

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

ARIADNE MARIA DIAS DA SILVA

**PLANO DE INTERVENÇÃO PARA REDUZIR O ÍNDICE DE
TABAGISTAS NOS USUÁRIOS ASSISTIDOS PELA EQUIPE DA
ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA DE COQUEIRO DA CIDADE DE
PINTÓPOLIS – MINAS GERAIS**

MONTES CLAROS/ MINAS GERAIS

2019

ARIADNE MARIA DIAS DA SILVA

**PLANO DE INTERVENÇÃO PARA REDUZIR O ÍNDICE DE
TABAGISTAS NOS USUÁRIOS ASSISTIDOS PELA EQUIPE DA
ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA DE COQUEIRO DA CIDADE DE
PINTÓPOLIS – MINAS GERAIS**

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

Orientadora Professora Dr^a Isabel Aparecida Porcatti de Walsh

MONTES CLAROS /MINAS GERAIS

2019

ARIADNE MARIA DIAS DA SILVA

**PLANO DE INTERVENÇÃO PARA REDUZIR O ÍNDICE DE
TABAGISTAS NOS USUÁRIOS ASSISTIDOS PELA EQUIPE DA
ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA DE COQUEIRO DA CIDADE DE
PINTÓPOLIS – MINAS GERAIS**

Banca examinadora

Professora Dr^a Isabel Aparecida Porcatti de Walsh – UFTM

Professora Dra. Matilde Meire Miranda Cadete- UFMG

Aprovado em Belo Horizonte, em 21 de outubro de 2019



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 da aluna **ARIADNE MARIA DIAS DA SILVA** intitulado “PLANO DE INTERVENÇÃO PARA REDUZIR O ÍNDICE DE TABAGISTAS NOS USUÁRIOS ASSISTIDOS PELA EQUIPE DA ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA DE COQUEIRO DACIDADE DE PINTÓPOLIS – 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. ISABEL APARECIDA PORCATTI DE WALSH e Profa. Dra. MATILDE MEIRE MIRANDA CADETE. O TCC foi aprovado com a nota 80.

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, 14 de dezembro de 2020.

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 14/12/2020, às 15:17, conforme horário oficial de Brasília, com fundamento no art. 6º, § 1º, do [Decreto nº 8.539, de 8 de outubro de 2015](#).



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 **0474928** e o código CRC **38CCD557**.

RESUMO

O tabagismo está inserido na Décima Revisão da Classificação Internacional de Doenças (CID-10), no grupo dos transtornos mentais e de comportamento decorrentes do uso de substância psicoativa. A partir do diagnóstico situacional da Estratégia Saúde da Família de Coqueiro em Pintópolis, o tabagismo foi considerado pela equipe de saúde como o problema prioritário, de grande urgência e cabível de enfrentamento, devido sua alta taxa de prevalência na população adscrita com elevado potencial de malefícios e danos à saúde dos indivíduos, além do comprometimento psicossocial gerado pela dependência ao tabaco. O objetivo deste trabalho foi elaborar um plano de intervenção com o intuito de reduzir o número de usuários tabagistas na área de abrangência da Estratégia Saúde da Família de Coqueiro. Para atender ao proposto neste trabalho foi realizada uma revisão da literatura sobre temas relacionados ao tabagismo através da pesquisa em sites do Ministério da Saúde e do Instituto Nacional do Câncer e Tratado de Medicina de Família e Comunidade. A busca de materiais que compõem este trabalho se deu por meio dos descritores: Tabagismo, Estratégia Saúde da Família, Atenção Primária à Saúde. A partir da explicação do problema, foram levantados os nós críticos para elaboração de um plano de ação entendida como uma forma de sistematizar propostas de solução para o enfrentamento do problema em questão. Foram propostas as seguintes ações: Rastreamento e mapeamento dos indivíduos tabagistas, modificação dos hábitos e estilos de vida, atuação de equipe multidisciplinar no atendimento e acompanhamento do paciente tabagista e realização de grupo operativo. Espera-se que a implantação desse plano de intervenção, por meio da abordagem e o tratamento das pessoas tabagistas a ser realizado dentro do território tenha impacto significativo na cessação do tabagismo, melhorando a saúde e a qualidade de vida do usuário e reduzindo as morbimortalidades causadas pelo tabaco.

Palavras-chave: Tabagismo. Estratégia Saúde da Família. Atenção Primária à Saúde.

ABSTRACT

Smoking is included in the Tenth Revision of the International Classification of Diseases (ICD-10), in the group of mental and behavioral disorders resulting from psychoactive substance use. From the situational diagnosis of the Coqueiro Family Health Strategy in Pintópolis, smoking was considered by the health team as the priority problem, of great urgency and appropriate coping, due to its high prevalence rate in the population with high potential for harm and damage to the health of individuals, in addition to the psychosocial impairment generated by tobacco dependence. The objective of this work was to elaborate an intervention plan in order to reduce the number of smoking users in the coverage area of the Coqueiro Family Health Strategy. To meet the proposal in this paper, a literature review was conducted on topics related to smoking through research on websites of the Ministry of Health and the National Cancer Institute and Treaty of Family and Community Medicine. The search for materials that compose this work was through the descriptors: Smoking, Family Health Strategy, Primary Health Care. From the explanation of the problem, the critical nodes were raised to elaborate an action plan understood as ways systematize proposals for solutions to address the problem at hand. The following actions were proposed: Tracking and mapping of smokers, modification of habits and lifestyles, multidisciplinary team acting in the care and follow-up of smokers and operating group. The implementation of this intervention plan through the approach and treatment of smokers to be carried out within the territory is expected to have a significant impact on smoking cessation, improving the user's health and quality of life and reducing the morbidity and mortality caused by tobacco.

Keywords: Tobacco Use Disorder. Family Health Strategy. Primary Health Care.

SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO.....	6
1.1	Aspectos gerais do município.....	6
1.2	Aspectos da comunidade.....	7
1.3	O sistema municipal de saúde.....	9
1.4	A ESF de Coqueiro.....	11
1.5	A Equipe de Saúde da Família Coqueiro.....	12
1.6	O funcionamento da Unidade de Saúde da Equipe da ESF Coqueiro.....	12
1.7	O dia a dia da equipe Coqueiro.....	12
1.8	Estimativa rápida: problemas de saúde do território e da comunidade (primeiro passo).....	14
1.9	Priorização dos problemas - a seleção do problema para plano de intervenção (segundo passo).....	14
2	JUSTIFICATIVA.....	17
3	OBJETIVOS.....	18
3.1	Objetivo geral.....	18
3.2	Objetivos específicos.....	18
4	METODOLOGIA.....	19
5	REVISÃO BIBLIOGRÁFICA.....	21
5.1	Tabagismo: definição e epidemiologia.....	21
5.2	Complicações.....	23
5.3	Programa de cessação tabágica ou Controle do tabagismo.....	24
5.3.1	Entrevista motivacional.....	24
5.3.2	Avaliação do grau de dependência à nicotina.....	25
5.3.3	Abordagem cognitivo comportamental.....	26
5.3.4	Abordagem farmacológica.....	27
6	PLANO DE INTERVENÇÃO.....	29
6.1	Descrição do problema selecionado (terceiro passo).....	29
6.2	Explicação do problema selecionado (quarto passo).....	29
6.3	Seleção dos nós críticos (quinto passo).....	30
6.4	Desenho das operações (sexto passo).....	31
7	CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	35
	REFERÊNCIAS.....	36
	ANEXO 1.....	37

1 INTRODUÇÃO

1.1 Aspectos gerais do município

A cidade de Pintópolis está situada na região Norte do estado de Minas Gerais que se estende por 1.228,736 km² e localizada a uma altitude de 480 metros acima do nível do mar e distante 615 km da capital mineira. A cidade de Pintópolis fica a 45 km de São Francisco e a 78 km de Urucuaia, que são os municípios mais próximos. Sua população estimada gira em torno de 7.507 habitantes (IBGE, 2019).

O município foi criado pela lei estadual nº 12.030, de 21 de dezembro de 1995, desmembrando-se da cidade de Urucuaia. Instalado em 1/1/1997, em divisão territorial datada de 15/7/1997, criou-se o distrito de Vila Acari, anexo ao município de Pintópolis, assim permanecendo tal divisão territorial até a data de 2007 (IBGE, 2017).

Seu nome é em homenagem ao fundador da cidade, Germano Pinto, dono de terras no local, incentivador do desenvolvimento da região, e que forneceu auxílio para a construção de casas e desenvolvimento do comércio local (PINTÓPOLIS, 2017).

De acordo com dados da Secretaria Municipal de Saúde (PINTÓPOLIS, 2017), a renda do município concentra-se principalmente na extração de carvão vegetal, agricultura e pecuária de gado de leite e corte. O município possuía 990 agricultores familiares em 2006, que correspondia a 90% dos seus produtores. Esses agricultores familiares acessavam 42% da área, ocupavam 91% da mão-de-obra do setor e participavam com 76% do valor da produção agropecuária municipal. Atualmente se tem 975 agricultores familiares cadastrados com DAP (Declaração de Aptidão ao PRONAF) no município. A maior parte da população se concentra e reside em comunidades rurais.

A principal festa regional comemora o dia da padroeira e o aniversário da cidade, realizada no mês de agosto. Para as atividades de lazer o município conta com atividades esportivas realizadas em três quadras poliesportivas na zona urbana. Possui um Centro Comunitário da Igreja Católica, com as entidades assistenciais: Pastoral da Criança e da Saúde; Um Centro de Referência da Assistência Social - CRAS; Um Sindicato dos Trabalhadores Rurais; Três Associações de Moradores; Trinta e duas Associações Comunitárias; Um Conselho de Saúde; Um Conselho de

Assistência Social; Um Conselho Municipal dos Direitos da Criança e do Adolescente; Um Conselho Tutelar e Um Conselho de Educação.

1.2 Aspectos da comunidade

Coqueiro é uma comunidade com cerca de 1.300 habitantes localizada na zona rural de Pintópolis formada principalmente por trabalhadores rurais através da agricultura familiar de subsistência, sendo esta a principal fonte de renda da região. A área adscrita possui uma população de baixa renda, sendo a média domiciliar *per capita* de R\$ 259,04 (PINTÓPOLIS, 2017).

A população possui baixa escolaridade e a taxa de analfabetismo é alta principalmente nos indivíduos acima dos 40 anos, sendo de 27,2% na faixa etária entre 40 a 59 anos chegando a 58,6% nos indivíduos acima dos 80 anos. A média da taxa de analfabetismo da população total é de 17,7% (MINAS GERAIS, 2019).

A comunidade não possui coleta de lixo, o mesmo é queimado pelos moradores em suas propriedades. A maioria das residências possui saneamento básico, porém em algumas áreas mais distantes ainda existem casas que utilizam do sistema de fossas, não possuem energia elétrica e nem água encanada, sendo utilizado para abastecimento local água das chuvas, poços artesianos e rios. A comunidade possui ainda área de assentamento e algumas moradias bastante precárias (MINAS GERAIS, 2019).

Acerca dos aspectos epidemiológicos da população da área de abrangência da Estratégia Saúde da Família (ESF) de Coqueiro, observa-se que o maior percentual da população apresenta doenças crônicas como a hipertensão arterial, doenças respiratórias, diabetes e sofrimento mental. O tabagismo e o uso de bebida alcoólica também são condições de saúde bastante prevalentes na população adscrita. Ilustrando as afirmativas retro expostas, visualiza-se a análise do quadro a seguir:

Quadro 1 – Dados epidemiológicos da ESF de Coqueiro, 2019

Condição de Saúde	Quantitativo (nº)
Gestantes	10
Hipertensos	237
Diabéticos	27

Pessoas com doenças respiratórias (asma, DPOC, enfisema, outras).	37
Pessoas que tiveram AVC	04
Pessoas que tiveram infarto	07
Pessoas com doença cardíaca	14
Pessoas com doença renal (insuficiência renal, outros).	04
Pessoas com hanseníase	03
Pessoas com tuberculose	00
Pessoas com câncer	08
Pessoas com sofrimento mental	16
Acamados	04
Fumantes	82
Pessoas que fazem uso de álcool	42
Usuários de drogas	08

Fonte: Cadastro da população da área de abrangência, 2019.

Em relação aos dados demográficos identificados no cadastramento da população adscrita, evidencia-se um maior número de indivíduos adultos dentro da faixa etária de 20 a 59 anos correspondendo a, aproximadamente, 48% da população total da área de abrangência da ESF de Coqueiro.

Quadro 2 – Dados demográficos da ESF de Coqueiro, 2019

FAIXA ETÁRIA/ANO	MASCULINO	FEMININO	TOTAL
< 1	09	05	14
1-4	25	25	50
5-14	89	89	178
15-19	60	66	126
20-29	87	70	157
30-39	94	74	168
40-49	76	67	143
50-59	74	57	131
60-69	76	61	137
70-79	61	50	111
≥ 80	24	26	50
TOTAL	675	590	1.265

Fonte: Cadastro da população da área de abrangência, 2019.

Em relação às principais causas de óbito da população adscrita, segundo dados apresentados pela Secretária Municipal de Saúde (PINTÓPOLIS, 2017) predominam as doenças cardiovasculares, cerebrovasculares e neoplasias. No que concerne à morbidade hospitalar, as principais causas de internação são gravidez, parto, puerpério, causas externas e doenças do aparelho respiratório. Dentre as doenças de notificação mais prevalentes se observa os casos de acidentes por animais peçonhentos, dengue e hanseníase.

1.3 O sistema municipal de saúde

Na Atenção Primária à Saúde, o município de Pintópolis possui uma Unidade Básica de Saúde (UBS) no centro da cidade, duas unidades ESF situadas na zona rural, uma unidade ESF situada na zona urbana, duas equipes de Saúde Bucal (ESB) modalidade I, um Polo do Programa Academia da Saúde e dois laboratórios de análises clínicas, sendo um de âmbito público e outro privado.

O município dispõe de seis carros e dois ônibus da saúde que realizam o transporte dos pacientes que necessitam de tratamento em outra localidade. O município ainda conta com o Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU).

A cidade é contemplada com o Programa Farmácia para Todos através da Secretaria de Estado de Saúde (SES) e dispõe de uma unidade financiada convencional que é responsável pela assistência farmacêutica e fornecimento de medicamentos e insumos gratuitos estabelecidos pelo SUS.

No que diz respeito aos recursos humanos destinados à gestão da saúde, o município dispõe de 20 agentes comunitários de saúde (ACS), três enfermeiros, quatro médicos, um fisioterapeuta, dois dentistas, dois farmacêuticos, 12 auxiliares de enfermagem e dois atendentes de consultório dentário. Tais profissionais exercem suas atividades laborais com carga horária de 40 horas semanais, atuando das 7h às 11h e 13h às 17h, e realizam 2h de intervalo intrajornada. Além dos profissionais citados o município possui cinco agentes ambientais para o controle de endemias e quatro fiscais sanitários.

Contudo, jornadas laborais diferenciadas são exercidas pelos técnicos de enfermagem plantonistas, uma vez que o município não possui enfermeiros nem médicos plantonistas no período noturno de segunda à quinta-feira. O município oferece atendimento especializado com médico ginecologista mensalmente.

No que se refere ao Sistema Logístico, o usuário tem sua identificação através do seu Cartão Nacional do SUS, possui seu sistema de acesso e transporte regulado à atenção, porém não conta com um prontuário clínico informatizado.

A UBS é responsável pelo atendimento dos quadros agudos e funciona no mesmo local que a ESF urbana constituindo uma Unidade Mista de Saúde. As ESFs fornecem total cobertura da população do município.

Em relação à atenção de média e alta complexidade, o município de Pintópolis não fornece atendimento nestes níveis de saúde. Atividades assistenciais nas especialidades médicas, atendimentos de urgência e emergência e internações compreendem o sistema de referência e contrarreferência que é articulado por meio da Programação Pactuada e Integrada (PPI) e pelo Consórcio Intermunicipal de Saúde (CISNORTE) e prestado pelos municípios de São Francisco, Brasília de Minas e Montes Claros, os quais oferecem atendimentos de média e alta complexidade, tais como: Hospitais, Centro Viva Vida, Hiperdia e Centro Mais Vida.

A principal referência para encaminhamento das urgências e emergências do município é o Hospital Dr. Brício de Castro, no município de São Francisco. Não sendo possível realizar o atendimento neste hospital, é feito o encaminhamento subsequente para o Hospital Nossa Senhora Sant'Ana, no município de Brasília de Minas ou para o município de Montes Claros, de acordo com vaga disponibilizada pelo SUS-Fácil.

O SAMU, que conta com a Unidade de Suporte Básico (USB), tem por finalidade prover o atendimento pré-hospitalar e realizar o transporte da população nos casos de urgência. Os veículos da saúde são responsáveis pelo deslocamento da equipe de saúde para o atendimento das zonas rurais e pelo transporte dos pacientes para consulta, realização de exames e tratamento nos municípios de referência.

Como serviço de apoio diagnóstico em patologia clínica, o município utiliza o Laboratório Regional, em Brasília de Minas. Os serviços de apoio diagnóstico por imagem são: Radiografias e ultrassonografias pelo SUS: Hospital Dr. Brício de Castro em São Francisco e Hospital Municipal Senhora Sant'Ana em Brasília de Minas; Tomografias: em Montes Claros e Brasília de Minas; Mamografias: CAE-Brasília de Minas.

No que se refere aos principais problemas relacionados ao Sistema Municipal de Saúde, observa-se: Ausência de NASF para fornecer suporte as ESFs do

município; Ausência de atendimento médico em diversas especialidades, uma vez que o município só fornece o atendimento com médico ginecologista; Ausência de prontuário eletrônico; Dificuldade em estabelecer a contrarreferência que interfere na integralidade do serviço; Baixo número de consultas e exames especializados destinados à população, o que não atende a demanda e ocasiona longa espera pelo atendimento, levando, muitas vezes, os usuários a buscarem atendimento em clínicas particulares no Município de Brasília de Minas e Montes Claros; Baixa cota de exames laboratoriais que também tem gerado grandes transtornos à população uma vez que, o Laboratório Regional não está atendendo toda a demanda, tendo a necessidade de priorizar a cota para atender as gestantes e pacientes portadores de doenças crônicas.

1.4 A ESF de Coqueiro

A ESF de Coqueiro foi inaugurada no ano de 2013 e está situada na comunidade rural de Coqueiro que se localiza a aproximadamente 15 km do centro de Pintópolis. A Unidade é nova e bem conservada. Sua área pode ser considerada adequada considerando a demanda e a população atendida (1.250 pessoas), o espaço físico é bem aproveitado. A unidade não possui consultório odontológico o que já foi solicitado pela população.

A área destinada à recepção é suficiente para recepcionar e acomodar os pacientes e existe quantidade de assentos que comportam a demanda da unidade inclusive nos horários de pico de atendimento (manhã). Isso favorece o acolhimento, o atendimento humanizado e a satisfação de usuários e profissionais de saúde.

Não existe sala de reuniões, razão pela qual a equipe realiza as reuniões mensais da gestão colegiada na cidade de Pintópolis. As reuniões com a comunidade (os grupos operativos, por exemplo) quando feitas na ESF são realizadas na área da recepção. Quando as reuniões são feitas em outras comunidades rurais adscritas os espaços utilizados são em escolas, igrejas e associações.

Em relação aos problemas evidenciados na unidade de saúde, observa-se: Ausência de sala de reuniões, o que dificulta à realização dos grupos operativos e gestão colegiada; Unidade de saúde de difícil acesso, já que a mesma situa-se distante das comunidades rurais da sua área de abrangência requerendo tempo e esforço dos indivíduos para comparecerem ao local de atendimento; Ausência de

sinal telefônico e internet na unidade o que dificulta o acesso à comunicação; Ausência de consultório odontológico na unidade para realização de consultas e procedimentos relacionados à saúde bucal da população adscrita.

1.5 A Equipe de Saúde da Família Coqueiro

A equipe da ESF de Coqueiro é formada por seis agentes comunitários, um auxiliar de enfermagem, um enfermeiro, um auxiliar de serviços gerais, um médico e um recepcionista. A gestão de saúde fornece transporte diário da equipe de saúde para o atendimento na zona rural devido ao difícil acesso, não há motorista fixo, sendo feito rodízio entre os mesmos.

A respectiva unidade abrange sete comunidades rurais locais, divididas em seis microáreas. As comunidades atendidas são: Coqueiro, Cipó, Lajes, Jatobá, Alvorada, Buriti e Porteiras.

1.6 O funcionamento da Unidade de Saúde da Equipe da ESF Coqueiro

A Unidade de Saúde funciona das 7 horas às 17 horas contabilizando 40 horas semanais, a equipe de saúde realiza 2 h de intervalo intrajornada. Em relação à organização da agenda de trabalho da equipe, duas vezes por semana uma comunidade rural é visitada e nos outros dois dias da semana o atendimento é feito na ESF sede da zona rural de Coqueiro. O horário destinado ao de funcionamento da ESF é suficiente e adequado para atender a demanda populacional da área adscrita.

1.7 O dia a dia da equipe Coqueiro

Em todas as práticas de saúde na ESF é realizado o acolhimento que envolve toda a equipe multidisciplinar sendo uma ação diária exercida a fim de garantir um atendimento integral, humanizado e capaz de manter um vínculo contínuo entre o profissional e o paciente.

O tempo da Equipe Coqueiro está ocupado principalmente com as atividades de atendimento da demanda programada como: pré-natal, puerpério, controle de câncer de mama, ginecológico e de próstata, atendimento a hipertensos e diabéticos.

As visitas domiciliares são agendadas pelos agentes comunitários de saúde e são realizadas pela equipe de saúde nos dias de atendimento à comunidade em que o indivíduo reside após o atendimento daquela região, sendo as visitas incluídas no atendimento programado.

A equipe desenvolve ações de saúde mensais através dos grupos operativos, porém conta com um número pequeno de participantes devido principalmente a dificuldade de acesso ao local da unidade e falta de transporte.

O modelo de atenção da unidade de saúde é integrado, com estratificação de riscos e vulnerabilidades tanto individuais quanto coletivas com abordagem diferenciada nestes casos. O plano de cuidados de cada indivíduo é realizado conjuntamente entre o mesmo e o profissional de saúde, mantendo interação entre ambos e gerando corresponsabilidade do usuário pela sua saúde.

A equipe de saúde realiza reuniões com a participação de toda a equipe multidisciplinar como forma de praticar a gestão colegiada, discutir e reconhecer as necessidades familiares da área adscrita de acordo com o contexto econômico, físico, social e cultural em que vivem, considerando o indivíduo como sujeito da atenção em todos os seus aspectos.

É feito o levantamento sobre o contexto familiar, surgimento de novos agravos, exposição a ameaças à saúde com o objetivo de planejar e realizar intervenções mais efetivas que melhorem as práticas de saúde. Porém, essas reuniões ainda ocorrem em pequenas quantidades, sendo apenas uma reunião mensal para o planejamento das ações em saúde e educação permanente.

Toda família da área adscrita possui um ACS responsável por seu acompanhamento que estabelece vínculo e favorece a interação da família com a equipe de saúde, além de fornecer informações relevantes e atualizadas sobre a situação vivenciada pelos mesmos.

Em relação à atenção as condições crônicas e agudas, é feito um planejamento da demanda da unidade de acordo com as necessidades da população adscrita, sendo destinado um número de atendimentos diários para resolução dos quadros agudos e garantindo o atendimento e acompanhamento das condições crônicas por meio dos agendamentos, visitas domiciliares grupos operativos e busca ativa.

No que diz respeito aos problemas relacionados à organização do processo de trabalho da equipe de saúde da ESF Coqueiro, percebe-se: Pouca participação

da comunidade nos grupos operativos o que está relacionado com a dificuldade de acesso do local e falta de transporte; Poucas reuniões do colegiado e educação permanente o que interfere no planejamento da equipe e capacitação profissional; Grande rotatividade de funcionários que compromete a longitudinalidade e criação de vínculos entre os profissionais de saúde e a população adscrita.

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

Em relação ao levantamento de dados e avaliação da equipe, a população da área adscrita apresenta como maior percentual dos problemas identificados às doenças crônicas, sendo as mais prevalentes as doenças cardiovasculares, doenças respiratórias e sofrimento mental. O tabagismo e o uso de bebida alcoólica também são condições de saúde bastante comuns na população adscrita.

Outros problemas evidenciados na comunidade são a taxa de analfabetismo alta, principalmente nos indivíduos acima dos 40 anos, ausência de coleta de lixo sendo o mesmo queimado pelos moradores e a dificuldade de acesso à unidade de saúde, já que a mesma situa-se distante das comunidades rurais da sua área de abrangência requerendo tempo e esforço dos indivíduos para comparecerem ao local de atendimento.

Os atendimentos realizados nas outras comunidades rurais adscritas, possuem baixa aceitabilidade por parte da população por serem locais sem estrutura e conforto adequado para realização de consultas como igrejas e escolas.

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

No Quadro 3 a seguir, a equipe realizou a priorização dos problemas nos quais elas consideram mais graves na comunidade, a mesma foi feita com o intuito de identificar o problema mais grave para a elaboração de um plano de intervenção.

Quadro 3 – Classificação de prioridade para os problemas identificados no diagnóstico da comunidade adscrita à equipe de Saúde de Coqueiro, ESF de Coqueiro, município de Pintópolis, estado de Minas Gerais

Problemas	Importância*	Urgência**	Capacidade de enfrentamento***	Seleção/Priorização****
Doenças cardiovasculares	alta	04	parcial	3
Doenças respiratórias	alta	04	parcial	4
Sofrimento mental	alta	03	parcial	6
Alcoolismo	alta	03	parcial	5
Tabagismo	alta	05	parcial	1
Analfabetismo	alta	03	fora	8
Ausência de coleta de lixo	alta	03	fora	7
Difícil acesso à unidade de saúde	alta	05	fora	2

Fonte: Da autora, 2019.

*Alta, média ou baixa

** Total dos pontos distribuídos até o máximo de 30

***Total, parcial ou fora

****Ordenar considerando os três itens

Em relação aos problemas apresentados pela população da ESF de Coqueiro, o tabagismo foi considerado pela equipe de saúde como o problema prioritário, de grande urgência e cabível de enfrentamento, devido sua alta taxa de prevalência na população adscrita, com elevado potencial de malefícios e danos à saúde dos indivíduos, além do comprometimento psicossocial gerado pela dependência ao tabaco. Dos 82 pacientes tabagistas cadastrados na área de abrangência, apenas dois realizam acompanhamento médico para abandono ao fumo.

O alcoolismo, o sofrimento mental, as doenças cardiovasculares e respiratórias constituem problemas prevalentes na população com baixo poder de enfrentamento por parte da equipe de saúde.

O difícil acesso à unidade de saúde, a ausência de coleta de lixo da comunidade e a alta taxa de analfabetismo também foram problemas levantados pelos profissionais de saúde como determinantes que interferem no processo de

saúde da comunidade, porém são problemas que estão fora da governabilidade da equipe.

2 JUSTIFICATIVA

O tabagismo é reconhecido como uma doença crônica causada pela dependência à nicotina presente nos produtos à base de tabaco. O tabaco fumado em qualquer uma de suas formas causa até 90% de todos os cânceres de pulmão e é um fator de risco significativo para acidentes cerebrovasculares e ataques cardíacos mortais (INCA, 2018).

De acordo com O Instituto Nacional do Câncer (INCA 2007, p.4), no Brasil, são 200 mil mortes anuais. Se a atual tendência de consumo se mantiver, em 2020, serão 10 milhões de mortes por ano e 70% delas acontecerão em países em desenvolvimento. O Tabagismo comporta-se como uma doença crônica e o 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.

O tratamento das complicações ocasionadas pelo uso de cigarro é dispendioso, prolongado e muitas vezes paliativo. Por isso há a necessidade de conscientizar a população sobre os agravos de saúde que podem ocorrer aos fumantes e as pessoas de sua convivência.

Na área de abrangência da ESF de Coqueiro, o número de tabagistas é alto: são 82 fumantes crônicos cadastrados, o que corresponde a aproximadamente 7% de toda a população adscrita, o que também aumenta a incidência de doenças cardiovasculares, metabólicas, bucais e as neoplasias de esôfago e pulmão. Fatores que juntamente com a pouca adesão ao tratamento para a eliminação do vício foram levantados pela equipe de saúde da família da unidade como preocupantes e que precisam urgentemente de intervenção. Sendo assim, será elaborado de um plano de intervenção com o intuito de reduzir o número de pacientes tabagistas na comunidade de Coqueiro localidade rural pertencente à cidade de Pintópolis – MG.

A cessação do tabagismo e redução da sua prevalência na área de abrangência da ESF de Coqueiro refletirá em uma melhor qualidade de vida da população, diminuição das morbimortalidades relacionadas ao uso do tabaco além de economia dos custos com a saúde, uma vez que o tabagismo gera diversos malefícios à saúde do paciente e prejuízo aos cofres públicos.

3 OBJETIVOS

3.1 Objetivo geral

Elaborar um plano de intervenção com o intuito de reduzir o número de usuários tabagistas na área de abrangência da Estratégia Saúde da Família de Coqueiro.

3.2 Objetivos específicos

- Identificar, quantificar e mapear os indivíduos tabagistas.
- Realizar trabalho multidisciplinar no atendimento e acompanhamento do paciente tabagista.
- Realizar grupo operativo.
- Promover os bons hábitos e estilos de vida.

4 METODOLOGIA

O método da estimativa rápida constitui uma forma de se alcançar informações sobre um conjunto de problemas e dos recursos potenciais para o enfrentamento (FARIA; CAMPOS; SANTOS, 2018). Para o desenvolvimento do plano de intervenção, inicialmente foi realizado um diagnóstico situacional pelo método da estimativa rápida para conhecer os problemas da comunidade da área de abrangência da ESF de Coqueiro, da localidade rural do município de Pintópolis – MG.

Em relação à metodologia utilizada para o desenvolvimento do plano de intervenção proposto pelo presente projeto, foi utilizado o método de Planejamento Estratégico Situacional (PES), conforme os textos da disciplina de Planejamento Avaliação e Programação em Saúde (FARIA; CAMPOS; SANTOS, 2018).

Para atender ao proposto neste trabalho foi realizada uma revisão da literatura sobre temas relacionados ao tabagismo. Foi realizada pesquisa em sites do Ministério da Saúde, do Instituto Nacional do Câncer e Tratado de Medicina de Família e Comunidade. A busca de materiais que compõem este trabalho se deu por meio dos descritores: Tabagismo, Estratégia Saúde da Família e Atenção Primária à Saúde.

O plano de intervenção foi elaborado a partir da seleção e análise de determinados critérios. Na ESF de Coqueiro, o problema identificado foi a alta incidência de tabagistas. Para descrição do problema priorizado, a equipe responsável pela respectiva proposta utilizou-se de alguns dados fornecidos pelas reuniões com a equipe da UBS, análise situacional, dados do E-SUS e outros que foram produzidos pela própria equipe.

A partir da explicação do problema, foi elaborado um plano de ação, como uma forma de sistematizar propostas de solução para o enfrentamento do problema em questão e também da ação da equipe frente aos mesmos. Foram identificados os recursos críticos a serem utilizados para execução das operações que constituem uma atividade imprescindível para análise da viabilidade do plano.

Foi realizada a identificação dos atores que controlavam os recursos críticos e sua motivação em relação a cada operação, apresentando em cada caso ações estratégicas para motivação dos atores identificados.

Por fim, para a realização do plano operativo, através do somatório dos esforços de todas as pessoas envolvidas no planejamento, definiu-se, por consenso,

a divisão de responsabilidades por operação de cada membro da equipe de saúde e o estabelecimento de prazos necessários para a realização de cada ação.

5 REVISÃO BIBLIOGRÁFICA

5.1 Tabagismo: definição e epidemiologia

O tabagismo é considerado uma doença neurocomportamental causada pela dependência da nicotina. Ademais, existem outros fatores, principalmente comportamentais e psicológicos, que induzem ao ato de fumar e que, dessa forma, dificultam sua cessação. Ansiedade, depressão, transtornos de diversas naturezas, problemas psiquiátricos, baixa autoestima, automatismos, gatilhos e costumes, assim como fatores psicossociais, culturais e genéticos, são indutores do tabagismo (SILVA *et al.*, 2016).

De acordo com o Instituto Nacional de Câncer (INCA, 2019, s/p),

[...] a nicotina, presente em qualquer derivado do tabaco, é considerada droga por possuir propriedades psicoativas que, ao ser inalada, produz alteração no sistema nervoso central, trazendo modificação no estado emocional e comportamental do usuário que pode induzir ao abuso e dependência. O quadro de dependência resulta em tolerância, abstinência e comportamento compulsivo para consumir a droga, produzindo dessa forma, um padrão de autoadministração caracterizado pela necessidade tanto física quanto psicológica da substância, apesar do conhecimento de seus efeitos prejudiciais à saúde.

“O tabagismo está inserido na Décima Revisão da Classificação Internacional de Doenças (CID-10), no grupo dos transtornos mentais e de comportamento decorrentes do uso de substância psicoativa”. Comporta-se como uma condição crônica e também é considerada uma doença pediátrica, pois a idade média da iniciação é aos 15 anos (INCA, 2007, p.7).

O principal representante deste grupo é o cigarro industrializado, que conta ainda com os cachimbos, charutos, cigarros de palha e narguilé. A fumaça exalada pelo produto afeta não somente o usuário, definido como tabagismo ativo, mas também as pessoas que estão ao seu redor e expostas à poluição tabagística ambiental em locais fechados ou cobertos, definida como tabagismo passivo (INCA, 2007)

O consumo de derivados do tabaco, definido como tabagismo, pode ser dividido em duas categorias, sendo elas, o tabaco fumado e o tabaco não fumado. Define-se como tabaco fumado o tabaco consumido a partir da sua queima sendo o principal representante deste grupo o cigarro industrializado, que conta ainda com os cachimbos, charutos, cigarros de palha e narguilé. A fumaça exalada pelo produto não afeta apenas o usuário, considerado tabagista ativo, mas também as pessoas

expostas à poluição tabagística ambiental, definidas como tabagistas passivas. O tabaco não fumado é toda forma de tabaco consumido sem a sua queima, portanto, sem gerar fumaça podendo ser usado entre a gengiva e o lábio, mascado, inalado ou aplicado sobre a pele. O uso de tabaco não fumado também se relaciona a diversos problemas de saúde, incluindo câncer e dependência à nicotina (BRASIL, 2015).

O tabaco é consumido pela humanidade há milhares de anos. Antes relacionado ao poder e ao *status* social, o seu uso somente se disseminou na história recente, principalmente a partir da industrialização do cigarro e das ações intensivas de marketing, tornando-se um problema para os sistemas nacionais de saúde. O seu uso contribui de forma direta para o desenvolvimento de diversos agravos de saúde, dos quais a prevalência vem aumentando progressivamente no último século, o que geram grandes custos sociais e econômicos. O tabaco, consumido de diferentes maneiras, configura-se hoje como a principal causa evitável de morte no Brasil e no mundo (BRASIL, 2015, p. 19).

“Atualmente, o tabagismo é considerado um problema de saúde pública, devido à alta prevalência de fumantes e mortalidade decorrente das doenças relacionadas ao tabaco” (SOCIEDADE BRASILEIRA DE PNEUMOLOGIA E TISIOLOGIA, 2010, p.134).

A prevalência de fumantes no mundo é de 1,3 bilhão, considerando-se pessoas de 15 ou mais anos, o que corresponde a um terço da população global. Desses, 900 milhões estão em países em desenvolvimento e 250 milhões são mulheres. No Brasil existem 27,9 milhões de fumantes, que consomem um total de 110 bilhões de cigarros por ano (SOCIEDADE BRASILEIRA DE PNEUMOLOGIA E TISIOLOGIA, 2010).

A mortalidade mundial anual relacionada ao tabaco é de 5,4 milhões de pessoas, sendo um óbito a cada dez adultos, dos quais 70% em países em desenvolvimento. A mortalidade nos adultos está sendo maior que o número de óbitos por HIV, malária, tuberculose, alcoolismo, causas maternas, homicídios e suicídios combinados (SOCIEDADE BRASILEIRA DE PNEUMOLOGIA E TISIOLOGIA, 2010, p134).

O tabagismo passivo é considerado a terceira causa de morte evitável no mundo, após o tabagismo ativo e o alcoolismo. Estima-se que metade das crianças do mundo encontra-se exposta à poluição tabágica ambiental, dessas, nove a 12 milhões com menos de cinco anos de idade são atingidas em seus ambientes domiciliares (SOCIEDADE BRASILEIRA DE PNEUMOLOGIA E TISIOLOGIA, 2010, p. 135).

E de acordo com o Ministério da Saúde,

Nos últimos anos, o Brasil aprovou diversas regulamentações que tratam do consumo de tabaco em espaços públicos, formas de propaganda, aumentos de impostos e regulamentação do uso de aditivos e políticas de substituição da agricultura do tabaco por outros produtos agrícolas. Deve-se, em parte, a essas ações de impacto populacional, a redução da prevalência do tabagismo na população brasileira observada nas últimas décadas de 31,7% da população adulta em 1989 para 14,7% em 2013 (BRASIL, 2014 apud BRASIL, 2015, p.19).

5.2 Complicações

Na queima de um cigarro ocorre a produção de 4.720 substâncias, em 15 funções químicas, das quais 60 apresentam atividade cancerígena, e outras são reconhecidamente tóxicas. Além da nicotina, monóxido de carbono e hidrocarbonetos aromáticos, citam-se amidas, imidas, ácidos carboxílicos, lactonas, ésteres, aldeídos, cetonas, álcoois, fenóis, aminas, nitritos, carboidratos, anidritos, metais pesados e substâncias radioativas. Quanto mais precoce o início do tabagismo maior a gravidade da dependência e complicações a ela associadas, tendo como consequências repercussões à saúde, socioeconômicas e ecológicas (BRASIL, 2009, p. 256).

Atualmente, existem mais de 50 doenças relacionadas ao tabagismo, afetando principalmente os aparelhos respiratório como a doença pulmonar obstrutiva crônica. Cardiovascular, digestivo e genitourinário. O tabagismo também está relacionado ao surgimento de neoplasias malignas de cavidade oral, faringe, esôfago, estômago, pâncreas, cólon, reto, fígado, vias biliares, rins, bexiga, mama, colo de útero, vulva e leucemia mieloide. O fumo, durante a gravidez, pode ocasionar infertilidade, abortamento espontâneo, descolamento prematuro da placenta, placenta prévia, pré-eclâmpsia, gravidez tubária, menor peso ao nascer, parto prematuro, natimortos, mortalidade neonatal, malformações congênitas, prejuízo no desenvolvimento mental em idade escolar (BRASIL, 2009).

De acordo com Silva *et al.* (2016), foi divulgado pela Sociedade Americana de Câncer um relatório sobre tabagistas que estão morrendo por doenças que antes não eram relacionadas ao tabaco, sendo incluídas mais 14 doenças, dentre elas, câncer de próstata, insuficiência renal, isquemia intestinal, hipertensão arterial e infecções, assim como várias outras doenças respiratórias além da DPOC. Com a inclusão dessas doenças, constatou-se um aumento de 17% na mortalidade.

Além disso, foi relatado por Silva *et al.* (2016), que recentemente, evidenciou-se que os efeitos nocivos do tabaco ultrapassam gerações, aumentando o risco de asma de modo intergeracional, ou seja, de mãe para filho, e transgeracional, isto é, de avós para os netos, mesmo que a mãe não tenha asma e não fume. Existem evidências de que o tabagismo da avó materna durante a gestação da mãe da

criança aumenta o risco dessa criança desenvolver asma de duas a três vezes, mesmo que a própria mãe não tenha fumado durante sua gestação e não tenha asma.

5.3 Programa de cessação tabágica ou Controle do tabagismo

Segundo o Ministério da Saúde (BRASIL, 2015, p.55),

[...] as estratégias usadas para o tratamento para cessação do tabagismo podem ser divididas em intervenções psicossociais e tratamento medicamentoso. As intervenções psicossociais incluem aconselhamento, materiais de autoajuda e abordagem cognitivo-comportamental que representa a base principal do tratamento. O tratamento medicamentoso aumenta significativamente as chances do tabagista em alcançar a cessação completa e desempenha um papel auxiliar no acompanhamento do indivíduo.

É essencial que a equipe de saúde da família acolha o usuário tabagista para avaliação das principais doenças e fatores de risco relacionados ao tabagismo, mas também avalie seu grau de dependência e desejo de cessação do tabagismo e suas preferências para o tratamento (BRASIL, 2015).

Oferecer o tratamento a todos os fumantes que não conseguem parar de fumar por iniciativa própria e desejem parar de fumar. O custo-efetividade do tratamento é muito satisfatório, pois, quando uma pessoa deixa de fumar, ela ganha mais 10-15 anos de vida e com melhor qualidade, assim como há uma redução de 30-90% da ocorrência das doenças crônicas não transmissíveis relacionadas ao tabaco (SILVA *et al.*, 2016).

Em relação ao tratamento não medicamentoso, o Ministério da Saúde recomenda: entrevista motivacional e abordagem centrada na pessoa (BRASIL, 2015).

5.3.1 Entrevista motivacional

O Ministério da Saúde (BRASIL, 2015), a respeito da entrevista motivacional, afirma tratar-se de uma entrevista que busca identificar os motivos que levam o usuário ao desejo de mudar de comportamento e aceitar integralmente os tratamentos.

De acordo com Gusso e Lopes (2019), como a cessação do tabagismo está relacionada a modificação dos hábitos e condutas do estilo de vida, é essencial que o indivíduo esteja motivado para que se possa obter sucesso durante e após o

tratamento. A prescrição de medicações antitabagismo em pessoas pouco ou não motivadas dificilmente resultará em sucesso, com uma redução pouco expressiva do número de cigarros fumados por dia. Além disso, logo após a suspensão das medicações antitabagismo em uso, frequentemente essas pessoas tendem a retornar a mesma quantidade de cigarro que fumavam antes. A mais utilizada para essa avaliação é o modelo comportamental de Prochaska e cols. que classifica os indivíduos em cinco estágios de mudança:

- **Pré-contemplação:** a pessoa não cogita a possibilidade de parar de fumar mesmo sendo aconselhada sobre os benefícios da cessação do tabagismo.
- **Contemplação:** a pessoa demonstra sentimento de ambivalência quanto a mudança de comportamento e cessação do tabagismo. Apresenta consciência da importância de parar de fumar e necessita de apoio, estímulo e orientação.
- **Preparação:** a pessoa inicia modificações para a cessação do tabagismo, começando a controlar o número de cigarros fumados por dia ou mesmo procurando ajuda profissional.
- **Ação:** a pessoa adota atitudes específicas, conseguindo de forma efetiva a parar de fumar. O estímulo a mudança, o entendimento desse processo e a atenção aos riscos de recaída devem ser abordados pelo profissional nessa fase.
- **Manutenção:** a pessoa deve estar consciente da necessidade de prevenir a ocorrência de recaídas devendo usar as estratégias aprendidas.

A entrevista motivacional é uma abordagem terapêutica que se utiliza de um modo particular para auxiliar os fumantes a reconhecerem e realizar algo a respeito dos seus problemas, incluindo o processo de ambivalência perante o ato de parar de fumar. Nessa entrevista, o profissional de saúde deve: acolher o fumante, de modo a entender as suas necessidades a respeito do conflito causado pelo tabagismo, analisar e compreender a ambivalência como elemento perturbador da decisão de mudança, reduzir as incertezas dos fumantes em relação a cessação do tabagismo e individualizar os conflitos entre o fumante e tabaco, entre paciente e dependência e entre paciente e abstinência (GUSSO; LOPES, 2019).

5.3.2 Avaliação do grau de dependência à nicotina

O principal instrumento para a Avaliação Quantitativa da pessoa tabagista é o teste de Fagerstrom (Anexo 1). Este instrumento se baseia em um questionário que

fornece uma medida quantitativa, de 0 a 10 pontos, que tem por finalidade avaliar o grau de dependência física à nicotina, incluindo o processo de tolerância e a compulsão. Quanto maior o escore obtido no teste, maior o grau de dependência física (BRASIL, 2015).

O teste de Fagerstrom é amplamente usado devido ao seu fácil entendimento e rápida aplicação [...] O instrumento auxilia o profissional nas primeiras abordagens frente à questão do tabagismo com o usuário, de modo a provocar uma reflexão acerca do processo de dependência e da possibilidade de se procurar o tratamento (FAGERSTRÖM; SCHNEIDER, 1989 *apud* BRASIL, 2015, p. 49).

5.3.3 Abordagem cognitivo comportamental

O acompanhamento da busca de cessação do tabagismo embasa-se “principalmente na abordagem cognitivo-comportamental, que combina intervenções cognitivas com treinamento de habilidades comportamentais. Os dois principais componentes dessa abordagem são: (1) detecção de situações de risco de recaída e (2) desenvolvimento de estratégias de enfrentamento” (BRASIL, 2001 *apud* BRASIL, 2015, p. 59)

Conforme Gusso e Lopes (2019), a abordagem consiste em explicar para o fumante o planejamento do tratamento, expondo as modalidades de aconselhamento disponíveis que podem ser consultas em grupos ou individuais. Em relação a abordagem em grupo, a mesma proporciona troca de experiências entre os fumantes, identificando as principais dificuldades que os indivíduos apresentam para parar de fumar, permite abordar simultaneamente vários indivíduos sendo em geral 12 por grupo. Recomenda-se a princípio, seis sessões, sendo as quatro primeiras semanais e as duas últimas quinzenais. No que se refere a abordagem individual, a mesma é aplicada na forma de uma consulta e deve abordar o mesmo conteúdo descrito na abordagem em grupo.

As principais características da terapia cognitivo comportamental decisivas para que ocorram mudanças na vida diária dos fumantes são: Praticar a empatia e oferecer orientação contínua, independente do progresso ou insucesso da pessoa; Estabelecer metas realistas e ajudar nas tomadas de decisões; Proporcionar liberdade de escolha nas estratégias e medicações a serem utilizadas para cessação do tabagismo; Questionar e enfatizar sobre a ocorrência de benefícios relacionados a redução ou interrupção do tabagismo, bem como, parabenizar progressivos a medida que ocorrem; Remover barreiras que possam interferir no

tratamento com ansiedade, estresse, falta de motivação e remover situações gatilho sempre que possível (GUSSO; LOPES, 2019).

5.3.4 Abordagem farmacológica

Segundo o Ministério da Saúde (BRASIL, 2015), o tratamento medicamentoso visa o controle dos sintomas de abstinência provocados pela suspensão do uso da nicotina sendo que a abordagem farmacológica, associada a cognitivo comportamental aumenta substancialmente o sucesso da cessação do tabagismo.

A intervenção farmacológica deve ser feita de forma individualizada. A decisão terapêutica e o início da intervenção farmacológica dependerão de uma avaliação clínica do fumante, onde deve ser analisado o perfil e as preferências do fumante, bem como suas condições clínicas e seu histórico de saúde. Uso de medicamentos, patologias atuais ou pregressas e sinais e sintomas da pessoa podem representar tanto complicações causadas pelo cigarro (devendo inclusive ser trabalhadas como motivadoras para a cessação) quanto contraindicações ao tratamento medicamentoso (BRASIL, 2015, p. 68).

As opções para tratamento farmacológico dividem-se em medicamentos de reposição de nicotina e os não nicotínicos. O objetivo da terapia de reposição nicotínica (TRN) é oferecer a nicotina sem o uso de tabaco e assim reduzir os sintomas de abstinência, interferindo no comportamento de consumo de cigarros relacionado à dependência física. A TRN é dividida em agentes de ação rápida que são a goma e pastilha e agente de ação longa que corresponde ao adesivo. Os medicamentos não nicotínicos utilizados são os antidepressivos bupropiona e nortriptilina sendo a bupropiona o fármaco de escolha para tratamento do tabagismo (BRASIL, 2015).

De acordo com Gusso e Lopes (2019), o Consenso de Abordagem e Tratamento do Fumante indica o uso de medicamentos antitabagismo nas seguintes situações:

- Fumantes moderados, definidos pelo consumo de 20 ou mais cigarros ao dia.
- Fumantes que fumam o primeiro cigarro até 30 minutos após acordar com consumo mínimo de dez cigarros ao dia.
- Fumantes com escore do teste de Fagerstrom igual ou maior a cinco, ou avaliação individual, a critério do profissional.
- Tentativa anterior sem êxito apenas com terapia cognitivo comportamental.

- Fumantes que não possuem contraindicações clínicas para o tratamento.
- Decisão a critério do profissional.

Em relação ao período de tratamento, a suspensão da medicação após as 12 semanas de tratamento é a conduta recomendada, porém, fumantes que referem sintomas de abstinência persistentes e/ou que apresentaram recaída após suspensão da medicação em tratamentos anteriores podem obter benefícios com o uso prolongado de medicações .A eficácia da associação de medicamentos no tratamento da cessação do tabagismo ainda não foi comparada de maneira consistente ao tratamento monoterápico, contudo, pode ser utilizado, em casos especiais, devendo ser considerado o aumento de efeito adverso (BRASIL, 2009).

6 PLANO DE INTERVENÇÃO

Essa proposta refere-se ao problema priorizado alto índice de tabagistas cadastrados na ESF Coqueiro, para o qual se registra uma descrição do problema selecionado, a explicação e a seleção de seus nós críticos, de acordo com a metodologia do Planejamento Estratégico Simplificado (FARIA; CAMPOS; SANTOS, 2018).

6.1 Descrição do problema selecionado (terceiro passo)

De acordo com a discussão entre a equipe de saúde a respeito dos problemas identificados por meio do diagnóstico situacional da área de abrangência, concluiu-se que o tabagismo é um dos problemas mais preocupantes na comunidade. Através de dados fornecidos pelos Agentes Comunitários de Saúde e do E-SUS observou-se que atualmente na ESF de Coqueiro existem 82 fumantes crônicos cadastrados, o que corresponde à, aproximadamente, 7% de toda a população adscrita prevalecendo o sexo masculino (em torno de 66 homens e 16 mulheres) e em indivíduos com idade entre 35 e 65 anos. A maioria dos pacientes que sofre com a doença são trabalhadores rurais, domésticas, aposentados e pacientes que recebem auxílio do bolsa família. Após a coleta de dados contabilizamos números preocupantes, pois, desses 82 pacientes, apenas dois estão em acompanhamento médico contínuo para abandono do tabagismo.

Em relação aos indicadores dos problemas relacionados ao tabagismo tem-se como principal o índice de doenças respiratórias e cardíacas que acometem em torno de 4% do total da população adscrita.

6.2 Explicação do problema selecionado (quarto passo)

De acordo com Faria, Campos e Santos (2018), nessa etapa, o objetivo é entender a gênese do problema que queremos enfrentar identificando suas causas, pois geralmente, a causa de um problema é outro problema ou outros problemas.

O tabagismo é um grave problema de saúde pública, sendo fator causal de quase 50 diferentes doenças incapacitantes e fatais. Responde por 45% das mortes por infarto do miocárdio, 85% das mortes por doença pulmonar obstrutiva crônica,

25% das mortes por doença cerebrovascular, 30% das mortes por câncer (INCA, 2007).

No Brasil, o tabagismo vem se concentrando cada vez mais em populações de menor escolaridade e baixa renda. Por serem dependentes da nicotina, muitos chefes de família gastam boa parte da renda familiar na compra de cigarros. A incapacitação causada pelas doenças relacionadas ao uso do tabaco gera perda de produtividade e exclui muitos chefes de família do mercado de trabalho o que forma um círculo vicioso entre pobreza e tabagismo (INCA, 2007).

O tabagismo é uma epidemia construída por um comércio alimentado por várias estratégias para aumentar o consumo do cigarro como propagandas e promoções associando imagens positivas ao produto e ao ato de fumar, os baixos preços junto com propagandas facilitam e estimulam a iniciação do uso do tabaco. O grande número de pontos de venda, a colocação dos produtos em prateleiras de supermercados e lojas de conveniência facilitam o acesso e dificultam o controle de venda inclusive para menores de idade (INCA, 2007).

Este quadro persiste atualmente e se soma a falta de atrativos para a população, vulnerabilidade social, baixa perspectiva de futuro da mesma e associação do uso do cigarro com aceitação social, o que favorece o crescimento do número de tabagistas cada vez mais jovens.

6.3 Seleção dos nós críticos (quinto passo)

“A identificação das causas é fundamental porque, para enfrentar um problema, devem-se atacar as causas” (FARIA; CAMPOS; SANTOS, 2018, p.65). Ao analisarmos as causas de um problema devemos identificar aquelas consideradas mais importantes na origem do problema. Para realizarmos esta análise, utilizamos o conceito de “nó crítico”, que é “um tipo de causa de um problema que, quando “atacada” é capaz de, impactar o problema principal e efetivamente transformá-lo”.

A partir da explicação do problema, foram levantados os nós críticos para elaboração de um plano de ação entendida como uma forma de sistematizar propostas de solução para o enfrentamento do problema em questão:

Alguns nós críticos foram identificados sendo eles:

- Hábitos e estilos de vida inadequados;
- Falta de busca ativa dos tabagistas;
- Falta de atendimento multidisciplinar;

- Falta de grupos operativos com indivíduos tabagistas.

6.4 Desenho das operações (sexto passo)

No Planejamento Estratégico Situacional (PES), o plano é entendido como um instrumento para ser utilizado em situações de baixa governabilidade. Para analisar a viabilidade de um plano, inicialmente devem ser identificadas três variáveis fundamentais: quais são os atores que controlam recursos críticos das operações que compõem o plano, quais recursos cada um desses atores controla, qual a motivação de cada ator em relação aos objetivos pretendidos com o plano. E então, definir operações/ações estratégicas capazes de construir viabilidade para o plano ou motivar o ator que controla os recursos críticos (FARIA; CAMPOS; SANTOS, 2018).

Os quadros a seguir representam cada um desses passos realizados para cada nó crítico.

Quadro 4– Operações sobre o nó crítico “1” relacionado ao problema “alto índice de tabagistas cadastrados na ESF de Coqueiro em Pintópolis – Minas Gerais”, 2018.

Nó crítico 1	Hábitos e estilos de vida inadequados.
Operação (operações)	Modificar hábitos e estilos de vida.
Projeto	“Viva bem a vida”.
Resultados esperados	Diminuir em 20% o número de tabagistas e outros hábitos de vida inadequados no prazo de 01 ano.
Produtos esperados	Grupos operativos para tabagistas; Programa de caminhada orientada; Campanha educativa na rádio local.
Recursos necessários	Cognitivo: Informação sobre o tema e estratégias de comunicação; Político: Adquirir espaço na rádio local; Financeiro: Aquisição de recursos audiovisuais, folhetos, etc.
Recursos críticos	Político: Adquirir espaço na rádio local; Financeiro: Aquisição de recursos audiovisuais, folhetos, etc.
Controle dos recursos críticos	Setor de Comunicação Social – Favorável; Secretária Municipal de saúde – Favorável.
Ações estratégicas	Realização de palestras e campanhas de conscientização sobre o tabagismo e hábitos de vida.

Prazo	Imediatamente após a criação do plano de intervenção.
Responsável (eis) pelo acompanhamento das ações	Equipe de Saúde.
Processo de monitoramento e avaliação das ações	Monitoramento e avaliação serão realizados após cada reunião do grupo operativo.

Fonte: Da autora, 2019.

Quadro 5—Operações sobre o nó crítico “2” relacionado ao problema “alto índice de tabagistas cadastrados na ESF de Coqueiro em Pintópolis – Minas Gerais”.

Nó crítico 2	Falta de busca ativa dos pacientes tabagistas.
Operação (operações)	Rastreamento e mapeamento dos indivíduos tabagistas.
Projeto	Busca pelos tabagistas.
Resultados esperados	População tabagista rastreada e cadastrada.
Produtos esperados	Rastreamento e cadastro realizados com sucesso; Grupo de tabagistas participando das palestras e grupos.
Recursos necessários	Cognitivo: Informações sobre o tabaco e seus efeitos no organismo; Financeiro: Recursos para realizar as atividades de campo.
Recursos críticos	Financeiro: Recursos para realizar as atividades de campo.
Controle dos recursos críticos	Equipe de saúde – Favorável; Secretaria Municipal de Saúde – Favorável.
Ações estratégicas	Busca ativa dos tabagistas para a realização do rastreamento, palestras, grupos e acompanhamento.
Prazo	Junho a julho.
Responsável (eis) pelo acompanhamento das ações	Médico; Enfermeiro.
Processo de monitoramento e avaliação das ações	Manter o cadastro ativo e atualizado com a colaboração dos ACS.

Fonte: Da autora, 2019.

Quadro 6— Operações sobre o nó crítico “3” relacionado ao problema “alto índice de tabagistas cadastrados na ESF de Coqueiro em Pintópolis – Minas Gerais”.

Nó crítico 3	Falta de atendimento multidisciplinar.
---------------------	--

Operação (operações)	Atuação de equipe multidisciplinar no atendimento e acompanhamento do paciente tabagista.
Projeto	Todos contra o tabagismo.
Resultados esperados	Equipe multidisciplinar atuando conjuntamente no atendimento aos usuários tabagistas; Usuários bem mais acompanhados na atenção psicossocial.
Produtos esperados	Espaço para atendimento, palestras e discussão com equipe multidisciplinar.
Recursos necessários	Cognitivo: Orientações pela equipe multidisciplinar; Financeiro: Contratação de psicólogo para acompanhamento; Político: Incentivo da prefeitura.
Recursos críticos	Financeiro: Contratação de psicólogo para acompanhamento.
Controle dos recursos críticos	Equipe multidisciplinar – Favorável; Secretaria Municipal de Saúde – Favorável.
Ações estratégicas	Atendimento palestras, discussão e apoio psicossocial com profissional psicólogo.
Prazo	Indeterminado.
Responsável pelo acompanhamento das ações	Equipe multidisciplinar.
Processo de monitoramento e avaliação das ações	Monitoramento e avaliação das ações serão realizados após cada mês de realização dos atendimentos multidisciplinares.

Fonte: Da autora, 2019.

Quadro 7– Operações sobre o nó crítico “Falta de grupos operativos com indivíduos tabagistas” relacionado ao problema “alto índice de tabagistas cadastrados na ESF de Coqueiro em Pintópolis – Minas Gerais”.

Nó crítico 4	Falta de grupos operativos com indivíduos tabagistas.
Operação (operações)	Realização de grupo operativo.
Projeto	Educar para cuidar.
Resultados esperados	Grupo operativo formado, para adequado acompanhamento desses indivíduos, aumento da interação entre profissionais de saúde e paciente tabagista e promoção de conhecimento e informação sobre o tabagismo.

Produtos esperados	Realizar grupos com os usuários para troca de experiências e informações e criação de vínculo entre equipe de saúde e indivíduos tabagistas.
Recursos necessários	Estrutural: Sala de reuniões; Cognitivo: Conhecimento e informações sobre o tema; Financeiro: Recurso para espaço físico; Político: Incentivo da prefeitura.
Recursos críticos	Cognitivo: Conhecimento e informações sobre o tema; Financeiro: Recurso para o espaço físico.
Controle dos recursos críticos	Equipe de Saúde – Favorável; Secretaria Municipal de Saúde – Favorável.
Ações estratégicas	Realizar grupos mensais com os tabagistas para troca de experiências, dúvidas e informações sobre o tema; Promover através da participação no grupo maior interação entre equipe de saúde e pacientes tabagistas.
Prazo	Julho a outubro.
Responsável (eis) pelo acompanhamento das ações	Médico; Psicólogo.
Processo de monitoramento e avaliação das ações	Monitoramento e avaliação serão realizados após cada reunião do grupo operativo.

Fonte: Da autora, 2019.

7 CONSIDERAÇÕES FINAIS

O Tabagismo é uma doença crônica, prevalente, que causa milhares de mortes evitáveis em todo o mundo, sendo um grave problema de saúde pública que provoca danos tanto físicos quanto psicossociais e econômicos. Além disso, o fumante não adoece sozinho, uma vez que, a exposição passiva de não fumantes aos componentes do cigarro também é causa de diversas doenças.

Mediante a realização do diagnóstico situacional da área de abrangência da ESF de Coqueiro, identificou-se a alta prevalência de usuários dependentes do tabaco e a necessidade de desenvolvimento de estratégias para reduzir o número de fumantes.

A realização deste trabalho científico possibilitou, a partir da pesquisa bibliográfica sobre tabagismo, obter embasamento teórico sobre o assunto proposto, como forma de utilizar o conhecimento adquirido para a elaboração de um plano eficaz de intervenção, capaz de reduzir o índice de tabagistas assistidos pela equipe da Estratégia Saúde da Família de Coqueiro da cidade de Pintópolis.

A equipe de Saúde tem papel fundamental na identificação e busca ativa dos pacientes tabagistas, na conscientização da população sobre os malefícios do cigarro, na implementação de ações para prevenção e controle do tabagismo e na realização da abordagem terapêutica da população que assiste, uma vez que, existe tratamento eficaz disponível pelo SUS.

Espera-se que a implantação desse plano de intervenção, por meio da abordagem e o tratamento das pessoas tabagistas a ser realizado dentro do território, tenha impacto significativo na cessação do tabagismo, melhorando a saúde e a qualidade de vida do usuário e reduzindo as morbimortalidades causadas pelo tabaco.

REFERÊNCIAS

BRASIL. Ministério da Saúde. Agência Nacional de Saúde Suplementar – ANS **Diretrizes Clínicas na Saúde Suplementar**. Associação Médica Brasileira. – Rio de Janeiro: ANS, 2009.

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

FARIA H. P.; CAMPOS, F.C.C.; SANTOS, M. A. **Planejamento, avaliação e programação das ações em saúde**. Belo Horizonte: Nescon/UFMG, 2018. Disponível em: <<https://www.nescon.medicina.ufmg.br/biblioteca>>. Acesso em: 25 de jun. de 2019.

GUSSO, G.; LOPES, J. M. C. (Org.). **Tratado de medicina de família e comunidade: princípios, formação e prática**. Porto Alegre: Artmed, v. 2, p. 2084-2091, 2019.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. IBGE cidades. **Histórico**. 2017 Disponível em: <<https://cidades.ibge.gov.br/brasil/mg/pintopolis/historico>>. Acesso em: 27 set. de 2019.

INSTITUTO NACIONAL DO CÂNCER - INCA. **Programa Nacional de Controle do Tabagismo: tratamento do tabagismo**. 2019 Disponível em: <<https://www.inca.gov.br/programa-nacional-de-controle-do-tabagismo/tratamento>> Acesso em 05 set. de 2019.

INSTITUTO NACIONAL DO CÂNCER. INCA. **Tabagismo um grave problema de saúde pública**. INCA, Rio de Janeiro, 2007.

MINAS GERAIS. Portal Saúde de Minas Gerais. **Sala de situação municipal**. Disponível em: <<http://www.saude.mg.gov.br/servidor/sala-de-situacao-municipal>>. Acesso em: 13 de maio de 2019.

PINTÓPOLIS. Secretaria Municipal de Saúde. **Plano municipal de saúde de Pintópolis**. Pintópolis, 2017.

SILVA, L. C. C. et al . Controle do tabagismo: desafios e conquistas. **J. bras. pneumol.**, São Paulo , v. 42, n. 4, p. 290-298, Aug. 2016 Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/S1806-37562016000000145>>. Acesso: 08 de set. de 2019.

SOCIEDADE BRASILEIRA DE PNEUMOLOGIA E TISIOLOGIA. Diretrizes em Foco. Tabagismo: parte I. **Rev. Assoc. Med. Bras.**, São Paulo, v. 56, n. 2, p. 134, 2010. Disponível em: <<https://diretrizes.amb.org.br/ans/tabagismo.pdf>>. Acesso em: 09 de set. de 2019.

ANEXO 1**Teste de Fagerstrom**

Nome: _____ Data: ___/___/_____

Idade: _____ Sexo: () Fem () Masc

Estado civil: () solteiro/viúvo/divorciado () casado/união estável

Grau de escolaridade: () Analfabeto () até ensino fundamental completo

() até ensino médio completo () até nível superior completo

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

(1) Dentro de 5 minutos – 3 pontos

(2) Entre 6-30 minutos – 2 pontos

(3) Entre 31-60 minutos – 1 ponto

(4) Após 60 minutos – 0 ponto

2- Você acha difícil não fumar em lugares proibidos, como igrejas, ônibus, etc.?

(1) Sim – 1 ponto

(0) Não – 0 ponto

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

(1) O primeiro da manhã – 1 ponto

(2) Outros – 0 ponto

4. Quantos cigarros você fuma por dia?

(1) Menos de 11 – 0 ponto

(2) De 11 a 20 - 1 ponto

(3) De 21 a 30 - 2 pontos

(4) Mais de 30 – 3 pontos

5. Você fuma mais frequentemente pela manhã?

(1) Sim – 1 ponto

(2) Não – 0 ponto

6. Você fuma mesmo doente?

(1) Sim – 1 ponto

(2) Não – 0 ponto

A partir da somatória dos pontos pode-se concluir que o grau de dependência:

0- 2 pontos = muito baixo

3- 4 pontos = baixo

5 pontos = médio

6 -7 pontos = elevado

8 -10 pontos = muito elevado