* (SciELO), bem como a Revista brasileira de Epidemiologia e PubMed, utilizando os seguintes descritores: Tabagismo; Atenção Primária à Saúde; Abandono do Uso de Tabaco.

5 REVISÃO BIBLIOGRÁFICA

O tabagismo consiste no consumo de derivados do tabaco, pode ser através do tabaco fumado, aquele que gera “fumaça”, e do tabaco não fumado, sem sua queima. O tabaco fumado é representado principalmente pelo cigarro industrializado, cachimbo, charuto, cigarro de palha e narguilé. O usuário é tido como tabagismo ativo e as pessoas que estão expostas a fumaça são tidas como tabagismo passivo (BRASIL, 2015).

Já tabaco não fumado pode ser o mascado e o rapé (tabaco em pó, aspirado pelo nariz), por exemplo. A fumaça do cigarro contém mais de 4.700 substâncias, sendo mais de 60 delas cancerígenas. Os efeitos maléficos estão diretamente relacionados ao grau de exposição e a duração do consumo, sendo que não existem níveis seguros para seu uso (WHO, 2019).

O tabagismo é reconhecido com uma doença crônica que causa dependência física, psicológica e comportamental. A dependência é devida à nicotina contida nos produtos à base de tabaco. De acordo com a Revisão da Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados à Saúde (CID-10), o tabagismo faz parte do grupo dos transtornos mentais e comportamentais devidos ao uso de substância psicoativa (CLASSIFICAÇÃO INTERNACIONAL DE DOENÇAS - CID-10, 1997).

Com a transição epidemiológica, as doenças crônicas não transmissíveis são a principal causa de morbimortalidade no Brasil e no mundo. Dentre os principais fatores de risco preveníveis para essas doenças está o tabagismo, má alimentação, sedentarismo e o abuso de álcool. Desses fatores, o tabagismo é o único que se relaciona as quatro principais causas dessas enfermidades crônicas: doenças cardiovasculares (infarto agudo do miocárdio, acidente vascular encefálico, doença arterial periférica), diabetes, neoplasias (pulmão, cavidade oral, nasofaringe, orofaringe, hipofaringe, cavidade nasal, seios paranasais, laringe, esôfago, estômago, pâncreas, fígado, rim, ureter, bexiga urinária, colo de útero e leucemia mieloide) e doenças respiratórias crônicas (doença pulmonar obstrutiva crônica) (BRASIL, 2015).

O tabagismo é a principal causa de morte evitável no mundo e a cessação trará benefícios em qualquer idade para o paciente e seus entes próximos (OLIVEIRA et al., 2019; WHO, 2019).

As pessoas que abandonam o tabagismo conseguem viver mais e mais saudáveis. Cessar com o fumo aos 30 anos de idade pode adicionar até 10 anos de expectativa de vida. Mesmo com 50 anos, parar de fumar resulta em uma média de seis anos de expectativa de vida adquirida. Desse modo, nunca é tarde para parar de fumar, aumentando a expectativa e qualidade de vida (WHO, 2019).

Uma análise de morbimortalidade relacionada ao tabagismo de 1990 a 2015 mostra uma diminuição da taxa de mortalidade de doença pulmonar obstrutiva crônica (DPOC), de 64,5/100.000 habitantes em 1990 para 44,5/100.000 habitantes em 2015. Em relação ao câncer de pulmão, a taxa manteve estável, entretanto, com um aumento de 20,7% de mortalidade em mulheres, relacionado ao aumento da prevalência de tabagismo, nestas, nas últimas décadas (JOSÉ et al., 2017).

A Organização Mundial da Saúde (OMS) estima 1,4 bilhão de usuários de tabaco com 15 anos ou mais em todo o mundo (1,07 bilhão de fumantes e 367 milhões de usuários de tabaco não fumado) e um pequeno número dos quais usa tanto tabaco fumado quanto não fumado. Esse número diminuiu ligeiramente desde 2007, quando havia 1,46 bilhão de usuários de tabaco. Atualmente, 1,12 bilhão de homens consomem tabaco - 5 milhões a menos que em 2007 e 279 milhões de mulheres - 58 milhões a menos do que em 2007 (WHO, 2019).

Entre 2007 e 2017, as taxas de tabagismo diminuíram de uma média global de 22,5% para 19,2%, apresentando uma redução relativa de 15% em 10 anos. Nessa mesma década, o tabagismo entre os homens diminuiu de 37,1% para 32,7% e o tabagismo entre as mulheres de 8,0% para 5,8% (WHO, 2019).

Devidos às políticas de controle do tabagismo implementadas no Brasil, a prevalência em maiores de 18 anos caiu de 34,9% em 1989 para 9,8% da população em 2019, sendo neste ano, a queda foi maior no sexo masculino (12,3%) do que no feminino (7,7%) (JOSÉ et al., 2017; VIGITEL, 2020).

Existem algumas características que se associam à maior prevalência de tabagismo: sexo masculino, raça/cor preta, região rural, menor grau de escolaridade e menor renda (BRASIL, 2015).

O tratamento do tabagismo apresenta ótimo custo-efetividade relacionado às doenças crônicas. Com isso, o Ministério da Saúde atualizou as diretrizes sobre a adesão ao Programa Nacional de Controle ao Tabagismo (PNCT) com a Portaria número 571 de 05 de abril de 2013. O PNCT é coordenado pelo Instituto Nacional do Câncer (INCA) e desde 1989 possui o objetivo de reduzir a prevalência do tabagismo e consequentemente sua morbimortalidade relacionada (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2020).

À adesão ao PNCT se dá através da manifestação de interesse do gestor municipal e, posteriormente indicando as equipes de saúde de atenção básica, atenção especializada ou centros de atenção psicossocial que estarão habilitadas para a implantação do programa. Em seguida, o governo federal realiza a compra de medicamentos e oferece cursos de capacitação. Os medicamentos disponíveis pelo SUS são: terapia de reposição de nicotina com a apresentação de adesivo transdérmico (7mg, 14mg e 21mg) e goma de mascar (2mg); e cloridrato de bupropiona comprimido de 150mg (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2020).

A PNCT também tem apoio normativo para proteger à população da exposição à fumaça ambiental do tabaco. A Lei número 9.294 de 1996 dispõe sobre o consumo de tabaco em ambientes coletivos, entretanto, permitia áreas reservadas para fumar nestes ambientes (BRASIL, 1996; BRASIL, 2020). Já a Lei número 12.546 de 2014 alterou a determinação anterior, proibindo fumar em locais de uso coletivo, públicos ou privados, além de extinguir os chamados fumódromos (BRASIL, 2014; BRASIL, 2020).

Outro marco no controle do tabagismo no Brasil foi a assinatura da Convenção-Quadro da OMS para controle do tabagismo em novembro de 2005, que tem o objetivo de reduzir a oferta de produtos do tabaco a partir da articulação intersetorial, com isso, essa assinatura se torna política de Estado fazendo parte da PNCT (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2020).

Além disso, uma importa ferramenta no combate ao tabagismo são as ações educativas, que devem ser contínuas em unidades de saúde, escolas e ambientes de trabalho. Essas ações são importantes para divulgar os riscos do tabagismo e os benefícios em sua cessação, para proteger as gerações atuais e futuras. Como ações, pode-se citar o Dia Mundial sem Tabaco (31 de maio), Dia Nacional de

Combate ao Fumo (29 agosto) e o Programa de Saúde da Escola, que com o módulo Saber Saúde aborda entre outros temas, o tabagismo (BRASIL, 2015).

A atenção primária à saúde tem um papel importante na cessação do tabagismo, desde receber pacientes pela livre demanda interessados no tratamento como na abordagem breve sobre o tema. Na equipe de saúde, todos devem ser capacitados para perguntar sobre o uso de tabaco, dar conselhos para o abandono do mesmo e registrar as informações no prontuário.

Essa abordagem, pode ser breve/mínima (PAAP), consistindo em perguntar, avaliar, aconselhar e preparar o fumante para cessar o fumo, entretanto, não acompanha o indivíduo no processo. Essa conversa pode ser realizada por qualquer profissional de saúde durante uma consulta de rotina, triagem, visita domiciliar ou pronto atendimento, por exemplo (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2020).

Já a abordagem básica (PAAPA), consiste em um método para acompanhar o fumante neste processo, podendo ser realizada durante a consulta de rotina em poucos minutos e é mais indicada pois também auxilia o paciente na fase de abstinência (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2020).

As perguntas sugeridas para essas abordagens são (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2020):

- Você fuma? Há quanto tempo? (permite diferenciar a experimentação do uso regular)

- Quantos cigarros fuma por dia? (pacientes que fumam 20 cigarros ou mais por dia provavelmente terão uma maior chance de desenvolverem fortes sintomas de síndrome de abstinência na cessação de fumar)

- Quanto tempo após acordar acende o 1º cigarro? (pacientes que fumam nos primeiros 30 minutos após acordar, provavelmente terão uma maior chance de desenvolverem fortes sintomas de síndrome de abstinência na cessação de fumar)

- O que você acha de marcar uma data para deixar de fumar? (permite avaliar se o fumante está pronto para iniciar o processo de cessação de fumar) Em caso de resposta afirmativa, perguntar: Quando? Já tentou parar? (se a resposta for afirmativa, fazer a próxima pergunta)

- O que aconteceu? (permite identificar o que ajudou e o que atrapalhou a deixar de fumar, de modo que esses dados sejam trabalhados na próxima tentativa).

Os tabagistas que não pretendem cessar nos próximos 30 dias, devem ser encorajados a pensar sobre o tema e reabordados futuramente. Para os interessados em parar o fumo, devem passar por avaliação clínica e se disponível, serem admitidos ao programa de cessão de tabagismo (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2020).

Após a admissão ao programa de cessão de tabagismo, o fumante deve passar por anamnese, exame físico e possíveis exames complementares. Neste momento, é importante avaliar a saúde de modo geral, grau de motivação para cessar o fumo, grau de dependência, medicamentos em uso e contraindicações ao tratamento.

Quadro 2 – Avaliação clínica do fumante

- História tabagista: idade de início, número de cigarros fumados por dia, tentativas de cessação, tratamentos anteriores com ou sem sucesso, recaídas e prováveis causas, sintomas de abstinência, exposição passiva ao fumo, formas de convivência com outros fumantes (casa/trabalho) e fatores associados (café após as refeições, telefonar, consumo de bebida alcoólica, ansiedade e outros).
- Grau de dependência: Teste de Fagerström para dependência à nicotina.
- Grau de motivação: Estágio motivacional (Modelo transteórico comportamental de Prochaska e DiClemente). Atividade física habitual e oscilações do peso corporal.
- Sintomas: Tosse, expectoração, chiado, dispneia, dor torácica, palpitações, claudicação intermitente, tontura e desmaios.
- Investigação de comorbidades: Doenças prévias ou atuais que possam interferir no curso ou no manejo do tratamento: lesões orais, úlcera péptica, hipertensão arterial sistêmica, diabetes mellitus, cardiopatias, transtornos psiquiátricos (depressão, ansiedade, pânico, anorexia nervosa, bulimia, etc.), uso de álcool e/ou outras drogas, pneumopatias, epilepsia, AVE, dermatopatias, câncer, nefropatias, hepatopatias, história de convulsão, entre outras.
- Medicamentos em uso: Levantamento dos medicamentos que possam interferir no manejo do tratamento, como antidepressivos, inibidores da MAO, carbamazepina,

cimetidina, barbitúricos, fenitoína, antipsicóticos, teofilina, corticosteróides sistêmicos, pseudo-efedrina, hipoglicemiante oral e insulina, entre outros.

- Alergias: De qualquer etiologia, como cutâneas, respiratórias e medicamentosas.
- Situações que demandam cautela: Principalmente as relacionadas ao uso de apoio medicamentoso, por exemplo, gravidez, amamentação, IAM ou AVE recente, arritmias graves, uso de psicotrópicos e outras situações. Recomenda-se cautela também com os adolescentes e idosos.
- Antecedentes familiares: Avaliar problemas de saúde familiares, principalmente se relacionados ao tabagismo, em especial a existência de outros fumantes que convivam com o paciente.
- Exame físico: Sempre completo, buscando sinais que possam indicar existência de doenças atuais ou limitações ao tratamento medicamentoso a ser proposto.
- Exames complementares: Rotina básica: radiografia de tórax, espirometria pré e pós broncodilatador, eletrocardiograma, hemograma completo, bioquímica sérica e urinária. Medidas do COex e da cotinina (urinária, sérica ou salivar) são úteis na avaliação e no seguimento do fumante e devem ser utilizadas, quando disponíveis.

AVE: Acidente Vascular Encefálico; MAO: Monoaminoxidase; IAM: Infarto Agudo do Miocárdio; COex: monóxido de carbono no ar expirado.

Fonte: REICHERT, 2008.

Um dos questionários mais usados para avaliar o grau de dependência à nicotina é o teste de Fagerström, que estima pacientes que podem apresentar mais sintomas de abstinência e auxilia na escolha do tratamento farmacológico.

Quadro 3 – Teste de Fagerström para a dependência à nicotina

1. Quanto tempo após acordar você fuma seu primeiro cigarro?

(3) nos primeiros 5 minutos

(2) de 6 a 30 minutos

(1) de 31 a 60 minutos

(0) mais de 60 minutos

2. Você acha difícil não fumar em lugares proibidos?

(1) sim

(0) não

3. Qual o cigarro do dia que traz mais satisfação?

(1) o 1º da manhã

(0) os outros

4. Quantos cigarros você fuma por dia?

(0) menos de 10

(1) 11-20

(2) 21-30

(3) mais de 31

5. Você fuma mais frequentemente pela manhã?

(1) sim

(0) não

6. Você fuma mesmo doente, quando precisa ficar acamado a maior parte do tempo?

(1) sim

(0) não

Total: 0-2 = muito baixa; 3-4 = baixa; 5 = média; 6-7 = elevada; 8-10 = muito elevada

Fonte: REICHERT, 2008.

A avaliação do grau de motivação é importante para estabelecer a melhor abordagem para cada estágio do paciente.

Quadro 4 – Estágios de motivação de Prochaska e DiClemente

Pré-contemplação: nega que exista um problema e não vê necessidade de mudar. Devem ser estimulados a pensar em parar com o tabaco.

Contemplação: admite o problema, mas não se mobiliza para mudar.

Preparação: começa a pensar em estratégias para parar de fumar.

Ação: toma atitude para mudar o comportamento. Deve estimular uma data para a parada.

Manutenção: trabalha para prevenir recaídas.

Fonte: (REICHERT et al., 2008).

Os tratamentos preconizados para o tabagismo podem ser descritos das seguintes formas (REICHERT et al., 2008):

- Terapia comportamental cognitiva (TCC): deve ser realizada tanto nos pacientes que não têm indicação de terapia farmacológica quanto nos indivíduos que irão ter auxílio medicamentoso. As sessões devem ter frequência semanal no 1º mês e depois quinzenal por 2 meses, em seguida mensal até completar 1 ano. Como apoio para o desenvolvimento de cada uma das sessões, o profissional de saúde possui como base o Manual do Coordenador, já para os tabagistas, há o Manual do

Participante com orientações para auxiliá-los nesse processo de tratamento. Esses materiais estão disponíveis nas unidades de saúde.

- Medicamentoso: Os fármacos de primeira linha são a terapia de reposição de nicotina (TRN), bupropiona e a vareniclina, os dois primeiros são disponibilizados pelo SUS e, portanto, os abordados neste trabalho. A TRN é composta por adesivos, goma e pastilhas, possuem o objetivo de substituir a nicotina do cigarro por doses menores, diminuindo os sintomas de abstinência. Deve-se parar de fumar assim que iniciar a TRN.
- As contraindicações são: pacientes com arritmias e angina grave. Também usar com cautela em pacientes hipertensos e naqueles com angina leve/moderada.

Quadro 5 - Aconselhamento estruturado/Abordagem Intensiva

Sessão 1: Entender por que se fuma e como isso afeta a saúde.
Nesta sessão serão desenvolvidas orientações sobre os aspectos do tabagismo; ambivalência do fumante em parar ou continuar fumante; métodos para deixar de fumar; as principais substâncias contidas na fumaça do produto e seus prejuízos à saúde; Também serão abordadas tarefas para que o paciente: identifique e mensure sua dependência física e psicológica; pense numa data e o método que usará futuramente para deixar de fumar e apresentará na sessão 2, objetivando organização de seu processo de cessação.
Sessão 2: Os primeiros dias sem fumar.
Nesta sessão serão conduzidas discussões sobre viver os primeiros dias sem fumar, síndrome de abstinência e estratégias para superá-la, exercícios de respiração e relaxamento, definição de assertividade e sua relação com o parar de fumar, o que são e quais as contribuições do pensamento construtivo diante dos sintomas da abstinência, motivação, tarefas estimulando-o a efetivar a cessação na data e método escolhidos para deixar de fumar e trazer o resultado na próxima sessão.
Sessão 3: Como vencer os obstáculos para permanecer sem fumar.
Nesta sessão o indivíduo será estimulado a identificar os benefícios físicos obtidos após parar de fumar, descrição das causas e estratégias para lidar com o ganho de peso que se segue ao parar de fumar, álcool e sua relação com o parar de fumar, importância do apoio

interpessoal para continuar sem fumar. Também serão apresentadas tarefas envolvendo leituras e estímulo à prática dos exercícios de relaxamento e dos procedimentos práticos para lidar com a fissura.
Sessão 4: Benefícios obtidos após parar de fumar.
Nesta sessão, após a definição pelo coordenador sobre os benefícios indiretos em parar de fumar, o indivíduo é estimulado a apresentar alguns exemplos desses benefícios. O coordenador aborda então as principais armadilhas evitáveis para permanecer sem fumar, os benefícios a longo prazo obtidos com o parar de fumar, planos de acompanhamento para prevenção da recaída. Também faz parte dessa sessão a orientação aos que não conseguiram parar de fumar.
2 sessões quinzenais, iniciando a fase de manutenção da abstinência.
O teor das sessões de manutenção não mais será estruturado, pois o objetivo fundamental é conhecer as dificuldades e estratégias de cada fumante para permanecer sem fumar e auxiliá-lo com orientações.
1 sessão mensal aberta, para prevenção de recaída, até completar 1 ano.
Assim como nas sessões de manutenções quinzenais, as sessões de manutenção mensal não são estruturadas, e seu teor permanece conhecer as dificuldades e estratégias de cada fumante para permanecer sem fumar, orientar e fortalecer a decisão de permanecer sem fumar.

Fonte: MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2020.

Quadro 6 - Posologia do adesivo de nicotina

<p>Pacientes com escore do teste de Fagerström entre 8 a 10, e/ou fumante de mais de 20 cigarros por dia, utilizar o seguinte esquema:</p> <ul style="list-style-type: none"> • semana 1 a 4: adesivo de 21 mg a cada 24 horas • semana 5 a 8: adesivo de 14 mg a cada 24 horas • semana 9 a 12: adesivo de 7 mg a cada 24 horas <p>Pacientes com escore do teste de Fagerström entre 5 a 7, e/ou fumante de 10 a 20 cigarros por dia e fumam seu 1º cigarro nos primeiros 30 minutos após acordar, utilizar o seguinte esquema:</p> <ul style="list-style-type: none"> • semana 1 a 4: adesivo de 14 mg a cada 24 horas
--

- semana 5 a 8: adesivo de 7 mg a cada 24 horas

Fonte: (REICHERT et al., 2008).

A Bupropiona é um medicamento antidepressivo atípico de ação lenta. Tem como contraindicação o aumento do risco de convulsões. A posologia recomendada é de se iniciar o tratamento sete dias antes de parar de fumar com a dose de 150mg/dia durante três dias e em seguida acrescenta mais uma dose de 150mg às 16 horas por 12 semanas. Em idosos, na insuficiência hepática e renal a dose recomendada é 150mg/dia. Para se obter mais chance de sucesso, existe a possibilidade de usar terapia combinada, como adesivo de nicotina mais goma ou adesivo de nicotina mais Bupropiona (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2001).

6 PLANO DE INTERVENÇÃO

Essa proposta refere-se ao problema priorizado tabagismo, para o qual se registram uma descrição do problema selecionado tabagismo, a explicação e a seleção de seus nós críticos.

6.1 Descrição do problema selecionado (terceiro passo)

O tabaco já passou por vários momentos na história, seu uso é milenar, já esteve relacionando a status social e já a um tempo, foi identificado como um importante fator de risco para diversos agravos de saúde.

A UBS São Francisco possui 2607 pessoas cadastradas, destas, 2009 possuem mais de 19 anos e destes 159 são tabagistas. Além dessas pessoas cadastradas, também fazemos atendimento de qualquer pessoa de qualquer área rural do Município de Rio Paranaíba, entretanto, a maioria desta população não está adequadamente cadastrada.

No Brasil já se mudou a visão cultural do cigarro, sendo praticamente unanimidade das pessoas que reconhecem os problemas causados pelo mesmo. Isso se deve muito as medidas de combate ao tabagismo que o Brasil adotou, sendo um exemplo para o mundo. O Brasil foi o segundo país do mundo a implementar todas as seis medidas de controle do tabagismo propostas pela OMS, que são: monitorar o uso de tabaco, proteger a população contra a fumaça, oferecer ajuda para a cessação do fumo, advertir sobre os perigos do tabaco, aumentar os impostos sobre o produto e proibir publicidade sobre o tema (WHO, 2019).

O tratamento para cessar o tabagismo apresenta alto custo-efetividade, o que torna essencial políticas de incentivo e o preparado da rede de saúde para fornecer o tratamento quando oportuno.

6.2 Explicação do problema selecionado (quarto passo)

Compreendemos que esse problema está ocorrendo em nosso território principalmente pela omissão por parte da equipe de saúde. Como a UBS apresenta alta rotatividade dos profissionais de saúde, no último ano, não foi elaborado um plano para enfrentar o tabagismo. Além da UBS São Francisco, as outras unidades

do Município de Rio Paranaíba apresentam semelhante realidade, o que pode evidenciar uma falta de coordenação para enfrentar tal problema.

O município possui medicação disponível e a área adscrita possui fumantes com interesse em cessar o uso, o que falta é os profissionais de saúde se conscientizarem, se capacitarem e enfrentar o problema.

Outro motivo identificado é que a partir do momento que iniciarmos um grupo de tabagismo na UBS São Francisco isso pode servir de incentivo para as outras UBS também iniciarem o enfrentamento do tabagismo em suas áreas.

6.3 Seleção dos nós críticos (quinto passo)

- Conscientização da equipe sobre a falta de enfrentamento ao tabagismo.
- Capacitação da equipe para combater o problema.
- Orientação dos tabagistas sobre os efeitos maléficos do fumo e os benefícios do cessar.

6.4 Desenho das operações sobre nó crítico – operações, projeto, resultados e produtos esperados, recursos necessários e críticos (sexto passo) e viabilidade e gestão (7º a 10º passo)

Os passos sexto a décimo são apresentados nos quadros seguintes, separadamente para cada nó crítico.

Os quadros mostram o desenho das operações – para cada causa selecionada como “nós críticos”, as operações, projeto, os resultados esperados, os produtos esperados, os recursos necessários para a concretização das operações (estruturais, cognitivos, financeiros e políticos). Aplica-se a metodologia do Planejamento Estratégico Simplificado (FARIA; CAMPOS; SANTOS, 2018).

Quadro 7 - Desenho das operações e viabilidade e gestão sobre o “nó crítico 1” relacionado ao problema “tabagismo”, na população sob responsabilidade da Equipe de Saúde da Família I, do município Rio Paranaíba, estado de Minas Gerais

Nó crítico 1	Conscientização da equipe sobre a falta de enfrentamento ao tabagismo
Operação	Aumentar o nível de informação da equipe sobre os riscos do tabagismo, as políticas públicas sobre o tema e seus papéis.
Projeto	Saber 1
Resultados esperados	Espera-se que a equipe entenda seu papel e se torne proativa no enfrentamento do tabagismo. Nível de informação da equipe estabelecido e estratégias definidas.
Produtos esperados	Reunião com equipe explicando as políticas públicas de combate ao tabagismo historicamente implantadas no Brasil.
Recursos necessários	Cognitivo: conhecimento sobre o tema e estratégias pedagógicas. Financeiro: zero. Político: articulação intersetorial.
Viabilidade do plano - recursos críticos	Cognitivo: observação do dia a dia da UBS e conhecimento sobre o tema. Político: Gestor da UBS e Secretaria Municipal de Saúde favoráveis. Financeiro: zero.
Controle dos recursos críticos - ações estratégicas	Médico e enfermeira. Ações estratégicas: realização de reunião em equipe
Acompanhamento do plano - responsáveis e prazos	Médico e enfermeira. Prazo: 3hs,
Gestão do plano: monitoramento e avaliação das ações	Nível de informação da equipe sobre o papel da equipe de saúde no manejo do tabagismo após reunião, dentro de três meses. Capacitação da equipe para combater o problema em uma reunião, realizada dentro desse tempo de três meses. Implantação do projeto propriamente dito em até três meses. Realização do grupo de tabagismo em quatro sessões e avaliação dos resultados obtidos.

Fonte: Próprio autor (2020)

Quadro 8 - Desenho das operações e viabilidade e gestão sobre o “nó crítico 2” relacionado ao problema “Tabagismo”, na população sob responsabilidade da Equipe de Saúde da Família I, do município Rio Paranaíba, estado de Minas Gerais

Nó crítico 2	Capacitação da equipe para combater o problema
Operações	Capacitar ACS a identificar tabagistas na fase motivacional de contemplação. Capacitar médico e enfermagem a conduzir um grupo de tabagismo.
Projeto	Saber 2
Resultados esperados	Nível de informação da equipe estabelecido, capacitada para identificar tabagistas na fase de contemplação motivacional. Médicos e enfermeiros inteirados sobre o manejo de um grupo de tabagismo.
Produtos esperados	Reunião em equipe expondo as diretrizes do combate ao tabagismo.
Recursos necessários	Cognitivo: conhecimento sobre o tema e estratégias pedagógicas. Financeiro: zero. Político: organização da agenda.
Viabilidade do plano - recursos críticos	Cognitivo: Político: articulação intersetorial. Financeiro: zero.
Controle dos recursos críticos - ações estratégicas	Médico e enfermeira.
Acompanhamento do plano - responsáveis e prazos	Médico e enfermeira. Prazo: 2 semanas
Gestão do plano: monitoramento e avaliação das ações	Capacitação da equipe para combater o problema em uma reunião. Levantamento dos tabagistas aptos para o grupo dentro de três meses. Realização do grupo de tabagismo em quatro sessões e avaliação dos resultados obtidos.

Fonte: Próprio autor (2020)

Quadro 9 - Desenho das operações e viabilidade e gestão sobre o “nó crítico 3” relacionado ao problema “Tabagismo”, na população sob responsabilidade da Equipe de Saúde da Família I, do município Rio Paranaíba, estado de Minas Gerais

Nó crítico 3	Orientação dos tabagistas sobre os efeitos maléficos do fumo e os benefícios do cessar
Operação	Iniciar grupo de tabagismo com quatro sessões com orientações sobre o fumo, terapia cognitiva comportamental e tratamento medicamentoso.
Projeto	Fumo não mais
Resultados esperados	Espera-se que em média 71,8% dos participantes permaneçam até a 4ª sessão e que 50% dos participantes não estejam fumando na 4ª sessão.
Produtos esperados	Realização de grupo de tabagista com fumantes no mínimo na fase de contemplação com quatro sessões.
Recursos necessários	Cognitivo: conhecimento sobre o tema e estratégias pedagógicas. Financeiro: adesivos de nicotina de 21mg, 14mg e 7mg, além de Bupropiona 150mg. Político: organização da agenda.
Viabilidade do plano - recursos críticos	Cognitivo: equipe de saúde com conhecimento técnico, motivadas e disponíveis para o projeto. Político: gestor da UBS e Secretaria Municipal de Saúde favoráveis. Financeiro: medicamentos já disponíveis gratuitamente pelo SUS na farmácia municipal.
Controle dos recursos críticos - ações estratégicas	Médico e enfermeira. Ações estratégicas: realização de grupo de tabagistas com sessões estruturadas.
Acompanhamento do plano - responsáveis e prazos	Médico e enfermeira. Prazos: 4 semanas.
Gestão do plano: monitoramento e avaliação das ações	As reuniões devem ser avaliadas pelo coordenador e observador do grupo; avaliações durante os 4 encontros semanais. Ao final dos 4 encontros, espera-se que 50% dos participantes tenham parado de fumar.

Fonte: Próprio autor (2020)

7 CONSIDERAÇÕES FINAIS

O Brasil, através das políticas públicas, possui muitos avanços ao longo das últimas décadas com redução da prevalência do tabagismo e sua morbimortalidade relacionada. Entretanto, ainda existem muitas equipes de saúde não capacitadas para essa abordagem, fazendo necessário proatividade dos profissionais de saúde para identificar os problemas relevantes de sua área e oferecer acompanhamento apropriado.

Com essa proposta de intervenção, espera-se aumentar a qualidade de atendimento à população da UBS São Francisco exercendo entre outras atribuições, seu importante papel de prevenção de fatores de risco e promoção da saúde a partir da capacitação de toda a equipe e implementação de um projeto sólido de enfrentamento ao tabagismo.

O resultado final de um indivíduo conseguir cessar o fumo é fruto da contribuição de diversos profissionais, iniciando com os gestores aderindo ao Programa Nacional de Controle ao Tabagismo para obtenção de medicamentos, aos agentes comunitários de saúde com busca ativa de tabagistas e aos coordenadores do grupo, por exemplo; não se podendo esquecer do trabalho preventivo com todas as faixas etárias que deve ser feito.

Diminuindo a prevalência do tabagismo, obtém-se benefícios imediatos, a médio e longo prazo, com ganho de qualidade de vida, benefícios econômicos e anos de vida, com impacto no indivíduo, na coletividade e no sistema de saúde.

REFERENCIAS

BRASIL. **Decreto n. 8.262, de 31 de maio de 2014**. Altera o Decreto nº 2.018, de 1º de outubro de 1996, que regulamenta a Lei nº 9.294, de 15 de julho de 1996. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/Ato2011-2014/2014/Decreto/D8262.htm>. Acesso em: 26 set. 2020.

BRASIL. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. **IBGE Cidades**. Brasília, 2019. Disponível em: <https://cidades.ibge.gov.br/>. Acesso em: 11 out. 2019.

BRASIL. **Lei n. 9.294, de 15 de julho de 1996**. Dispõe sobre as restrições ao uso e à propaganda de produtos fumíferos, bebidas alcoólicas, medicamentos, terapias e defensivos agrícolas, nos termos do § 4º do art. 220 da Constituição Federal. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l9294.htm>. Acesso em 26 set. 2020.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. **Estratégias para o cuidado da pessoa com doença crônica: o cuidado da pessoa tabagista**. Brasília, Ministério da Saúde, 2015. (Cadernos da Atenção Básica, n. 40).

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa. **Vigitel Brasil 2019: vigilância de fatores de risco e proteção para doenças crônicas por inquérito telefônico**. Brasília, Ministério da Saúde, 2020.

FARIA, H. P.; CAMPOS, F. C. C.; SANTOS, M. A. **Planejamento avaliação e programação das ações em saúde**. Belo Horizonte: Nescon/UFMG, 2018.

JOSÉ, B. P. S. et al. Mortalidade e incapacidade por doenças relacionadas à exposição ao tabaco no Brasil, 1990 a 2015. **Revista Brasileira de Epidemiologia**, [s.l.], v.20, supl.1, p. 75-89, mai. 2017. Disponível em: <https://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1415-790X2017000500075>. Acesso em: 11 ago. 2020.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. Instituto Nacional do Câncer, Coordenação de Prevenção e Vigilância, **Consenso sobre Abordagem e Tratamento do Fumante**, 2001. Disponível em: <https://www.inca.gov.br/publicacoes/livros/abordagem-e-tratamento-do-fumante-consenso>. Acesso em: 03 outubro 2020.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas do Tabagismo**. Brasília – DF, 2020. Disponível em: <<http://portalms.saude.gov.br/protocolos-e-diretrizes>>. Acesso em: 21 agosto 2020.

OLIVEIRA, G. M. M. et al. Recomendações de 2019 para a redução do consumo de tabaco nos países de língua portuguesa. **Revista Portuguesa de Cardiologia**, v.112, n.4, apr. 2019.

Organização Mundial da Saúde. CID-10 Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados à Saúde. 10ª rev. São Paulo: Universidade de São Paulo; 1997. vol 1 e 2.

PREFEITURA MUNICIPAL DE RIO PARANAÍBA. Disponível em: <<http://www.rioparanaiba.mg.gov.br/>>. Acesso em: 04 ago 2020.

REICHERT, J. et al. Diretrizes para Cessação do Tabagismo - 2008. **Jornal Brasileiro de Pneumologia**, v. 34, n.10, p. 845-880, 2008.^[1]_[SE]

SECRETARIA DE ESTADO DE SAÚDE DE MINAS GERAIS. **Portal da Vigilância em Saúde**. Disponível em: <<http://vigilancia.saude.mg.gov.br/index.php/informacoes-de-saude/informacoes-de-saude-tabnet-mg/>>. Acesso em: 11 Out. 2019.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **WHO report on the global tobacco epidemic, 2019. Offer help to quit tobacco use**. Disponível em: <https://www.who.int/tobacco/global_report/en/> Acesso em: 04 nov. 2019.