

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

Carla Lessandra de Oliveira Freire

**PLANO DE INTERVENÇÃO PARA USUÁRIOS TABAGISTAS NO TERRITÓRIO DA
EQUIPE DE SAÚDE DA FAMÍLIA SANTA LUZIA DA UNIDADE BÁSICA SANTA LUZIA
EM ITAJUBÁ, MINAS GERAIS**

Campos Gerais

2020

Carla Lessandra de Oliveira Freire

**PLANO DE INTERVENÇÃO PARA USUÁRIOS TABAGISTAS NO TERRITÓRIO DA
EQUIPE DE SAÚDE DA FAMÍLIA SANTA LUZIA DA UNIDADE BÁSICA SANTA LUZIA
EM ITAJUBÁ, MINAS GERAIS**

Projeto do 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: Professora Ms. Eulita Maria Barcelos

Campos Gerais

2020

Carla Lessandra de Oliveira Freire

**PLANO DE INTERVENÇÃO PARA USUÁRIOS TABAGISTAS NO TERRITÓRIO DA
EQUIPE DE SAÚDE DA FAMÍLIA SANTA LUZIA DA UNIDADE BÁSICA SANTA LUZIA
EM ITAJUBÁ, 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: Professora Ms.Eulita Maria Barcelos

Banca examinadora

Professora. Ms. Eulita Maria Barcelos .UFMG. Mestre em Enfermagem

Professora Dra Maria Marta Amancio Amorim. Centro Universitário Unifacvest

Aprovado em _____, em (00) de (mês) de 2020

Manifesto minha gratidão a todos os profissionais e colegas que direta ou indiretamente contribuíram para o desenvolvimento deste trabalho de conclusão de curso e meu agradecimento especial a minha orientadora que me guiou nesse processo.

RESUMO

Há vários anos, o tabagismo e os seus malefícios vêm sendo largamente estudados e discutidos em todo o mundo. O alto número de tabagistas na área de abrangência da equipe de Saúde da Unidade Básica de Saúde Santa Luzia, município de Itajubá, estado de Minas Gerais é preocupante por seus fatores de risco como as doenças pulmonares e cardiovasculares. Foi consenso da equipe elaborar um plano de ação para reduzir o número de tabagistas melhorando a qualidade de vida no território da equipe de Saúde da Unidade Básica de Saúde Santa Luzia, município de Itajubá, estado de Minas Gerais. Na metodologia utilizada foi inicialmente feito o diagnóstico situacional usando o método da estimativa rápida para levantamento dos problemas vivenciados pela comunidade, em seguida a priorização dos problemas, identificação dos nós críticos e as operações a serem realizadas, segundo o planejamento estratégico situacional. Foi necessário realizar uma pesquisa bibliográfica na *Scientific Electronic Library Online* (SciELO), publicações do Ministério de Saúde, Secretaria de Saúde do Município e do Estado. Biblioteca Virtual em Saúde do NESCON. Os nós críticos levantados foram: falta de conhecimento dos tabagistas sobre os prejuízos da prática de fumar sobre o organismo sendo um fator de risco para doenças; Abandono de tratamentos de doenças crônicas e uso do tabaco e a responsabilidade compartilhada no processo saúde-doença; Ausência do autocuidado e estilo de vida inadequado remetendo ao uso do tabaco como sensação de redução da ansiedade; Falta de capacitação da equipe para abordar e tratar os usuários de tabaco. Com a implantação do projeto de intervenção espera-se reduzir os índices de pacientes tabagistas da Estratégia da Saúde da Família Santa Luzia por meio do grupo operativo e ações de promoção e prevenção que serão realizadas na unidade.

Palavras-chave: Tabagismo. Atenção Básica. Estratégia Saúde da Família.

ABSTRACT

For several years, smoking and its harmful effects have been widely studied and discussed worldwide. The high number of smokers in the coverage area of the Health team of the Basic Health Unit Santa Luzia, municipality of Itajubá, state of Minas Gerais is of concern because of its risk factors such as pulmonary and cardiovascular diseases. It was the consensus of the team to develop an action plan to reduce the number of smokers by improving the quality of life in the territory of the Health team of the Basic Health Unit Santa Luzia, municipality of Itajubá, state of Minas Gerais. In the methodology used, the situational diagnosis was initially made using the rapid estimate method to survey the problems experienced by the community, then the prioritization of problems, identification of critical nodes and the operations to be carried out, according to the strategic situational planning. It was necessary to conduct a bibliographic search in the Scientific Electronic Library Online (SciELO), publications by the Ministry of Health, Health Secretariat of the Municipality and the State. Virtual Health Library of NESCON. The critical nodes raised were: smokers' lack of knowledge about the harm of smoking on the body, being a risk factor for diseases; Abandonment of chronic disease treatments and tobacco use and shared responsibility in the health-disease process; Absence of self-care and inadequate lifestyle referring to the use of tobacco as a feeling of reduced anxiety; Lack of training of the team to approach and treat tobacco users. With the implementation of the intervention project, it is expected to reduce the rates of smoking patients in the Santa Luzia Family Health Strategy through the operating group and promotion and prevention actions that will be carried out in the unit.

Keywords: Smoking. Basic Attention. Family Health Strategy.

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

Quadro 1 - Classificação de prioridade para os problemas identificados no diagnóstico da comunidade adscrita à equipe de Saúde da Família Santa Luzia da Unidade Básica de Saúde Santa Luzia em Itajubá/MG. 2020	17
Quadro 2 – Operações sobre o “nó crítico 1” relacionado ao problema “alto índice de tabagistas” na população sob responsabilidade da Equipe de Saúde da Família Santa Luzia da Unidade Básica de Saúde Santa Luzia em Itajubá/MG. 2020	35
Quadro 3 – Operações sobre o “nó crítico 2” relacionado ao problema “alto índice de tabagistas” na população sob responsabilidade da Equipe de Saúde da Família Santa Luzia da Unidade Básica de Saúde Santa Luzia em Itajubá/MG. 2020	36
Quadro 4 – Operações sobre o “nó crítico 3” relacionado ao problema “alto índice de tabagistas na população sob responsabilidade da Equipe de Saúde da Família Santa Luzia da Unidade Básica de Saúde Santa Luzia em Itajubá/MG. 2020	37
Quadro 5- Desenho das operações (6º passo) e viabilidade e gestão (7º a 10º passo) sobre o “nó crítico 4” relacionado ao problema “alto número de tabagistas” na população sob responsabilidade da Equipe de Saúde da Família Santa Luzia, do município Itajubá, Minas Gerais. 2020	38

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

ACS	Agente Comunitário de Saúde
AB	Atenção Básica
CEASA	Centro Estadual de Abastecimento
CESEC	Centro de Estudos Supletivos de Educação Continuada
ESF	Estratégia Saúde da Família
IBGE	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
INCRA	Instituto Nacional de Colonização e Reforma Agrária
MS	Ministério da Saúde
NASF	Núcleo de Apoio à Saúde da Família
PES	Planejamento Estratégico Situacional
SENAC	Serviço Nacional de Aprendizagem Comercial
SENAI	Serviço Nacional de Aprendizagem Industrial
SESI	Serviço Social da Indústria
UBS	Unidade Básica de Saúde

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	10
1.1 Aspectos gerais do município de Itajubá	11
1.2 O sistema municipal de saúde de Itajubá	11
1.3 Aspectos da comunidade	12
1.4 A Equipe de Saúde da Família Santa Luzia da Unidade Básica Santa Luzia	13
1.5 O funcionamento da Unidade de Saúde da Equipe Santa Luzia	14
1.6 O dia a dia da Equipe de Saúde Santa Luzia	15
1.7 Estimativa rápida: problemas de saúde do território e da comunidade (primeiro passo)	16
1.8. Priorização dos problemas – a seleção do problema para plano de intervenção (segundo passo)	16
2 JUSTIFICATIVA	19
3 OBJETIVOS	20
3.1 Objetivo geral	20
3.2 Objetivos específicos	20
4 METODOLOGIA	21
5 REVISÃO BIBLIOGRÁFICA	22
5.1 Aspectos Gerais do Tabagismo	22
5.2 Aspectos da Dependência da Nicotina	24
5.3 Programa Nacional de Combate ao Tabaco	25
6 PLANO DE INTERVENÇÃO	31
6.1 Descrição do problema selecionado (terceiro passo)	32
6.2 Explicação do problema (quarto passo)	33
6.3 Seleção dos nós críticos (quinto passo)	33
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).	33
7 CONSIDERAÇÕES FINAIS	41
REFERÊNCIAS	42

1 INTRODUÇÃO

1.1 Aspectos gerais do município de Itajubá

Segundo Armelin Guimarães (1987) Itajubá foi fundada em 19 de março de 1819 e em 27 de setembro de 1848 foi emancipada e, conforme a Lei nº 355, de 27 de setembro de 1848, com a abrangência dos seguintes territórios: a “freguesia de mesmo nome” (que abrangia o atual município e Piranguçú), Cristina (Espírito Santo do Cumquibus), Pedralva (São Sebastião da Capituba), Brasópolis (São Caetano da Vargem Grande) e Delfim Moreira (Soledade de Itajubá). Pouco tempo depois esses territórios foram se desmembrando de Itajubá (GUIMARAES, 1987).

Segundo o Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE, 2010), o Município de Itajubá situa-se no sul do Estado de Minas Gerais, ocupando uma área de 290,45 Km² de extensão (conta com 219,75Km² de área rural e 70,70Km² de área urbana), com população de 90.812 habitantes. O equivalente a 307,49 hab./km², e com estimativa populacional em 2019 de 96.869 pessoas e possui 57 bairros.

O Rio Sapucaí é o grande rio de Itajubá, divide a cidade bem ao meio. É relevante sua importância no progresso e na vida da cidade, sobretudo no passado, com o favorecimento da navegação. É o fertilizador do grande vale pelo qual serpeia, recolhendo as águas de vários rios menores (IBGE, 2010).

O município é privilegiado, seu acesso é feito pela BR459, mas também devido à sua posição em relação às grandes capitais da região sudeste: Belo Horizonte (445 Km), São Paulo (261 Km), Rio de Janeiro (318 Km). O município possui um dos maiores distritos industriais da região sul de Minas Gerais, com indústrias de grande e médio porte, empregando entre 9 000 e 10 000 pessoas. O principal produto agrícola do município é a banana. Destacam-se, também, o cultivo do milho, a pecuária bovina e suína e, em menor escala, a cafeicultura (IBGE, 2010).

O comércio varejista do município é bem diversificado contando, atualmente, com mais de 400 estabelecimentos comerciais registrados na Associação Comercial, Industrial e Empresarial de Itajubá. Conta atualmente com 17 escolas particulares, 13 estaduais, 33

escolas municipais, entre ensino infantil e fundamental, e quatro de ensino técnico. Está presente, também o Centro de Estudos Supletivos de Educação Continuada - CESEC "Padre Mário Penock". Também possui escolas mantidas pelo SESI, SENAI, SENAC e Fundação Bradesco (IBGE, 2010).

A nível superior possui oito estabelecimentos: Universidade Federal de Itajubá, Faculdade de Medicina de Itajubá, Escola de Enfermagem Wenceslau Braz, Centro Universitário de Itajubá, Faculdade de Ciências Sociais Aplicadas do Sul de Minas, Universidade Presidente Antônio Carlos, Universidade Norte do Paraná e Faculdade de Tecnologia Internacional. Itajubá promove festivais e exposições nas artes plásticas, cênicas, musicais, literárias e artesanato. Desde 2011 ocorre Festival Itajubense de Cultura e Arte, entre os espaços culturais da cidade, destacam-se os Espaços Técnicos Culturais, Bibliotecas Municipais, Teatros e anfiteatros. (IBGE, 2010).

O município é considerado a capital mineira do canto coral, e cada escola da rede municipal tem o projeto "Um Canto em Cada Canto", que institui um coral em cada escola municipal, além de possuir feira de artesanato onde três associações de artesãos expõem seus trabalhos aos finais de semana. (IBGE, 2010).

Itajubá valoriza o ecoturismo e também o esporte, possui oito ginásios poliesportivos e três estádios de futebol, além de espaços de lazer reformados e construídos pela prefeitura e lugares estratégicos da cidade, O município é o centro de referência em Assistência à Saúde para 16 municípios da microrregião do Alto Sapucaí, segundo informações retiradas do discurso de Pinto (2018).

1.2 O sistema de saúde municipal de Itajubá

O município é centro de referência em assistência à saúde para 16 municípios da microrregião do Alto Sapucaí. A atenção primária está composta por 17 Estratégias Saúde da Família (ESF), presença do Núcleo de Apoio a Saúde da Família (NASF) com: psicólogos, fisioterapeutas, nutricionistas, assistente social e educador físico. Seis Unidades Básicas de Saúde (UBS) e duas Policlínicas. Contamos com dois hospitais

credenciados pelo Sistema Único de Saúde (SUS) com média e alta complexidade que também atendem a microrregião. Possui Centro de Regulação de Consultas e Exames, Farmácia e Assistência Farmacêutica em oito polos diferentes vinculados a uma unidade e atendendo a outras unidades próximas com medicamentos básicos e de uso controlado.

O município disponibiliza outros programas para seus munícipes: Programa de Saúde da Mulher e Triagem Neonatal, Programa de Saúde na Escola, Programa de Controle do Tabagismo, o Programa “Remédio da Terra”, onde são selecionadas pela Secretaria de Saúde pacientes diagnosticados com alguma enfermidade como: hipertensão arterial, diabetes mellitus, obesidade, desnutrição e anemia para receberem uma cesta de frutas, verduras e legumes semanalmente em parceria com o CEASA.

1.3 Aspectos da comunidade da Unidade Básica de Santa Luzia

O Bairro Santa Luzia está entre os 57 bairros existentes no município de Itajubá localizado em uma das periferias da cidade. Sem muitos registros físicos, adquirimos dados junto a uma moradora do local e hoje profissional de saúde na ESF Santa Luzia, que relata que o bairro era uma antiga fazenda e uma região cheia de eucaliptos que se iniciou com algumas poucas famílias e depois de uns 30 anos a família Rennó adquiriu outra parte dos terrenos e foram aumentado os habitantes no bairro hoje totalmente povoado.

O bairro possui uma Igreja Católica, oito igrejas evangélicas, uma escola e uma creche. Santa Luzia é uma comunidade de cerca de 3848 habitantes, que se formou a aproximadamente 60 anos, com poucas famílias que ali chegaram e começaram uma associação e uma paróquia e aumentou sua população após 30 anos.

Em relação ao trabalho hoje a população vive basicamente do serviço autônomo e como assalariados em alguma empresa, dentre tantas atividades desempenhadas nessa comunidade as profissões que se destacam em maior número são: pedreiro, empregada doméstica, diarista, empregado doméstico arrumador, cabeleireiro e empregado doméstico nos serviços gerais.

Todo bairro tem água potável e saneamento básico, e a coleta de lixo é realizada três vezes na semana, porém não existem lixeiras suspensas e os lixos acabam sendo deixados na rua mesmo ensacados, onde são rompidos muitas vezes por animais deixando as ruas sujas. As moradias variam entre simples, precárias e algumas poucas casas com melhores estruturas, uma minoria mora em um terreno com muitas casas aglomeradas.

Nas ruas dos bairros se pode observar alguns jovens ociosos e esporadicamente há intervenções no tráfico de drogas na região.

No Bairro Santa Luzia existe uma equipe de ESF com uma área de abrangência de 4037 usuários cadastrados subdividida em sete micro áreas. As doenças prevalentes em maior número são: hipertensão arterial, tabagismo e diabetes mellitus.

Desde que estou na unidade as causas de óbito observadas são ligadas a complicações ou eventos cardíacos, complicações de doenças crônicas, bem como estados terminais de câncer não tratados ou já em estágios avançados. Os casos de notificação revelam em sua maioria a dengue, temos um caso de toxoplasmose na gestação e um caso de hanseníase e tivemos nesse período de pandemia 33 casos de COVID-19, um deles uma mulher no final da gestação, porém todos recuperados sem óbitos até o momento.

1.4 Unidade Básica de Saúde Santa Luzia

A ESF Santa Luzia, foi inaugurada há aproximadamente 16 anos e está situada próximo as ruas principais do bairro que faz a ligação com o centro da cidade e com acesso próximo ao transporte público municipal. É uma casa alugada, adaptada para ser uma unidade de saúde. A casa é antiga, com espaços não muito adequados, mas tentamos aproveitar bem o espaço físico para atender minimamente as necessidades da comunidade.

Na garagem da unidade fica a recepção, onde é realizado acolhimento, agendamento e atendimento destes pacientes, ainda é utilizada a cada 15 dias para reuniões em grupos, pois, é o espaço mais amplo da unidade. Contamos com uma sala pequena para realizar a triagem dos pacientes, um consultório de enfermagem, um consultório médico, uma sala

de procedimentos e curativos e uma sala de vacina, dois banheiros, sendo um para pacientes e outro para os profissionais, ao fundo tem uma área coberta na qual ficam acomodados os Agentes Comunitários de Saúde (ACS)

No período da pandemia para evitar aglomeração a equipe decidiu realizar as reuniões com a comunidade, os grupos operativos, vacinação no espaço da igreja católica do bairro que fica na mesma rua da unidade quase ao lado, facilitando o acesso aos moradores.

A unidade, atualmente, está equipada com mesa ginecológica para a coleta de exame de Papanicolau, temos insumos para realizar testes rápidos para doenças sexualmente transmissíveis, materiais para lavagem de ouvido e retirada de pontos e uma pequena farmácia com alguns medicamentos essenciais e os demais medicamentos, como os controlados, os usuários podem ir nos polos que tem farmacêutico para pegá-los. Ademais, temos nebulizador e materiais para curativos simples.

1.5 A Equipe de Saúde da Família Santa Luzia da Unidade Básica de Saúde Santa Luzia

A equipe de saúde da família Santa Luzia tem uma equipe, composta por uma enfermeira, (está há cinco anos trabalhando na Atenção Básica), uma médica (graduada em 2018, primeiro trabalho na profissão), dois técnicos de enfermagem (uma trabalha na ESF Santa Luzia desde 2008 e a outra, trabalha na estratégia de saúde há dois anos e três meses) e sete ACS uma agente administrativa, (há 12 anos trabalhando na área de saúde), uma auxiliar de serviços gerais está há nove anos na ESF Santa Luzia.

A área de abrangência da Unidade de Saúde Santa Luzia está dividida em sete micro áreas. Cada micro área tem uma ACS responsável.

Área 1: 122 famílias e 470 pessoas cadastradas.

Área 2: 115 famílias e 353 pessoas cadastradas.

Área 3: 151 famílias e 498 pessoas cadastradas.

Área 4: 120 famílias e 447 pessoas cadastradas.

Área 5: 131 famílias e 509 pessoas cadastradas.

Área 6: 127 famílias e 414 pessoas cadastradas.

Área 7: 177 famílias e 571 pessoas cadastradas.

1.6 O funcionamento da Unidade de Saúde Santa Luzia

A Unidade de Saúde funciona das 7:00 horas às 17:00 horas de segunda a sexta feira, não fecha no horário do almoço para tanto, é necessário o apoio dos ACS, que se revezam durante a semana, segundo uma escala, em atividades relacionadas à assistência, recepção e arquivo, sempre que o agente administrativo está em seu horário de almoço.

O atendimento do Município está no modelo de Acesso Avançado, modelo que permite aos pacientes buscarem cuidados primários de saúde com seus profissionais de referência no momento de sua necessidade ou escolha. Esse fato tem sido motivo de algumas discussões, principalmente porque a demanda é grande e nos tira o tempo para organizar grupos de apoio e educação permanente em saúde para a comunidade e são agendadas consultas de pacientes crônicos para seguimento, gestantes e puericultura. Ainda assim são desenvolvidos grupos de atividade física e grupos de atividades manuais.

1.7 O dia a dia da equipe Santa Luzia da Unidade Básica de Saúde.

O tempo da Equipe Santa Luzia é ocupado com as atividades de atendimento de acesso avançado na maior parte do horário e com o atendimento de alguns programas, como: saúde mental, pré-natal, puericultura, controle de câncer de mama e ginecológico, atendimento a hipertensos e diabéticos.

A equipe organiza a agenda com consultas programadas com horários marcados para os pacientes portadores de doenças crônicas, pré-natal e puericulturas, estes estão fora do acesso avançado e três demandas espontâneas para as doenças agudas. São realizadas visitas domiciliares com a presença da médica e também de enfermagem quando necessárias uma vez na semana, voltadas principalmente em pacientes acamados ou com impossibilidade física.

A equipe também conta com consultas e visitas do fisioterapeuta, nutricionista e assistente social. Quinzenalmente são realizadas reuniões de equipe num período de aproximadamente duas horas de duração.

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

Foi realizado pela equipe o diagnóstico situacional no território de abrangência da Equipe Santa Luzia, utilizando o método da estimativa rápida. De posse das informações sobre o território de abrangência e população, a equipe de saúde fez análise daqueles problemas que ela tinha governabilidade e eram viáveis possibilitando a análise da situação de saúde do território, considerando a perspectiva dos diferentes atores sociais envolvidos na construção da realidade local (FARIA; CAMPOS; SANTOS, 2018). Segundo os autores Faria; Campos e Santos (2018, p.36) a estima rápida “permite examinar os documentos existentes, entrevistar informantes importantes e fazer observações sobre as condições de vida da comunidade que se quer conhecer.

Abaixo apresento a lista dos principais problemas identificados em ordem de prioridade, onde foram identificados os problemas mais relevantes que afetam a população da comunidade adscrita acompanhados de vários outros fatores como sobrepeso, obesidade e sedentarismo.

- Número elevado de pacientes com hipertensão arterial.
- Alto índice de tabagistas.
- Alto índice de pacientes portadores de Diabetes Mellitus.

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

Corroborando Faria; Campos e Santos, (2018, p.27) explicam que de modo geral “problema pode ser definido como uma discrepância entre uma situação real e uma situação desejada ou ideal, pode ser como um obstáculo que impede determinado ato de alcançar seus objetivos”. De acordo com os autores depois de identificados todos os problemas, precisam ser priorizados verificando a possibilidade de enfrentamento pela equipe, recursos financeiros, recursos humanos e materiais.

Abordam também que a equipe de saúde nem sempre tem condições financeiras e recursos humanos disponíveis para enfrentar todos os problemas ao mesmo tempo, por isso é necessário priorizá-los.

Para priorização dos problemas a equipe utilizou os critérios para a análise e seleção preconizados por Faria, Campos e Santos (2018): a importância do problema, sua urgência, a própria capacidade da equipe para enfrentamento, a viabilidade e os recursos, distribuindo pontos conforme sua urgência; definindo se a solução do problema está dentro, fora ou parcialmente dentro da capacidade de enfrentamento da equipe responsável pelo projeto.

Para fazermos a priorização foram utilizados os critérios dispostos no quadro 1, descritos em seguida.

- A importância do problema atribuindo valores “alto, médio ou baixo”.
- A urgência distribuindo pontos conforme sua urgência, de 1 e no máximo 30 pontos.
- A capacidade de enfrentamento, definindo se a solução do problema está dentro, fora ou parcialmente dentro da capacidade de enfrentamento da equipe.
- A seleção numerando os problemas por ordem de prioridade a partir do resultado da aplicação dos critérios.

Quadro 1 - Classificação de prioridade para os problemas identificados no diagnóstico da comunidade adscrita à equipe de Saúde da Unidade Básica de Saúde Santa Luzia, município de Itajubá, Minas Gerais, 2020.

Problemas	Importância*	Urgência**	Capacidade de enfrentamento***	Seleção/Priorização****
Alto índice de tabagistas	Alta	10	Parcial	1
Hipertensão Arterial	Alta	10	Parcial	2
Diabetes Mellitus	Alta	10	Parcial	2

--	--	--	--	--

Fonte: autoria própria (2020)

Legenda:

*Alta, média ou baixa

** Distribuir 30 pontos entre os problemas identificados

***Total, parcial ou fora

****Ordenar considerando os três itens

O problema prioritário encontrado na área de abrangência da ESF Santa Luzia é o alto índice de tabagistas, que está associado a elevação do risco cardiovascular e pode ser modificável tanto para prevenção quanto para controle das enfermidades crônicas.

2 JUSTIFICATIVA

Durante as visitas domiciliares, atendimentos e reuniões com os usuários que estão sob responsabilidade da equipe de Saúde Santa Luzia da Unidade Básica de Saúde Santa Luzia, a equipe percebeu a presença do cigarro e seu uso de forma indiscriminada por muitos pacientes. Trata-se de um fator importante pela sua influência entre portadores de enfermidades crônicas como o diabetes e a hipertensão.

Observando o problema, a equipe com o diagnóstico situacional em mãos, propôs medidas a serem implantadas baseadas na informação e complementação dos atendimentos e acompanhamento dos usuários por meio dos atendimentos realizados. A equipe multidisciplinar é essencial nesses casos, além do envolvimento dos familiares que podem auxiliar na retirada do tabaco, inclusive no controle das necessidades apresentadas nesta fase pelo indivíduo.

O início do tabagismo ocorre em idade muito jovem na adolescência, com caráter familiar (pais fumantes ou parentes próximos) ou seja, uma herança cultural, outro fator que influencia muito é o grupo de amigos. Por ser um fator modificável e causador de doenças crônicas com grande custo para o serviço público, torna-se imprescindível a realização do plano de intervenção que possibilite diminuir o número de tabagistas da área de abrangência.

Outro fator prejudicial à saúde é a exposição à fumaça do tabaco, ela é nociva à saúde podendo a duração e o nível de exposição determinar o risco e as consequências adversas à saúde, importando inclusive a exposição passiva a ele. As reações adversas mais comuns associadas ao uso podem estar relacionadas a diferentes tipos de neoplasia, doenças respiratórias, cardiovasculares e óssea além de representar importantes prejuízos sociais, sanitários, econômicos e até ambientais (PORTES *et al.*, 2014).

Diante da necessidade de intervir sobre o problema, a ESF Santa Luzia deseja implantar um plano de intervenção em busca de reduzir o número de usuários tabagistas e melhorar o cuidado aos usuários portadores de doenças crônicas, reduzindo as complicações das doenças entre usuários da equipe de Saúde Santa Luzia da UBS Santa Luzia.

3 OBJETIVOS

3.1 Objetivo geral

Elaborar um plano de ação para reduzir o número de tabagistas melhorando a qualidade de vida no território da equipe de Saúde da Unidade Básica de Saúde Santa Luzia, município de Itajubá, estado de Minas Gerais.

3.2- Objetivos específicos

Levantar o número de pacientes tabagistas por micro área.

Propor reuniões de equipe para discutir o tema de acordo com a demanda.

Sensibilizar os usuários sobre os riscos do tabagismo.

Estimular os usuários a cessação do tabagismo e estimular as práticas de atividades necessárias para mudanças no estilo de vida.

Estimular o usuário a aderir às medidas de prevenção e tratamento farmacológico e não farmacológico e redução da ansiedade comum à esta prática por meio de apoio multidisciplinar disponível no NASF.

4 METODOLOGIA

Para a coleta inicial do levantamento dos problemas foi utilizado o diagnóstico situacional aplicando a estimativa rápida. As informações levantadas possibilitaram a equipe conhecer a realidade da população. Os problemas foram discutidos pela equipe e definidos aqueles que trazem mais prejuízos para a população, depois foi feita a priorização dos mesmos. Foi consenso do grupo elaborar uma proposta de intervenção para enfrentar os nós críticos que causavam o problema.

Esta proposta visa a construção de um plano de ação para reduzir o número de usuários tabagistas visando aumentar a qualidade de vida e saúde dos usuários adscritos à equipe de Saúde da UBS. Santa Luzia.

O método utilizado para este trabalho foi o Planejamento Estratégico Situacional (PES) conforme os textos da Seção 1 do Módulo de Iniciação à Metodologia: textos científicos de autoria de Corrêa, Vasconcelos e Souza (2017) e Unidade 3 do Módulo de Planejamento e Avaliação em Saúde de autoria de Faria, Campos e Santos (2018).

Na elaboração de um plano de ação para intervir no problema considerado mais importante, ou que mais reduz a qualidade de vida dos usuários tabagistas foram seguidos todos os passos preconizados no PES. Os dois primeiros passos do projeto estão contidos na introdução do trabalho.

Para subsidiar o tema foi necessário realizar uma revisão da literatura na base de dados do *Scientific Electronic Library Online* (SciELO), publicações do Ministério de Saúde, Secretaria de Saúde do Município e do Estado. Biblioteca Virtual em Saúde do NESCON, tendo como descritores: tabagismo, atenção primária à saúde, estratégia saúde da família.

5 REVISÃO BIBLIOGRÁFICA

5.1 Aspectos gerais do tabagismo

O tabagismo é considerado uma doença epidêmica decorrente da dependência à nicotina, classificada no grupo de transtornos mentais e de comportamento devido ao uso de substâncias psicoativas na 10ª Classificação Internacional de Doenças (CID-10). Além de ser uma doença, é fator causal de aproximadamente 50 outras doenças incapacitantes e fatais, como câncer, doenças cardiovasculares e respiratórias crônicas (MALTA *et al.*, 2015).

O fumo é um importante fator de risco na ocorrência das doenças crônicas não transmissíveis (DCNT), principalmente em relação às doenças circulatórias e cardiovasculares, hipertensão, acidente vascular cerebral e infarto do miocárdio. Entre as outras doenças relacionadas estão câncer, doenças respiratórias crônicas e doenças transmissíveis, como tuberculose (MALTA *et al.*, 2015).

“Tabagismo é o nome dado ao uso do tabaco (*Nicotiniana tabacum*), planta na qual se encontram várias substâncias tóxicas, como terebintina, formol, amônia, naftalina.” A dependência química que ocorre nos usuários é devido a nicotina que é o princípio ativo do tabaco (INCA; 2013 *apud* MORATO, 2013, p. 6)

[...] A nicotina é uma droga, e como tal age no sistema nervoso central causando efeitos nocivos diversos. Além disso, foram identificadas cerca de 4.720 substâncias presentes na fumaça do cigarro, sendo que 200 delas são consideradas tóxicas e 50 cancerígenas. Isso pode provocar cerca de 50 doenças, entre as quais se destacam pela incidência relacionada com o tabagismo: câncer de pulmão (90%); infarto (25%); bronquite crônica (85%); enfisema pulmonar (85%); derrame cerebral (25%) (INCA; 2013 *apud* MORATO, 2013, p. 6)

Segundo Kuhnen (2009), um aspecto considerável é a pressão social que a sociedade moderna exerce sobre o indivíduo. Questões como consumismo exacerbado, violência, desemprego, entre outros, geram, cada vez mais, angústia, estresse e depressão. Esses fatores são apontados pelos pesquisadores “como motivadores para o início e manutenção do hábito de fumar, uma vez que existe um antigo conceito, manipulado pela indústria e

pela mídia, de que o cigarro é um lenitivo para esses males. Some-se a isso o convívio com fumantes e/ou usuários de drogas, que influenciam negativamente quanto ao uso do cigarro”, segundo Morato (2013, p.14).

Um dos grandes desafios da educação e da saúde pública é o combate às drogas, entre elas está o tabaco, que segundo a Organização Mundial de Saúde (OMS, 2013) é considerada a maior causa de adoecimento evitável no mundo, sendo uma das drogas mais consumidas por jovens e adolescentes (BRASIL, 2008).

Estes jovens e adolescente com certeza tornarão adultos fumantes. O cigarro tem fácil acesso e preço acessível está cada vez mais presente na vida das pessoas mesmo com as campanhas do Ministério de Saúde (MS), com o lançamento do Programa Nacional de Controle do Tabagismo, entregando ao Instituto Nacional do Câncer (INCA) que é o órgão responsável por coordenar e executar o programa do Brasil (BRASIL, 2013).

O programa nacional para o controle do Tabagismo no Brasil tem se mostrado inovador, “principalmente nas ações voltadas para a publicidade e a propaganda, e às advertências impressas nas embalagens de produtos derivados do tabaco”. O Brasil foi o primeiro país a adotar as ações do programa que incluem “as proibições relativas ao consumo do tabaco em transportes públicos, regulamentação dos produtos do tabaco, e limitação nos teores de nicotina, alcatrão e monóxido de carbono” (IGLESIAS *et al.*, 2008, p.304).

Em seu estudo, Malcon (2002, p. 12), afirma que “é maior o risco para um adolescente tornar-se fumante tendo irmãos mais velhos fumantes. O mesmo acontece em relação ao grupo a que o adolescente pertence, ou seja, ter amigos fumantes favorece o tabagismo”.

Ainda de acordo com Malcon (2002) apud Morato (2013, p. 14) “essa precocidade é explorada pela indústria e pelo comércio tabagista, que, entre outras estratégias, expõe seus produtos em locais de maior acesso de adolescentes e jovens,” com isso busca lugares públicos mais frequentados e fácil de manipular, pois nesta faixa etária ocorre conflitos naturais “que permanecerá anos usando seus produtos.” o fato de ser fumante

representa para o adolescente mais que um hábito e agrega o vício como um estilo de vida. E este estilo de vida acompanha o indivíduo até a vida adulta.

Em conversas com os pacientes durante os atendimentos muitos deles relatam que começaram a fumar na infância aproximadamente aos nove anos de idade e muitos por influência do convívio familiar começando como fumantes passivos e passando a ativos, sem nenhuma restrição por parte dos pais, apenas seguindo o exemplo dos mesmos. Muitos deles afirmam nunca haviam pensado em parar com o vício e nunca terem feito nenhuma pausa ao longo da vida e a maioria desses todos já na faixa etária idosa e geralmente com comorbidades associadas.

5.2- Aspectos da dependência a nicotina

“A dependência à nicotina é um processo complexo que envolve a inter-relação de fatores fisiológicos, psicológicos e comportamentais” (INCA 2001 *apud* INCA, 2019, p.25).

A dependência fisiológica caracteriza-se pela necessidade orgânica de nicotina apresentada pelo tabagista. A nicotina é uma droga psicoativa estimulante que, após atingir o cérebro, interage com os receptores colinérgicos presentes nas membranas de muitos neurônios, os quais liberam neurotransmissores e neuroreguladores sendo o mais importante a dopamina. Essa produz uma forte sensação de prazer e euforia, fazendo com que o indivíduo continue utilizando o tabaco. A dependência física é responsável por sintomas da síndrome de abstinência quando se deixa de fumar. Discuta as possíveis dificuldades do paciente, particularmente, nos primeiros dias sem cigarros. Reforçar que esses dias são os mais difíceis, depois desse período, ficar sem cigarro será mais fácil (ROSEMBERG, 2004, p.26).

Nos momentos de tensão como angústia, ansiedade, tristeza, medo, estresse, ou até mesmo momentos de depressão, o tabagista tem a necessidade de fumar porque ele acredita que o cigarro alivia suas tensões; esta dependência é conhecida como dependência psicológica. Para ele o cigarro é visto como um companheiro em momentos de solidão, nesse sentido, o planejamento de atividades que substituam tais sensações do cigarro devem ser sugerido ao paciente, a fim de auxiliá-lo a parar de fumar (SOLANO REINA; DAMASCENO; GRANDA ORVIE, 2003; INCA 2001).

A dependência comportamental é entendida como se o indivíduo fizesse associação do ato de fumar com situações corriqueiras de sua rotina diária como exemplo “fumar após tomar café, após as refeições, ao assistir televisão, ao falar ao telefone, ao ingerir bebidas alcoólicas, ao dirigir, antes de iniciar uma tarefa que exija concentração e até em situações em que se encontra relaxado.” Orientar o paciente a evitar os comportamentos que tem relação com o ato de fumar ~~isss~~ pode ajudar na cessação do fumo (INSTITUTO NACIONAL DE CÂNCER, 2001, p. 26).

5.3- Programas Nacionais de Combate ao Tabaco

Como uma resposta a esse grave problema de saúde pública, desde 1989 a governança do controle do tabagismo no Brasil passou a ser articulada pelo MS, por meio do INCA José Alencar Gomes da Silva (INCA, 2019), “o que inclui um conjunto de ações nacionais que compõem o Programa Nacional de Controle do Tabagismo (PNCT)”.

Seu propósito é diminuir a prevalência de tabagista e como resultado a diminuição também do índice de morbimortalidade relacionada ao consumo do tabaco, “seguindo um modelo lógico onde ações educativas, de comunicação, de atenção à saúde, junto com ações legislativas e econômicas, se potencializam para prevenir a iniciação do tabagismo”, promover a cessação do tabagismo e proteger a população dos riscos do tabagismo passivo, alcançando, assim, o objetivo proposto (INCA, 2019, p. 26).

[...] a prevenção de doenças na população através de ações que estimulem a adoção de comportamentos e estilos de vida saudáveis e que contribuam para a redução da incidência e mortalidade por câncer e doenças tabaco-relacionadas no país (BRASIL, 2011, p. 29).

“O programa procura, também, estreitar as relações entre as áreas de saúde e de educação nos estados, municípios e em nível federal, promovendo, assim, a criação de ambientes livres de fumo e a implantação de projetos para visem o abandono do hábito de fumar na rede do SUS” (MORATO, 2014, p.12).

Morato (2019, p.12) enfoca que “grande parte da comunidade apresenta baixo nível de escolaridade, o que implica, de um modo geral, falta de acesso à informação e dificuldade em assimilar as informações fornecidas pelas campanhas anti fumo”.

De acordo com o INCA:

[...] A relação do poder aquisitivo com o consumo de cigarros mostra que há um menor consumo nas classes de maior rendimento familiar per capita (renda de mais de dois salários mínimos per capita por mês). O maior consumo está na classe sem nenhum rendimento, com 25,4% dos indivíduos fumando. Essa diferença é, em grande parte, causada pela maior desinformação das classes sociais economicamente mais pobres e se repete em muitos países do mundo (BRASIL, 2011, p. 37).

O MS oferece tratamento gratuito aos fumantes brasileiros que desejam parar de fumar, em unidades de saúde integrantes do SUS. Esse tratamento é realizado por profissionais de saúde capacitados que trabalham com a abordagem em grupo de apoio, ou individualmente. É sugerido que o tratamento deve ser no mínimo com quatro sessões no primeiro mês com intervalos semanais. No segundo mês recomendam duas sessões quinzenais e uma sessão mensal a partir do terceiro mês, este tratamento tem a duração de um ano (INCA, 2001).

[...]O paciente deverá ser orientado a participar de todas as etapas do tratamento. Essa abordagem tem como objetivo o conhecimento de situações de risco que levam o indivíduo a fumar, fazendo com que ele consiga enfrentar tais momentos sem acender o cigarro. Ela consiste em cinco procedimentos: perguntar, avaliar, aconselhar, preparar e acompanhar (INCA, 2001, p .35).

“A recaída pode ser entendida como uma volta ao uso de cigarros após ter deixado de fumar. O tabagismo, como qualquer dependência química, é uma doença crônica e as recaídas podem fazer parte do processo”. Após uma recaída, é fundamental acolher e incentivar o fumante a voltar a procurar atendimento na unidade de saúde para o tratamento do tabagismo. E esclarecer que, na maioria das vezes, mais de uma tentativa é necessária até que se consiga ficar definitivamente sem fumar (INCA, 2019, p.27).

A abordagem breve ou mínima pode ser realizada por qualquer profissional de saúde, de forma estruturada, durante sua consulta de rotina, com duração de três a cinco minutos a cada contato. Consiste em perguntar a todo paciente se é fumante e, caso a resposta seja positiva, avaliar seu grau de dependência física e de motivação, aconselhar e preparar para deixar de fumar, e por fim, acompanhar o

paciente em consultas subsequentes, como prevenção de recaídas (INCA, 2019, p. 27).

De acordo com o MS (BRASIL, 2015, p.29) o acesso ao tratamento para o usuário parar de fumar no Brasil tem sido aumentado nos últimos anos, abrangendo as equipes da Atenção Básica. “Dessa forma, a identificação, a abordagem e o tratamento da pessoa tabagista podem (e devem) ser realizadas no seu território, melhorando a saúde e a qualidade de vida do usuário”.

[...]Os profissionais de saúde devem, sempre que possível, promover ações de informação, incentivo e apoio ao abandono do tabagismo. Pesquisas confirmam que abordagens rápidas, repetidas em cada consulta, reforçando os malefícios do tabaco e a importância da cessação do seu uso, aumentam significativamente as taxas de abstinência. Apesar de as taxas de sucesso aumentarem individualmente com o aumento da intensidade da abordagem do tabagista, o impacto em termos de saúde pública parece ser superior com abordagens breves em um maior número de usuários em relação a abordagens intensivas direcionadas a poucos usuários (FIORE *et al.*, 2008 *apud* BRASIL, 2015, p. 30).

As equipes de saúde da AB assumem um papel muito importante nesse cenário “já que, a partir da oferta da AB cuidado longitudinal, integral e mais próximo ao usuário, se encontram em posição privilegiada para o fortalecimento do vínculo, aumentando sensivelmente a efetividade do tratamento para cessação de tabagismo” (BRASIL, 2015, p. 30).

Ainda de acordo com o MS (BRASIL, 2015, p.30).o “profissional de saúde pode articular ações com os profissionais dos NASF (que podem auxiliar no manejo de usuários com comorbidades” Assim como estimular as práticas de atividades físicas “acionando ferramentas e equipamentos de saúde, como a Academia da Saúde, de modo a estimular as práticas coletivas e de exercício físico.

Na publicação do Tratamento do Fumante - Consenso (2001) autoria do MS. Instituto Nacional de Câncer – INCA (2001, p.13) trata dos “componentes da abordagem breve ou

mínima, conhecidos como método perguntar e avaliar, aconselhar e preparar, acompanhar “Paapa” incluem as seguintes fases.

1. Perguntar e avaliar (PA) Utilizar-se de questões sugeridas como suficientes para avaliar o tabagista quanto à sua dependência de nicotina e ao seu grau de motivação para deixar de fumar.

Teste sobre a dependência de nicotina e o grau de motivação para deixar de fumar

1. Você fuma? Há quanto tempo?

Diferencie a experimentação do uso regular; por exemplo, se o tabagista diz fumar cinco cigarros por dia e ter começado a fumar há 15 dias, de acordo com a OMS, ele ainda não é um tabagista regular e encontra-se em fase de experimentação

2. Quantos cigarros fuma por dia?

Pacientes que fumam 20 ou mais cigarros por dia provavelmente terão uma maior chance de desenvolver fortes sintomas de síndrome de abstinência na cessação de fumar

3. Quanto tempo após acordar acende o primeiro cigarro?

Pacientes que fumam nos primeiros 30 minutos após acordar provavelmente terão uma maior chance de desenvolver fortes sintomas de síndrome de abstinência na cessação de fumar

4. 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?

5. Já tentou parar?

Se a resposta for afirmativa, fazer a pergunta 6

6. O que aconteceu para que não parasse de fumar?

Permite identificar o que ajudou e o que atrapalhou a deixar de fumar, para que esses dados sejam trabalhados na próxima tentativa.

(Fonte: INCA 2001).

2. Aconselhar e preparar (AP). Analisando as respostas às questões acima, é recomendado aconselhar o fumante a parar de fumar, adaptando as mensagens ao seu perfil, o profissional de saúde deve levar em consideração gênero, faixa etária e a existência de comorbidades associadas ao tabaco, entre outros. A conduta profissional de saúde também deve ser avaliada, pois deve estar de acordo com o interesse do tabagista em deixar de

fumar, ou não, no momento da consulta. É de suma importância discutir com o paciente os benefícios que ele alcançará ao parar de fumar, sendo fundamental ressaltar a importância da cessação do tabagismo (INCA, 2001).

Os tabagistas que não estiverem dispostos a parar nos próximos 30 dias devem ser estimulados a pensar sobre o assunto e abordados no próximo contato. É importante que o profissional de saúde se mostre disposto a apoiá-los nesse processo. Após aconselhar o tabagista a parar de fumar, o profissional de saúde deve prepará-lo para que possa alcançar esse objetivo. Nesse caso, deve explicar os sintomas da abstinência e sugerir estratégias para controlar a vontade de fumar, como tomar água, chupar balas, mascar chicletes, gengibre etc., e para quebrar os estímulos associados ao fumar, como restringir o uso de café e bebida alcoólicas, desfazer-se de isqueiros, evitar ambientes ou situações que estimulem o ato de fumar, aprender a lidar com situações de estresse, entre outros. É muito importante que ele entenda que a chamada fissura por cigarros, passa em até cinco minutos. A tendência é que vá diminuindo de intensidade com o passar do tempo sem fumar. Nesse momento, o paciente deve ser avaliado por um médico que irá definir se há indicação de uso de medicamento para reduzir os sintomas da síndrome de abstinência da nicotina (INCA 2001, p.13).

3. Acompanhar (A). De acordo com o INCA (2001) é muito importante que a equipe faça o acompanhamento de todos os tabagistas em processo de cessação de fumar sejam agendadas as consultas de retorno a fim de garantir apoio na fase inicial da abstinência quando os riscos de recaída são maiores. Durante seis meses o paciente deve retornar à UBS para acompanhamento em pelo menos três momentos durante subsequentes à parada de fumar. Esses retornos podem acontecer, de acordo com a avaliação do profissional de saúde, nos primeiro, terceiro e sexto meses. Caso o paciente tenha voltado a fumar, deve ser estimulado a tentar novamente (INCA, 2001).

4 Abordagem intensiva. “A abordagem intensiva consiste na estruturação de locais específicos para o atendimento de tabagistas que desejam parar de fumar, podendo ser individual ou em grupo de apoio, com de 10 a 15 pacientes, coordenados por um ou dois profissionais de saúde de nível superior”. O tratamento inicial é composto por quatro sessões por semana, posteriormente duas sessões quinzenais, mantendo os mesmos participantes, “seguidas de uma reunião mensal aberta, com a participação de todos os grupos, para prevenção de voltar a fumar, até completar um ano” (INCA, 2001, p 22.).

A abordagem intensiva é preconizada na rede SUS para tratamento do tabagismo, e pode ocorrer em qualquer unidade de saúde integrante do SUS, seja da AB e da Média ou Alta Complexidades.

“O tratamento para cessação do tabagismo é adquirido e distribuído por meio da Coordenação-Geral de Assistência Farmacêutica e Medicamentos Estratégicos, e a programação é feita diretamente entre essa Coordenação, o INCA e os Estados. O envio é realizado conforme validação do quantitativo indicado pelo Estado” (INCA, 2019, p. 25).

6 PLANO DE INTERVENÇÃO

Essa proposta refere-se ao problema priorizado é o alto número de tabagistas na área de abrangência da equipe de Saúde da UBS Santa Luzia, município de Itajubá, estado de Minas Gerais, para o qual se registra uma descrição do problema selecionado (terceiro passo), a explicação (quarto passo) e a seleção de seus nós críticos (quinto passo).

Os passos seguintes mostram o desenho das operações – para cada causa selecionada como “nós crítico”, a (s) operação (ões), projeto, os resultados esperados, os produtos esperados, os recursos necessários para a concretização das operações (estruturais, cognitivos, financeiros e políticos), segundo a metodologia do PES (FARIA; CAMPOS; SANTOS, 2018). Campos; Faria; Santos (2018) descrevem que o plano de ação é um instrumento muito importante pois permite estabelecer uma ligação entre o problema, que requer uma intervenção imediata e permite a participação de todos os profissionais envolvidos. É necessário considerar a viabilidade de gerenciá-lo para obter os resultados desejados. Foram seguidos todos passos preconizados no PES com uma sequência lógica de ações ou atividades. Na introdução estão os dois primeiros passos: identificação e priorização dos problemas, aqui são apresentados os outros passos do plano de intervenção.

A proposta de intervenção consiste em um conjunto de projetos realizados para enfrentar os diversos nós críticos identificados e que estejam na governabilidade da equipe responsável pela condução.

6.1 Descrição do problema selecionado (terceiro passo)

“Descrever um problema é caracterizá-lo para saber a sua dimensão e o que ele representa na realidade. Deve identificar o que caracteriza o problema inclusive sua quantificação” (FARIA; CAMPOS; SANTOS, 2018, p. 59).

Na Era Pós-Moderna onde tudo é tecnológico, se desburocratizou os maus hábitos de vida. Hoje cada vez mais cedo as pessoas começam a apresentar doenças crônicas por falha no

autocuidado. Em contra partida na prática se vê um excesso de uso de medicamento (auto medicação) e pouco se fala em prevenção e sobre os fatores de risco modificáveis com educação continuada na população.

E como ESF e numa análise de nossa população adscrita, percebemos que o trabalho com prevenção e mudanças no estilo de vida contribuirá para a prevenção das doenças e controle de enfermidades crônicas diminuindo seus agravos. No território de abrangência da ESF Santa Luzia estão cadastradas aproximadamente 3848 pessoas e os números quantitativos evidenciam maior prevalência de 490 pacientes hipertensos, 389 tabagistas e 189 pacientes diabéticos. Em relação aos tabagistas percebemos que muitos não têm acesso às informações sobre os males provocados pelo fumo, outros reconhecem os malefícios que o cigarro acarreta, mas não têm a dimensão dos danos à saúde e que também influencia a aquisição do hábito tabagista o nível de informação.

Quanto ao nível de informação grande parte da comunidade apresenta baixo nível de escolaridade, o que implica, de um modo geral, falta de acesso à informação e dificuldade em assimilar as informações fornecidas pelas campanhas anti fumo (MORATO, 2014, p.16). O baixo poder aquisitivo é outro fator encontrado na área de abrangência conforme o INCA (BRASIL, 2011), quanto menor o poder econômico da população menor é o nível de informação e, como consequência, maior é a exposição a fatores de risco, tanto para o tabagismo quanto para outras doenças preveníveis. A equipe de saúde torna-se responsável pelo acolhimento, tratamento e monitoramento destes pacientes.

6.2 Explicação do problema selecionado (quarto passo)

A hipertensão arterial sistólica e diabetes tipo 2 por si só são um desafio para a equipe mantê-los controlados, porque depende muito mais do paciente e sua família a adesão aos tratamentos e orientações. Associados com o uso de tabaco as consequências são muito mais graves pois pode ocorrer várias complicações. Este fato traz muita preocupação para a equipe devido ao número grande de pacientes com pressão arterial descompensada e

glicemia descontrolada que podem levar a internação hospitalar e mesmo o aparecimento de complicações que podem ser irreversíveis levando a sequelas graves e até ao óbito.

Os principais indicadores desse alto índice e seus problemas relacionados são a falta de educação em saúde, autoconhecimento da doença e dos fatores de risco, ausência do autocuidado com medidas não farmacológicas e mudança no estilo de vida.

O problema é produzido principalmente pelo estilo de vida dos usuários. Sobrepeso, alimentação inadequada, consumo excessivo de alimentos industrializados, sedentarismo agravados com o uso constante de tabaco que também apresenta seus fatores de risco: desemprego, ansiedade, conflito familiar e outros. Sendo assim o projeto de intervenção nesta comunidade teria o enfoque no tratamento não farmacológico como coadjuvante do tratamento medicamentoso, tanto para prevenção de doenças, controle dos fatores de risco modificáveis e controle das doenças crônicas já existentes.

6.3- Seleção dos nós críticos (quinto passo)

Nós críticos são aquelas causas que são consideradas mais importantes na origem do problema, “que estão dentro do meu espaço de governabilidade, ou, então, o seu enfrentamento tem possibilidades de ser viabilizado pelo ator que está planejando” segundo Campos; Farias e Santos (2018, p. 65). Foram selecionados os seguintes “nós críticos”, a saber.

1. Falta de conhecimento dos tabagistas sobre os prejuízos da prática de fumar sobre o organismo sendo um fator de risco para doenças.
2. Abandono de tratamentos de doenças crônicas e uso do tabaco e a responsabilidade compartilhada no processo saúde-doença.
3. Ausência do autocuidado e estilo de vida inadequado remetendo ao uso do tabaco como sensação de redução da ansiedade
4. Falta de capacitação da equipe para abordar e tratar os usuários de tabaco.

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)

As operações são conjunto de ações para serem executadas durante a operacionalização do plano. Cada nó crítico tem um desenho de operações. As operações consomem recursos econômicos, organizacionais, cognitivos e de poder. Elas são desenhadas para dar suporte ao enfrentamento dos nós críticos. Nos quadros das operações estão contidos em suas linhas e colunas todo procedimento a serem seguidos: operações, projetos, resultados e produtos esperados, recursos necessários e os críticos, ações estratégicas, prazo, responsáveis pelo acompanhamento das ações e o processo de monitoramento e avaliação das ações (CAMPOS; FARIA; SANTOS,2018).

A seguir são detalhados os passos sexto a décimo apresentados nos quadros 2 a 5, separadamente para cada nó crítico.

Quadro 2 – Desenho das operações (6º passo) e viabilidade e gestão (7º a 10º passo) sobre o “nó crítico 1” relacionado ao problema “alto número de tabagistas” na população sob responsabilidade da Equipe de Saúde da Família Santa Luzia, do município Itajubá, Minas Gerais. 2020.

Nó crítico 1	Falta de conhecimento dos tabagistas sobre os prejuízos da prática de fumar sobre o organismo sendo um fator de risco para doenças.
6º passo: operação (operações)	Aumentar o conhecimento dos usuários por meio da aquisição e orientações amplas das complicações e efeitos colaterais do uso do tabaco. Formar de grupos para discutir sobre o tabagismo, cessação, medicamento e técnicas terapêuticas para vencer a abstinência.
6º passo: projeto	Conhecimento é vida.
6º passo: resultados esperados	Cessação do tabagismo em 80% dos tabagistas Que a área de abrangência tenha informação ampla das complicações e efeitos colaterais do uso do tabaco.
6º passo: produtos esperados	Grupos informativos a comunidade de abrangência para exposição sobre o tema tabagismo: prejuízos do tabaco e os benefícios no abandono do mesmo, e organização de grupos interessados em cessar o tabagismo. Organizar lista de espera e sequencial de grupos interessados em cessar o tabagismo após as palestras informativas dos prejuízos do tabaco e os benefícios no abandono do mesmo. Grupos/consultas médicas e da equipe de enfermagem para acompanhamento e seguimento dos grupos de participantes para cessação do tabagismo. Reunião com a psicóloga para os pacientes que encontrarem mais dificuldade de deixar de fumar.
6º passo: recursos necessários	Estrutural: organizar palestra aos grupos operacionais para capacitar toda a população sobre os efeitos colaterais do tabagismo. Cognitivo: transmitir conhecimentos sobre o assunto e planejar estratégias para abandono do tabagismo. Financeiro: adquirir recursos econômicos bem como junto a prefeitura municipal para realizar o projeto como: folhetos, folders, banner sobre o assunto. Político: apoio do gestor
7º passo: viabilidade do plano recursos necessários	Estrutural: organizar palestra aos grupos operacionais para capacitar toda a população sobre os efeitos colaterais do tabagismo. Cognitivo: transmitir conhecimentos sobre o assunto e planejar estratégias para abandono do tabagismo. Financeiro: adquirir recursos econômicos bem como junto a prefeitura municipal para realizar o projeto como: folhetos, folders, banner sobre o assunto.

	Político: Planejar um trabalho em equipe na ESF, envolvendo a os membros da Equipe ESF Santa Luzia.
8º passo: controle dos recursos críticos-ações estratégicas	Médica, enfermeira e psicóloga estão motivadas. Não é necessário usar ações estratégicas motivacionais.
9º passo; acompanhamento do plano - responsáveis e prazos	Avaliação quinzenal do cumprimento de metas propostas e dos resultados proporcionais pela médica e enfermeira
10º passo: gestão do plano: monitoramento e avaliação das ações	Equipe envolvida vai avaliar as melhorias após intervenções em reuniões e grupos com os pacientes e constar em ata.

Fonte: Próprio autor (2020)

Quadro 3 – Desenho das operações (6º passo) e viabilidade e gestão (7º a 10º passo) sobre o “nó crítico 2” relacionado ao problema “alto número de tabagistas” na população sob responsabilidade da Equipe de Saúde da Família Santa Luzia, do município Itajubá, Minas Gerais. 2020.

Nó crítico 2	Abandono de tratamentos de doenças crônicas e uso do tabaco e a responsabilidade compartilhada no processo saúde-doença.
6º passo: operação (operações)	Visitas domiciliares
6º passo: projeto	Assumo minha responsabilidade
6º passo: resultados esperados	100% dos pacientes estarem em tratamento das doenças crônicas.
6º passo: produtos esperados	Grupos informativos com palestras; Consultas médicas e de enfermagem; Visitas domiciliares.
6º passo: recursos necessários	Estrutural: organizar palestra aos grupos operacionais para capacitar toda a população sobre a importância da adesão ao tratamento das doenças crônicas Cognitivo: transmitir conhecimentos sobre o assunto e planejar estratégias para abandono do tabagismo.

	<p>Financeiro: adquirir recursos econômicos bem como junto a prefeitura municipal para realizar o projeto como: folhetos, folders, banner sobre o assunto.</p> <p>Político: Planejar um trabalho em equipe na ESF, envolvendo a os membros da Equipe ESF Santa Luzia.</p>
7º passo viabilidade do plano recursos necessários	<p>Estrutural: organizar agendas para participar das atividades</p> <p>Cognitivo: transmitir conhecimentos sobre o assunto e planejar estratégias para abandono do tabagismo.</p> <p>Financeiro: para aquisição de materiais didáticos</p> <p>Político: apoio do gestor</p>
8º passo: controle dos recursos críticos - ações estratégicas	<p>Médica, enfermeira e psicóloga estão motivadas.</p> <p>Não é necessário usar ações estratégicas motivacionais.</p>
9º passo: acompanhamento do plano - responsáveis e prazos	<p>Avaliação quinzenal do cumprimento de metas propostas e dos resultados proporcionais pela médica e enfermeira</p>
10º passo: gestão do plano: monitoramento e avaliação das ações	<p>Equipe envolvida vai avaliar as melhorias após intervenções em reuniões e grupos com os pacientes e constar em ata.</p>

Fonte: Próprio autor (2020)

Quadro 4- Desenho das operações (6º passo) e viabilidade e gestão (7º a 10º passo) sobre o “nó crítico 3” relacionado ao problema “alto número de tabagistas” na população sob responsabilidade da Equipe de Saúde da Família Santa Luzia, do município Itajubá, 2020.

Nó crítico 3	<p>Ausência do autocuidado e estilo de vida inadequado remetendo ao uso do tabaco como sensação de redução da ansiedade.</p>
6º passo: operação (operações)	<p>Grupos operacionais multidisciplinar para orientações sobre hábitos de vida, alimentares, atividade física, saúde mental, repouso adequado e fatores modificáveis no estilo de vida</p> <p>Formação de grupos para atividade física.</p>
6º passo: projeto	Viver a Vida
6º passo: resultados esperados	<p>Paciente com mais conhecimento e consciente dos fatores de risco modificáveis e mudanças no estilo de vida favoráveis a saúde e bem estar. Um olhar holístico sobre si mesmo.</p>
6º passo: produtos esperados	<p>- Entendimento da importância do autocuidado e os benefícios proporcionados pelos mesmos na prática e efetuar mudanças nos</p>

	hábitos de vida e cessação do tabagismo prevenindo agravos e controle das doenças crônicas.
6º passo: recursos necessários	<p>Estrutural: Realizar abordagem multiprofissional nutricionistas, educador físico, psicólogos, médica, enfermeira. Grupos de atendimento psicológico para entender a fissura e ansiedade no processo de cessação do tabagismo, grupo de atividade física semanal, grupos de alimentação saudável.</p> <p>Cognitivo: Aumentar o conhecimento da população sobre os benefícios do estilo de vida saudável e equilibrado na prevenção e controle de doenças.</p> <p>Financeiro: Aumento dos recursos para os órgãos competentes para realizar insumos na realização de cozinha experimental para ensino de alimentação saudável.</p>
7º passo: viabilidade do plano recursos necessários	<p>Estrutural: Realizar abordagem multiprofissional nutricionistas, educador físico, psicólogos, medica, enfermeira. Grupos de atendimento psicológico para entender a fissura e ansiedade no processo de cessação do tabagismo, grupo de atividade física semanal, grupos de alimentação saudável.</p> <p>Cognitivo: Aumentar o conhecimento da população sobre os benefícios do estilo de vida saudável e equilibrado na prevenção e controle de doenças.</p> <p>Financeiro: Aumento dos recursos para os órgãos competentes para realizar insumos na realização de cozinha experimental para ensino de alimentação saudável.</p> <p>Político: apoio do gestor</p>
8º passo: controle dos recursos críticos - ações estratégicas	Nutricionistas, educador físico, psicólogos, médica e enfermeira estão favoráveis. Não é necessário utilizar nenhuma ação estratégica motivacional
9º passo: acompanhamento do plano - responsáveis e prazos	Avaliação quinzenal do cumprimento de metas propostas e dos resultados proporcionais pela médica e enfermeira
10º passo: gestão do plano: monitoramento e avaliação das ações	Equipe envolvida vai avaliar as melhorias após intervenções em reuniões e grupos com os pacientes e constar em ata.

Fonte: próprio autor (2020)

Quadro 5- Desenho das operações (6º passo) e viabilidade e gestão (7º a 10º passo) sobre o “nó crítico 4” relacionado ao problema “alto número de tabagistas” na população sob responsabilidade da Equipe de Saúde da Família Santa Luzia, do município Itajubá, Minas Gerais. 2020

Nó crítico 4	Falta de capacitação da equipe para abordar e tratar os usuários de tabaco
---------------------	--

6º passo: operação (operações)	-Capacitar a equipe -Aumentar o conhecimento dos profissionais acerca do Programa do Ministério da Saúde sobre o Tabagismo.
6º passo: projeto	Mais saúde
6º passo: resultados esperados	100% da equipe capacitada
6º passo: produtos esperados	-Entendimento da importância da abordagem dos pacientes tabagistas e inclusão deles no projeto
6º passo: recursos necessários	Estrutural: Realizar abordagem multiprofissional para capacitação dos profissionais. Cognitivo: repasse de conhecimento para a equipe. Financeiro: Apoio da gestão municipal em financiar e disponibilizar materiais de apoio à capacitação. Político: apoio do gestor
7º passo: viabilidade do plano - recursos críticos	Estrutural: disponibilidade dos profissionais e agendamento nas agendas para participar da capacitação. Cognitivo: repasse de conhecimento para a equipe. Financeiro: Apoio da gestão municipal em financiar e disponibilizar materiais de apoio à capacitação Político: apoio do gestor
8º passo: controle dos recursos críticos - ações estratégicas	Médica e enfermeiras estão favoráveis. Não é necessário utilizar nenhuma ação estratégica motivacional
9º passo; acompanhamento do plano - responsáveis e prazos	Avaliação quinzenal do cumprimento de metas propostas e dos resultados proporcionais pela médica e enfermeira
10º passo: gestão do plano: monitoramento e avaliação das ações	A equipe vai se auto avaliar e também monitorar e avaliar as ações.

Fonte: próprio autor (2020)

7 CONSIDERAÇÕES FINAIS

O tabagismo é assunto de importância nas discussões relacionadas à saúde pública, isso se deve tanto à importância da temática apresentada quanto à necessidade de se combater o fumo, pois suas consequências afetam os indivíduos nas mais diversas situações cotidianas e no processo saúde/enfermidade.

Assim, para atender o objetivo geral do presente trabalho, que é elaborar um plano de intervenção para melhoria do atendimento ao paciente tabagista, foi feita uma pesquisa bibliográfica a fim de descrever e discutir os males causados pelo uso contínuo do tabaco e traçar um paralelo entre os resultados alcançados e a prática vivenciada na unidade de saúde ESF Santa Luzia bem como implementar programa para cessação do tabagismo em nossa comunidade, esperamos ao longo do projeto reduzir os casos de tabagistas na unidade.

REFERÊNCIAS

BRASIL. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. **IBGE Cidades@**. Brasília, [online], 2010. Disponível em: <https://cidades.ibge.gov.br/brasil/mg/itajubá>. Acesso em: 7 de junho de 2020.

BRASIL. Ministério da Saúde. Instituto Nacional de Câncer José Alencar Gomes da Silva - INCA. **A situação do tabagismo no Brasil: dados dos inquéritos do Sistema Internacional de Vigilância do Tabagismo da Organização Mundial da Saúde realizados no Brasil entre 2002 e 2009**. Rio de Janeiro: INCA, 2011. 76 p.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. **Vigitel Brasil 2013: vigilância de fatores de risco e proteção para doenças crônicas por inquérito telefônico**. Brasília: Ministério da Saúde; 2014. 120p. (Série G. Estatística e Informação em Saúde).

BRASIL. Departamento de Vigilância de Doenças e Agravos não Transmissíveis e Promoção da Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde, Ministério da Saúde. **Vigitel. Vigilância de Fatores de Risco e Proteção para Doenças Crônicas por Inquérito Telefônico: estimativas sobre frequência e distribuição sociodemográfica de de fatores de risco e proteção para doenças crônicas nas capitais dos 26 estados brasileiros e no Distrito Federal em 2015**. Brasília: Ministério da Saúde; 2015.

BRASIL, Instituto Nacional de Câncer José de Alencar Gomes da Silva.. **Programa Nacional de Controle do Tabagismo**. BRASIL. 2018 Disponível em: <https://www.inca.gov.br/programa-nacional-de-controle-do-tabagismo/tabagismo> Acesso em: 28 jun 2020.

BRASIL, Instituto Nacional de Câncer José Alencar Gomes da Silva. Como abordar o controle do tabagismo articulado ao programa de tuberculose no Sistema Único de Saúde? / Instituto Nacional de Câncer José Alencar Gomes da Silva. – Rio de Janeiro: INCA, 2019. 52 p. ISBN 978-85-7318-383-2 (versão impressa) ISBN 978-85-7318-384-9 (versão eletrônica).

CORREA, VANCONCELOS, SOUZA, 2017. CORRÊA, E. J.; VASCONCELOS, M.; SOUZA SOUZA. M,S DE L.; **Iniciação à metodologia: trabalho de conclusão de curso /**. -- Belo Horizonte: NESCON UFMG, 2018. 77 p.: il.; 22 x 27cm.

FARIA H. P.; CAMPOS, F. C. C. SANTOS, M. A. **Planejamento, avaliação e programação das ações em saúde**. Belo Horizonte: NESCON/UFMG, 2018. https://www.nescon.medicina.ufmg.br/biblioteca/imagem/PLANEJAMENTO_AVALIACAO_PROGRAMACAO_Versao_Final.pdf. Acesso em: 6 out. 2019

GUIMARAES, A. **História de Itajubá**. Belo Horizonte: Imprensa Oficial, 1987.

IGLESIAS, R. et al. Documento de discussão – saúde, nutrição e população (HNP) Controle do tabagismo no Brasil: resumo executivo. **Epidemiol. Serv.Saúde**, Brasília, v.17, n.4, 301-304, 2008 NO TEXTO

MALCON, M; MENEZES, A. M. B. Tabagismo na adolescência. **Pediatria**. São Paulo. v. 24, n.3/4, p.81-82, 2002.

MALTA, Deborah Carvalho et al. Fatores associados ao uso de narguilé e outros produtos do tabaco entre escolares, Brasil, 2015. **Revista Brasileira de Epidemiologia**, v. 21, p. e180006, 2018.

MORATO, 2014 MORATO. C, S.; **O Uso do cigarro e seus malefícios na Unidade de Saúde Caic, em Patos de Minas/MG**. Trabalho de conclusão do Curso de Especialização Gestão do Cuidado em Atenção Básica. Belo Horizonte: NESCON/UFMG,2014

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

PINTO, B. **Discurso câmara dos deputados**. Sessão 092.2.53.O. Data:07/05/2008. Disponível em:< <https://www.camara.leg.br/internet/sitaqweb/> > Acesso em: 03/06/2020.

ROSEMBERG, J. **Nicotina: droga universal**. São Paulo: s.n., 2004.

SOLANO REINA, S.; DAMASCENO, A. G. T.; GRANDA ORIVE, J. I.D Iniciación y mantenimiento del hábito tabáquico: el paciente que va a dejar de fumar.in
In:

KUHNEN, M. *et al.* Tabagismo e fatores associados em adultos: um estudo de base populacional. **Rev. Bras. Epidemiologia**, Lajes .Santa Catarina, v. 12, n. 4, p. 615-26, 2009.