

UNIVERSIDADE FEDERAL DE MINAS GERAIS
ESPECIALIZAÇÃO EM ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA

ANDRÉ FELIPE FERREIRA DE SOUZA

**ALTO ÍNDICE DE PACIENTES TABAGISTAS NA EQUIPE DE
PROGRAMA DE SAÚDE DA FAMÍLIA DA ZONA RURAL DO
MUNICÍPIO DE BOM SUCESSO – MINAS GERAIS: PROPOSTA DE
INTERVENÇÃO**

Juiz de Fora/ Minas Gerais

2015

ANDRÉ FELIPE FERREIRA DE SOUZA

**ALTO ÍNDICE DE PACIENTES TABAGISTAS NA EQUIPE DE
PROGRAMA DE SAÚDE DA FAMÍLIA DA ZONA RURAL DO
MUNICÍPIO DE BOM SUCESSO – MINAS GERAIS: PROPOSTA DE
INTERVENÇÃO**

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

Orientadora: Juliana Dias Pereira dos Santos

Juiz de Fora / Minas Gerais

2015

ANDRÉ FELIPE FERREIRA DE SOUZA

**ALTO ÍNDICE DE PACIENTES TABAGISTAS NA EQUIPE DE
PROGRAMA DE SAÚDE DA FAMÍLIA DA ZONA RURAL DO
MUNICÍPIO DE BOM SUCESSO – MINAS GERAIS: PROPOSTA DE
INTERVENÇÃO**

Banca examinadora

Examinador 1: Dra. Juliana Dias Pereira dos Santos

Examinador 2 – Prof. Nome - Instituição

Aprovado em Belo Horizonte, em de novembro de 2015.

AGRADECIMENTOS

Agradeço a todos os meus colegas da equipe de PSF Zona Rural pelo apoio no desenvolvimento deste trabalho – em especial a agente comunitária de saúde Keli, presente mesmo diante das tarefas mais difíceis.

À Tatiane Souza Oliveira, que mesmo de longe foi como um farol neste trajeto.

À tutora Kátia Ferreira Costa Campos pela compreensão, e à orientadora Juliana Dias Pereira dos Santos, cujo cuidadoso direcionamento foi imprescindível.

RESUMO

O tabagismo é considerado pela Organização Mundial de Saúde uma doença crônica e epidêmica, e é a maior causa isolada de adoecimento e morte precoce e evitável em todo o mundo. Em torno de 80% dos tabagistas vivem em países em desenvolvimento. De acordo com o Ministério da Saúde, a incidência do tabagismo tem diminuído anualmente no Brasil, sendo encontrado uma taxa de 11,3% de fumantes entre os adultos no ano 2014. O consumo de tabaco expõe o indivíduo a mais de 4700 substâncias, a maior parte tóxicas ao organismo e capazes de causar diversos tipos de câncer, bem como doenças dos aparelhos respiratório e cardiovascular. Além disso, o hábito de fumar provoca dependência física e psicológica, o que dificulta a cessação do mesmo e exige como tratamento a esta doença estratégias que vão além do uso de medicamentos. Com o objetivo de reduzir a incidência de pacientes maiores de 18 anos tabagistas atendidos pela Equipe de Saúde da Família da Zona Rural da cidade do Bom Sucesso – MG (20,7% dos adultos) foi desenvolvida esta proposta de intervenção. Foi utilizado o método de Planejamento Estratégico Situacional (PES), com avaliação quantitativa dos pacientes tabagistas em uma microárea, revisão bibliográfica sobre o tema e planejamento das ações práticas a serem realizadas. O projeto visa a equiparação do cuidado aos tabagistas àquele oferecido aos demais doentes crônicos da área e o desenvolvimento de grupos operativos de combate ao tabagismo. A configuração incompleta da equipe e a ausência de unidade de referência, bem como a necessidade de capacitação dos profissionais para atuação nos grupos operativos, ainda são desafios a serem alcançados.

Palavras-chave: Hábito de Fumar; Abandono do Uso de Tabaco; Atenção Primária à Saúde

ABSTRACT

Smoking is considered by the World Health Organization a chronic and epidemic disease, and is the largest single cause of premature and preventable illness and death worldwide. About 80% of smokers live in developing countries. According to the Ministry of Health, the incidence of smoking has decreased annually in Brazil, found a rate of 11.3% of smokers among adults in 2014. Tobacco's use exposes the individual to more than 4700 substances, most toxic to the body and capable of causing various cancers and diseases of the respiratory and cardiovascular systems. In addition, smoking causes physical and psychological dependence, which makes difficult the cessation and requires as a treatment to this disease strategies that go beyond the use of drugs. In order to reduce the incidence of smoking patients older than 18 attended by the Family Health's Team of Bom Sucesso's rural zone in Minas Gerais (20.7% of adults) was developed this proposed intervention. We used the method of Situational Strategic Planning (PES) with quantitative evaluation of smokers in a micro area, complemented with literature review on the topic and planning the practical actions to be taken. The project aims to equate the care of smokers to that offered to other chronicles diseases and the development of operational teams to combat smoking. Incomplete configuration of staff and the absence of reference unit as well as the need for training of professionals to work in operative groups are still challenges to be met.

Keywords: Smoking; Tobacco Use Cessation; Primary Health Care

SUMÁRIO

1. INTRODUÇÃO	12
2. JUSTIFICATIVA	17
3. OBJETIVOS	18
4. METODOLOGIA.....	19
5. REVISÃO BIBLIOGRÁFICA	21
6. PROPOSTA DE INTERVENÇÃO.....	28
7. CONSIDERAÇÕES FINAIS	33
8. REFERÊNCIAS.....	34

1. INTRODUÇÃO

Bom Sucesso é município localizado na região sul de Minas Gerais a aproximadamente 200 km da capital, Belo Horizonte, e dista 20 quilômetros de uma das principais rodovias do estado - Rodovia Fernão Dias, que liga a capital ao estado de São Paulo. Contendo aproximadamente 17.858 habitantes (IBGE, 2015), possui sua economia pautada principalmente pela atividade agropecuária, sendo o café e a produção de leite os artigos de maior importância. Sua formação é antiga e data do início do século XVIII. Após várias divisões territoriais entre as cidades vizinhas, foi acertado em 1970 a configuração atual do município contando apenas com dois distritos: o distrito sede e o de Macaia (IBGE, 2015).

O desenvolvimento da economia permitiu o crescimento do município, que hoje conta com um setor de serviços bastante variado. O setor de educação conta com sete escolas de ensino fundamental e duas escolas de ensino médio; e culturalmente merece destaque as festividades religiosas da Semana Santa, sendo a população da cidade majoritariamente católica.

Sendo Bom Sucesso cidade com economia predominantemente agrária, desde a implantação do Programa de Saúde da Família (PSF) no município foi percebida a necessidade de se direcionar atendimento à saúde dos moradores da zona rural (esta, inclusive, é de muito maior extensão que a parte urbana, graças principalmente às fazendas produtoras de leite e às plantações de café). Este território é composto pelo distrito de Macaia e diversas localidades rurais de menor extensão, sendo as duas principais as de Bananal e Machados. Apesar da grande extensão, praticamente toda a região conta com eletricidade e o índice de alfabetização entre os adultos é alto, mesmo nas localidades mais afastadas. A estrutura de saneamento, porém, deixa a desejar, sendo que o sistema de esgoto alcança praticamente 1% das famílias, apenas; o mesmo ocorrendo com a coleta pública de lixo. Assim, é majoritário o uso de fossas sépticas e há locais com esgoto à céu aberto. O destino do lixo em algumas localidades fica por conta de ser queimado ou enterrado.

A equipe de PSF da Zona Rural e as unidades de atendimento

Há atendimento pela equipe em três locais: em Bom Sucesso e nas localidades de Machados e de Bananal (o distrito de Macaia conta com PSF próprio). Na Cidade, a equipe não dispõe de unidade própria e atualmente os atendimentos acontecem no prédio do PSF Aparecida. Com isso, há horários (principalmente nas manhãs) em que acumulam-se pacientes aguardando atendimento das duas equipes. Também já foi necessário a troca de salas entre os profissionais, no horário de atendimento, por conta de demandas específicas (como os atendimentos ginecológicos, dependentes de estrutura e materiais contidos em uma única sala), o que gera descontentamentos por parte dos profissionais e atrasos para os pacientes. Ainda que tenha sido aceito de bom grado a partilha do espaço com a equipe da zona rural pela equipe "nativa", é evidente a necessidade de uma sede própria. Existe a proposta de mudança de espaço ainda este ano para o prédio da antiga policlínica municipal, atualmente em reforma.

Na cidade são atendidas diversas pequenas localidades rurais, como os povoados de Aureliana Mourão, Babilônia, Zeringota, Costa, Merendas (na segunda-feira) e de Boa Vista (na terça-feira).

Em Bananal, os atendimentos são realizados em um posto antigo, no terreno da escola daquela comunidade. É facilmente perceptível que a estrutura do ambiente, ainda que planejada para este fim, não contava com as necessidades atuais de acolhimento e atendimentos médico e odontológico. O prédio é pequeno e, após muitos anos fechado, exige reforma da parte elétrica, não ocorrida até o momento. Assim, em uma das salas do local nem sequer funciona a luz elétrica; e a água potável precisa ser levada pelos profissionais, uma vez que não se dispõe de filtro ou bebedouro no local. Talvez os únicos aspectos realmente positivos da localidade seja a proximidade da população, cujos domicílios se ajuntam ao redor deste centro formado pelos prédios públicos, e o fato de ela acolher e cuidar com afeto da equipe que possui ali. Essa comunidade está distante cerca de 20 quilômetros do centro de Bom Sucesso, sendo a maior parte do percurso em estrada de terra.

Machados é situada a cerca de 25 quilômetros do centro da Cidade, também com a maior parte do trajeto feita em estrada de chão. Lá existe prédio construído especificamente para acolher o centro de saúde, com espaço suficiente e salas

adequadas. Sobre essa comunidade, é interessante citar a enorme demanda da população, que além de grande em número é repleta de hiper-utilizadores do serviço.

Em ambas as localidades, Bananal e Machados, há poucos recursos para que seja feito um atendimento adequado. Não há, por exemplo, aparelho de sonar e nem mesmo Pinard para avaliação dos batimentos cardíacos fetais durante a consulta de pré-natal. Não há dispensação de medicamentos nas unidades (o que exige dos pacientes o deslocamento até Bom Sucesso para conseguir os remédios que são disponibilizados pelo SUS), as vacinas precisam ser transportadas pela equipe até as locais (que não dispõem de geladeira), e inexistem grupos de apoio fixos, como a equipe de zoonoses.

Funcionamento da unidade de saúde

A unidade de saúde do PSF Aparecida funciona de sete às 16 horas, diariamente. Os atendimentos da equipe do PSF Rural, como comentado, acontecem nessa unidade na segunda e terça-feira, sendo já debatido os problemas mais relevantes dessa convivência. Nas outras unidades, o funcionamento depende da demanda de atendimentos, sendo que em Bananal o posto só está aberto durante o dia de atendimento, que é quarta-feira. Na comunidade dos Machados, há a presença constante de técnico em enfermagem, o que possibilita a abertura da unidade, durante alguns turnos, em outros dias da semana, além daquele em que acontece o atendimento médico. Não encontramos solicitações das comunidades rurais atendidas para que os horários de atendimento sejam estendidos, pois o acesso do paciente às unidades nem sempre é fácil.

O dia-a-dia da equipe

O tempo de atendimento está dedicado quase que exclusivamente com o que poderia ser chamado de "demanda espontânea-programada" (os pacientes acionam os agentes comunitários de saúde (ACS) e estes agendam os atendimentos da próxima semana). Os atendimentos de pré-natal e puericultura são parcialmente direcionados aos especialistas de apoio. A correção dessa questão está em discussão na equipe.

Mas fato que certamente causou mais estranhamento foi a imensa demanda por renovação de receitas (mesmo de pacientes que não são acompanhados diretamente pela equipe), situação que ocorre também nas outras unidades de PSF da cidade e que parece

cristalizada na maneira como o Programa atua. Certamente essa é discussão que precisa acontecer no futuro, para melhor controle dos pacientes e melhor aproveitamento do tempo da equipe.

O grande número de pacientes tabagistas em consulta médica surpreende – mesmo este, na maior parte das vezes, não sendo o motivo do atendimento. A suposição apresentada pelo médico teve ressonância em outros membros da equipe, em especial os agentes comunitários de saúde, que sinalizaram a presença de muitos habitantes com esse hábito em suas respectivas microáreas. Este diagnóstico foi, então, destacado e escolhido para ser trabalhado, visto seu impacto na saúde, tanto individual quanto coletivamente. A priorização deste problema correu após consecutivas discussões, com a proposta de uma equiparação do mesmo às outras doenças crônicas atendidas pela equipe e possibilidade de abordagem individualizada e em grupo, dos pacientes.

Para o diagnóstico situacional foi realizada avaliação quantitativa dos pacientes tabagistas de uma das sete microáreas: 255 pessoas maiores de 18 anos, 53 fumantes: 20,7%. (dos quais 80% são homens e 20% mulheres). A média de fumantes na população brasileira, em 2013, foi estimada em 11,3% (VIGITEL – MS, 2013), o que confirmou a hipótese de alta incidência de tabagismo na população adscrita da equipe.

O tabagismo é uma doença extremamente danosa e muito prevalente na população atendida pela equipe de PSF da Zona Rural. Sabe-se que o hábito de fumar expõe o indivíduo a mais de 4700 substâncias químicas, muitas delas tóxicas. Como resultado, tem-se esta como a maior causa isolada evitável de adoecimento e responsável pela morte de um em cada dez adultos no mundo (MEIRELLES, 2009).

As conseqüências do tabagismo são muitas, podendo ser citadas como mais relevantes: vários tipos de câncer (entre eles pulmão, laringe, faringe e bexiga), doenças do aparelho respiratório (enfisema, bronquite crônica e infecções respiratórias) e doenças cardiovasculares (infarto agudo do miocárdio, hipertensão arterial sistêmica, acidentes vasculares cerebrais, trombose). (MEIRELLES, 2009)

A maior parte dos nossos pacientes fumantes são consumidores de cigarro de palha, objeto pouco estudado na literatura médica. Deve ser citado, porém a ausência de

regulamentação de compra do tabaco para essa forma de consumo, o que facilita o acesso ao mesmo.

A cidade de Bom Sucesso já pertenceu àquelas receptoras de tratamento específico para o combate ao tabagismo, no ano de 2012. A intervenção apresentada neste trabalho propõe o retorno dessa estratégia.

2. JUSTIFICATIVA

Justifica-se a importância de se implantar o projeto de intervenção proposto, uma vez que o tabagismo foi identificado como um dos principais problemas de saúde na população atendida pela equipe de Saúde da Família da Zona Rural, da cidade de Bom Sucesso. Neste grupo, a porcentagem de pacientes diabéticos era de 2,39% e a de hipertensos, 18,2%, em fevereiro de 2015 (SIAB). Se comparado com a porcentagem encontrada de fumantes (20,7%), percebemos a importância do quadro e a necessidade de se dedicar atenção ao fato.

A retomada do tratamento do tabagismo para essa comunidade visa a diminuição da população tabagista na área da referida equipe e consequente melhora da condição de vida e diminuição de risco cardiovascular global dos pacientes atendidos.

3. OBJETIVOS

Objetivo geral:

Propor um plano de intervenção a fim de reduzir a prevalência de tabagismo na população maior de 18 anos atendida pela equipe do PSF Zona Rural em Bom Sucesso – MG.

Objetivos específicos:

1. Estruturar revisão conceitual sobre o tema abordagem do tabagismo na Atenção Primária à Saúde.
2. Identificar os pacientes tabagistas e aproximá-los da equipe de maneira semelhante aos outros doentes crônicos.
3. Estruturar o processo de trabalho para iniciar a abordagem individual ou em grupo, através de estratégias comportamentais e, se necessário, medicamentosa com o intuito de conseguir a cessação do uso de tabaco.
4. Acompanhar o grupo de pacientes para observar a efetividade da ação através do percentual de pessoas que mantiveram abstinência.

4. METODOLOGIA

Para a elaboração de um plano de abordagem do problema eleito foram realizadas duas etapas: uma revisão bibliográfica sobre o tema e um planejamento de ações práticas de intervenção para alcançar o objetivo final, que é reduzir o número de pacientes tabagistas entre os moradores da área de abrangência da equipe.

A revisão bibliográfica foi realizada através da Biblioteca Virtual em Saúde, na base de dados Coleciona SUS, utilizando os seguintes descritores: Hábito de Fumar; Produtos de Tabaco; Atenção Primária à Saúde. Além disso, foi consultado o site do Instituto Nacional do Câncer (INCA).

Para desenvolvimento do plano, foi utilizado o método de Planejamento Estratégico Situacional (PES) e seguido os passos propostos nesta metodologia, que é tema de relevância maior na disciplina de Planejamento e Avaliação das Ações de Saúde deste Curso. Outras disciplinas, reunidas na primeira unidade didática, são o Processo de Trabalho em Saúde, o Modelo Assistencial e Atenção Primária à Saúde, As Práticas Pedagógicas em Atenção Básica e a Iniciação à Metodologia: Textos Científicos. Essas matérias foram distribuídas durante o período de um semestre e contaram com atividades desenvolvidas à distância e com encontros presenciais de periodicidade mensal. As atividades realizadas on-line foram organizadas de modo a permitir o estudo e a criação individual de conteúdo (postagem de atividades direcionadas aos profissionais da área de Saúde da Família e Comunidade posicionados como Tutores das disciplinas), bem como a aquisição de aprendizado e construção de conhecimento de forma coletiva, através dos Fóruns, que contou com a participação dos tutores e todos os médicos inscritos naquela disciplina. O fato de estes estarem distribuídos em diversos territórios do país e estarem imersos em diferentes realidades só teve a acrescentar às discussões.

O PES serviu como um guia capaz de empenhar a equipe a uma organização eficaz e dirigir as metas pensadas pelo grupo. Permitiu também o aprendizado de conceitos importantes, como o de estratégia, situação, ator social e problema. A idéia de planejamento é então expandida e a Estratégia surge como uma necessidade de equilíbrio entre os interesses dos diversos Atores Sociais. Estes, podem ser indivíduos

ou organizações coletivas, com ações capazes de transformar a realidade em que estão inseridos – logo o conhecimento e a realidade são sempre parciais e múltiplas, o que enriquece o processo de planejamento. A Situação, por sua vez, pode ser entendida como um espaço socialmente criado, em que os atores sociais desempenham seus papéis. Em relação ao Problema, este é objeto de trabalho, é o motivo do planejamento; e também é múltiplo, uma vez que depende do referencial (ou seja, varia conforme o ator social).

O desenvolvimento do planejamento como um processo participativo, envolvendo diversos atores sociais é, provavelmente, a característica que mais favorece a escolha do PES como método de trabalho na concepção de um diagnóstico situacional de saúde – e é o método proposto durante o curso de Especialização em Estratégia Saúde da Família. A presença de diferentes atores (profissionais de saúde, população atendida, secretaria municipal de saúde etc.) com diferentes realidades e interesses, e inseridos em diferentes universos (condições de moradia, trabalho, configuração familiar, entre outros) exige uma forma menos normativa de análise. Decerto, se empobreceria de conteúdos e idéias, além de se conseguir menores eficiência e eficácia, se toda a diversidade desse conjunto fosse ignorada.

5. REVISÃO BIBLIOGRÁFICA

Uma definição exata de tabagismo seria o consumo de qualquer derivado do tabaco, produtor ou não de fumaça (MEIRELLES, 2009), porém se sabe que esta expressão simples abrange questão das mais relevantes em saúde pública. De acordo com a Organização Mundial de Saúde (OMS), o tabagismo é uma doença crônica, epidêmica, transmitida através da propaganda e publicidade. Além disso, é a maior causa isolada evitável de adoecimento e mortes precoces em todo o mundo, sendo responsável pela morte de um a cada dez adultos e cerca de 5 milhões de mortes por ano (MEIRELLES, 2009).

Existe cerca de 1,3 bilhões de fumantes no mundo, sendo que 80% deles vivem em países em desenvolvimento. Segundo o Ministério da Saúde (MS), no Brasil, de acordo com dados da Vigilância de Fatores de Risco e Proteção para Doenças Crônicas Por Inquérito Telefônico (VIGITEL Brasil, 2013), a frequência de adultos (maiores de 18 anos) fumantes foi de 11,3% - 14,4% entre os homens e 8,6% entre as mulheres. Em números, há cerca de 27,9 milhões de fumantes no País.

O tabagismo é doença presente na Décima Revisão da Classificação Internacional de Doenças (CID-10), no grupo dos transtornos mentais e de comportamento decorrentes do uso de substâncias psicoativas. A nicotina, alcalóide cuja principal fonte é o tabaco (*Nicotiana tabacum*), é substância capaz de alterar estruturalmente (pelo aumento da densidade de receptores) e fisiologicamente, causando intensa dependência, de forma semelhante a outras drogas, como a cocaína e a heroína (MEIRELLES, 2009). Tal dependência obriga o fumante a se expor a mais de 4700 substâncias, inclusive tóxicas, o que resulta no enorme dano causado pelo hábito de fumar.

[...] o tabagismo é um fator causal de aproximadamente 50 doenças, entre elas vários tipos de câncer (pulmão laringe, faringe, esôfago, estômago, pâncreas, fígado, rim, bexiga, colo de útero, leucemia), doenças do aparelho respiratório (enfisema pulmonar, bronquite crônica, asma, infecções respiratórias) e doenças

cardiovasculares (angina, infarto agudo do miocárdio, hipertensão arterial, aneurismas, acidente vascular cerebral, trombozes) (MEIRELLES, 2009, p.13).

O hábito de fumar causa no paciente dependência física e psicológica, havendo compulsão pelo uso, desenvolvimento de tolerância e síndrome de abstinência quando o paciente é afastado desse hábito. Além disso, é comum o fumante associar o cigarro com situações corriqueiras, criando condicionamentos como fumar após ingerir café ou ao dirigir. Os condicionamentos reforçam o comportamento de fumante.

A tentativa de controle do tabagismo no Brasil se encontra bastante avançada, conseguindo favorecer a redução do consumo nacional de tabaco ao longo dos últimos anos. De acordo com dados recentes do MS, a diminuição do número de maiores de 18 anos fumantes foi de 28% nos últimos oito anos (INCA, 2015). Entre as principais medidas adotadas pelo Estado está a proibição da propaganda e de patrocínios de tabaco em eventos esportivos e de artes, bem como a criação do Programa Nacional de Combate ao Tabagismo (PNCT) com outras medidas iniciadas no final da década de 1980. As ações de controle ao tabagismo são direcionadas para a educação, promoção e apoio à cessação de fumar e mobilização de medidas legislativas e econômicas para controle do tabaco (CAVALCANTE, 2005).

O efeito do tabagismo é visto principalmente no adulto, porém esse hábito geralmente se inicia na infância, o que justifica a importância de se legislar e direcionar medidas para a educação, com o objetivo de se impedir esse primeiro contato com o cigarro. "Hoje, vários estudos corroboram que 90% dos fumantes iniciaram até os 19 anos e 50% dos que experimentaram 1 cigarro se tornaram fumantes na vida adulta" (CINCIPRINI, 1997, apud. BRASIL, 2001, p. 7).

O tratamento do tabagismo preconizado pelo SUS é desenvolvido com bases nas diretrizes do Programa Nacional de Controle ao Tabagismo, sob coordenação do INCA. Desde 1989, este órgão do MS desenvolve ações voltadas ao combate ao hábito de fumar, sendo possível citar, evolutivamente, a criação de programas como o Programa Unidades de Saúde Livre do Tabaco, que visa a restrição do consumo de qualquer

derivado dessa substância nas unidades de saúde, e o Programa Ajudando o Seu Paciente a Deixar de Fumar, que visa capacitar profissionais de saúde e produzir material técnico de apoio a fim de aumentar a eficácia da abordagem no combate ao tabagismo. Nesse contexto, em 1996 é publicado o livro "Ajudando o Seu Paciente a Parar de Fumar", com a intenção de sinalizar a importância de se igualar o tabagismo ao nível de outras doenças crônicas (como a hipertensão arterial e o diabetes), além de sensibilizar os profissionais de saúde sobre a importância do acompanhamento desses pacientes para o sucesso do tratamento. Percebeu-se que 95% dos pacientes param de fumar sozinhos, porém, é sabido que o aconselhamento dado por qualquer profissional de saúde aumenta as taxas de cessação do tabagismo a cada tentativa.

A realização de capacitação buscou instruir o profissional sobre a técnica cognitiva-comportamental e estimular incluí-la também em sua rotina de atendimento. Os métodos propostos na abordagem ao paciente, segundo o Consenso de Abordagem e Tratamento do Fumante (BRASIL, 2001), são os seguintes:

1. Abordagem breve/mínima (PAAP – perguntar e avaliar, aconselhar e preparar o paciente para deixar de fumar): pode ser realizada por qualquer profissional de saúde (mesmo em triagens e em pronto atendimentos, por exemplo) e pode ser realizada em 3 minutos. Não visa o acompanhamento do paciente no processo de cessação do hábito de fumar, porém permite que um grande número de fumantes seja abordado com um baixo custo.

2. Abordagem básica (PAAPA – perguntar, avaliar, aconselhar, preparar e acompanhar): também pode ser realizada por qualquer profissional de saúde e tem duração média de 5 minutos. É mais recomendada que a PAAP, pois prevê o retorno do paciente e o auxílio ao mesmo durante a fase de abstinência.

3. Abordagem específica/intensiva: Pode ser feita individualmente ou em grupo e é indicada para fumantes motivados a parar de fumar, aqueles que tentaram mas não conseguiram e aqueles que buscam ajuda profissional específica para esse tipo de apoio. O ideal é que essa abordagem seja distribuída em quatro sessões estruturadas, semanais, que no final somem pelo menos 90 minutos de tempo total de contato com o paciente.

É indicado pelo Ministério da Saúde, no seu Consenso (BRASIL, 2001), que o paciente retorne para acompanhamento em pelo menos 3 momentos: nos 1º, 3º e 6º meses após a abordagem ao mesmo e a interrupção do hábito de fumar.

A abordagem cognitiva-comportamental é a base do tratamento e deve ser vista como essencial, pois pretende mudanças de comportamento que o fumante deve incorporar no seu dia-a-dia sem o cigarro. Comumente empregada para o tratamento de dependências, essa técnica mostrou um aumento da taxa de abstinência proporcional ao tempo de abordagem do paciente (até um limite de 90 minutos). O estudo de Fiore et al. mostrou o seguinte resultado: "quando comparadas com as situações em que nenhum aconselhamento é dado ao fumante, a abordagem mínima (< 3 minutos) aumenta a taxa de cessação de fumar em 30%, a abordagem de 3 a 10 minutos aumenta em 60%, e a abordagem de 10 minutos de duração aumenta em mais de 100%" (FIORE et al, 2000. apud BRASIL, 2001, p. 13).

Em relação ao tratamento farmacológico, sabe-se que para todo fumante acima de 18 anos, que consome mais de 10 cigarros/dia, interessado em parar de fumar, o uso de fármacos aumenta de 2 a 3 vezes a chance de sucesso. Os medicamentos disponíveis podem ser divididos em 2 grupos: os que compõem a Terapia de Reposição de Nicotina (TRN) e as medicações auxiliares. Estas são o Cloridrato de bupropiona na dose de 150mg de liberação lenta, e a Tartarato de vareniclina, em comprimidos de 0,5 e 1 mg. A TRN é realizada com adesivos de nicotina, nas doses de 21mg, 14mg, 7mg ou 15mg, 10mg e 5mg; além de goma ou pastilhas de nicotina nas doses de 2 e 4 mg. Devido ao risco de superdosagem, é recomendada a cessação do tabagismo antes de iniciar a TRN. Ainda que as medicações possam aumentar o sucesso do tratamento, a farmacoterapia deve ser utilizada como um apoio à terapia cognitiva-comportamental, para aquele paciente que deseja parar de fumar mas tem dificuldades de se manter em abstinência devido aos sintomas apresentados. Ou seja, tem indicação bem definida e não deve ser encarado como uma fórmula capaz de interromper o tabagismo imediatamente.

O tratamento disponibilizado pelo Sistema Único de Saúde para combate ao tabagismo é mais custo-efetivo que o tratamento das doenças provocadas pelo tabagismo. Na diretriz produzida pela Associação Médica Brasileira e Agência Nacional

de Saúde Suplementar sobre o tratamento do tabagismo, em 2011 (p. 17-18), é apresentada a seguinte comparação:

[...] O investimento financeiro é da ordem de R\$ 428,00 por pessoa no tratamento do tabagismo em um ano, no SUS, utilizando abordagem e os medicamentos já citados.

- Infarto Agudo do Miocárdio (IAM): R\$ 8.074,00 por pessoa (cerca de 20 vezes o custo do tratamento do tabagismo);

- Doença Isquêmica Coronariana (DIC): R\$ 1.848,32 por pessoa (cerca de 5 vezes o custo do tratamento do tabagismo);

- Doença Pulmonar Obstrutiva Crônica (DPOC): R\$ 4.740,73 por pessoa (11 vezes o custo do tratamento do tabagismo);

- Câncer de Pulmão: R\$ 4.201,28 por pessoa (cerca de 10 vezes o custo do tratamento do tabagismo);

- Acidente Vascular Cerebral (AVC) – evento agudo: R\$ 3.336,95 por pessoa (cerca de 8 vezes o custo do tratamento do tabagismo);

- Acidente Vascular Cerebral (AVC) – reabilitação: R\$ 1.868,87 por pessoa (cerca de 5 vezes o custo do tratamento do tabagismo).

[...] o Brasil gastou, em 2004, cerca de R\$ 1 bilhão com IAM, DIC, DPOC, câncer de pulmão e AVC, sendo que R\$ 500 milhões estão relacionados diretamente com o tratamento dessas doenças em indivíduos fumantes.

Uma questão constantemente comentada nas discussões da equipe sobre o tema é a força da "cultura do cigarro de palha" na nossa população. Os pacientes entrevistados foram unânimes em apontá-lo como menos danoso à saúde se comparado com o cigarro comum. Além disso, a idade de iniciação ao tabagismo entre essa população é muito jovem, o que sustenta a necessidade de se direcionar informação sobre os males do tabaco também às escolas.

Outro ponto importante é sobre a legislação que coíbe a venda dos produtos derivados do tabaco – como por exemplo a Lei Federal nº 9.782 de 26 de janeiro de 1.999, que inseriu a regulamentação, controle e fiscalização dos cigarros, cigarrilhas, charutos e qualquer outro produto derivado do tabaco entre as atribuições da Agência

Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA). Os pacientes atendidos pela equipe consomem principalmente cigarro de palha produzido por eles mesmos com fumo de rolo, componente vendido sem controle ou regulamentação específica. A falta de cuidado dado a esse quadro é tal, que durante as pesquisas não se encontrou nenhum documento abordando especificamente essa forma de consumo de tabaco.

A pequena prevalência de pacientes acompanhados pela equipe com doença pulmonar obstrutiva crônica (DPOC) encontrada até agora no levantamento em ação – apenas 1 paciente – não pode ser usada como fator de diminuição da importância do tema. Inclusive, porque é sabido que "apenas 15 a 20% dos fumantes desenvolvem DPOC, o que pode ser explicado por variações genéticas individuais envolvidos na etiopatogenia da doença." (MEIRELLES, 2009, p. 15)

O município de Bom Sucesso dispôs de medicação para tratamento específico do tabagismo no ano de 2012. Após troca de gestão municipal e de médico da equipe que atendia a zona rural, porém, a iniciativa foi abandonada. Em discussão com a equipe da zona rural e pesquisa junto à equipe de atendimento do PSF Aparecida foi levantada a informação de que a enfermeira, psicóloga e farmacêutico capacitados para o enfrentamento ao tabagismo, na ocasião do treinamento profissional em 2012, continuam na rede de atendimento do município. Faltaria portanto, apenas a capacitação do médico que integraria a equipe. Esta questão pode ser vista como um facilitador no tratamento a esses pacientes no município em questão.

Por fim, duas observações devem sempre estar presentes como norte no trabalho de combate ao tabagismo – não só o proposto como intervenção pela Equipe, mas para qualquer profissional que se dedique a esse cuidado:

Há evidência de que o fumante brasileiro é um dos mais motivados do mundo a deixar de fumar. (Gigliotti, 2002, in CAVALCANTE, 2005, p. 299)

O tabagismo é uma doença cujo controle não depende da existência de vacinas, antibióticos, quimioterápicos e sim da vontade de toda a sociedade. (CAVALCANTE, 2005, p. 299)

6. PROPOSTA DE INTERVENÇÃO

Passos 1 e 2: Seleção e Priorização dos problemas

Para desenvolvimento de plano de ação, é necessário, inicialmente, que se tenha um diagnóstico situacional da área de abrangência, com a identificação dos principais problemas. A partir disso, prioriza-se quais dos problemas deverão ser enfrentados primeiramente e se constrói as estratégias para resolução dos mesmos.

Assim como a Equipe Verde do exemplo didático, apresentado durante as disciplinas do Curso de Especialização em Estratégia Saúde da Família, e a maior parte das equipes de PSF do SUS, a equipe de PSF Zona Rural em Bom Sucesso – MG possui vários problemas a serem trabalhados. Optamos, porém, por priorizar o **alto número de pacientes tabagistas**, característica presente em todas as microáreas da nossa área de abrangência. Tal opção foi eleita com base nas características atuais da equipe, considerando, por exemplo, a inexistência de sede própria para reuniões e construção de grupos operativos, e a ausência de agentes comunitários de saúde (ACS) para atendimento de todas as microáreas.

Outros problemas levantados durante as reuniões foram: ausência de luz elétrica e água potável na unidade de atendimento do Bananal, o que dificulta o trabalho adequado da equipe; dificuldade dos pacientes em conseguir ir à cidade recolher na farmácia a medicação indicada, o que resulta em não aderência ao tratamento proposto; alto índice de pacientes diabéticos insulíndependentes sem acompanhamento adequado; uso indiscriminado de medicações como benzodiazepínicos e omeprazol; alto índice de HAS em jovens e de HAS em adultos sem controle ambulatorial da doença. Sabemos da importância dos mesmos e, apesar de não terem sido priorizados neste momento, certamente serão trabalhados conforme sua importância e capacidade da equipe de resolvê-los.

Passo 3: Descrição do Problema:

Para buscar a resolução do problema é preciso descrevê-lo, ou seja, caracterizá-lo da maneira mais precisa possível – inclusive de forma quantitativa – para se ter noção da sua dimensão na realidade.

De início, foram avaliados os prontuários de todos os pacientes de uma das microáreas. Os dados da descrição seguinte apresentam os resultados encontrados: 20,7% dos pacientes da microárea 1 da equipe de PSF da Zona Rural são tabagistas: 255 pessoas maiores de 18 anos, 53 fumantes: 20,7%. (80% homens e 20% mulheres). O uso do tabaco acontece em formas variadas, mas principalmente como cigarros de palha (sobre o qual se tem praticamente nenhum controle na venda do tabaco, adquirido como fumo de rolo). Os pacientes já atendidos pela equipe pontuam o início do tabagismo quando adolescentes, o que mostra a importância em se dirigir a esse público.

Passos 4 e 5: Explicação do Problema e Nós críticos:

Explicar o problema visa o entendimento de sua causa, a maneira como ele foi produzido. Geralmente, a causa de um problema são outros problemas, mas é a compreensão dessa sequência de causas que ajudará no desenho do plano de ação e na seleção dos nós críticos. Estes, são as causas que, quando resolvidas, possibilitam efetivamente transformar o problema principal.

A gênese de um problema como o tabagismo é, sem dúvida, de difícil compreensão – ainda mais se considerando uma área de abrangência rural. Porém, é certo levar em conta que o hábito cultural desses pacientes é fator importante na causa e manutenção deste problema e é também um nó crítico a ser enfrentado na tentativa de resolução do mesmo.

Um resumo dos nós críticos apontados seria:

- fator cultural/hábitos de vida;
- nível de informação dos pacientes;
- estrutura dos serviços de saúde;
- processo de trabalho da equipe;

- disponibilidade de tratamento específico.

Passo 6: Desenho das operações:

Nesta etapa tem-se início a elaboração do plano propriamente dito, com a descrição das ações para resolução dos nós críticos e os recursos necessários para tal. Tais recursos podem ser de ordem econômica, organizacional, cognitiva ou política.

Nó Crítico	Operação/Projeto	Resultado esperado	Recurso necessário
Fator Cultural	- Informar aos pacientes o impacto do tabagismo - Desmitificar o cigarro de palha	Pacientes mais informados sobre os malefícios do tabagismo	- Produção de material educativo - Agendamento de consultas - Criação de grupos operativos
Nível de Informação	- Informar a todos os fumantes cadastrados sobre o impacto do tabagismo - Disponibilizar informações nas escolas	Pacientes mais informados sobre os malefícios do tabagismo	- Criação de material educativo - Criação de grupos operativos
Estrutura do Serviço de saúde	- Ocupação da nova sede, com novo espaço - Criação de grupos operativos	Dispor de espaço para atendimentos adequados e construção de grupos operativos	Término das obras da nova sede
Processo de trabalho da equipe	- Destinar marcação de consultas para tabagistas (com ou sem comorbidades) - Cadastro/Busca ativa de pacientes tabagistas - Atendimento aos pacientes com oferta de tratamento ao tabagismo	- Avaliação dos pacientes fumantes e busca de comorbidades - Reforço à importância de interromper hábito de fumar - Oferecimento de tratamento específico	Reorganização da agenda
Disponibilidade de tratamento específico	Re-implantar na cidade tratamento disponibilizado pelo MS	Retorno à rede municipal de farmácias tratamento específico para o combate ao tabagismo	- Discussão e acordo com a secretaria de saúde - Capacitação de profissionais

Passos 7 e 8: Identificação de recursos críticos e Análise de viabilidade do plano

O sétimo passo apresenta-se como uma consequência imediata do passo anterior, pois há a seleção daqueles recursos que são indispensáveis para a resolução do projeto pretendido, permitindo à equipe criar estratégias para consegui-los e perceber assim a viabilidade das ações propostas.

Analisar a viabilidade do plano seria o momento em que a equipe pontua os principais atores detentores dos recursos necessários e, assim, planeja formas de motivar este ator, que pode apresentar motivação favorável, indiferente ou contrária ao projeto.

Projeto	Recurso crítico	Análise da Viabilidade
Hábitos de Vida/Fator cultural	Organizacional: busca pelos pacientes	Motivação favorável da equipe
Mais informação aos pacientes	- Organizacional: formação de grupos operativos - Financeiro: construção/desenvolvimento de material informativo - Político: articulação com secretaria de educação	- Motivação favorável da equipe - Motivação indiferente das Secretarias
Melhor estrutura do serviço	Organizacional: ocupação da nova sede	Motivação favorável da equipe
Melhoras no processo de trabalho	Organizacional: busca ativa e marcação dos pacientes tabagistas	Motivação favorável da equipe
Tratamento específico	Político/Financeiro: acordo com secretaria para busca de nova remessa das medicações disponibilizadas pelo MS	Motivação indiferente da Secretaria

Passos 9 e 10: Organização e Gestão do Plano Operativo

Estes passos visam apontar o responsável por cada operação e definir os prazos para a realização das etapas propostas. Além disso, a gestão do plano propõe o acompanhamento do mesmo, indicando correções quando necessárias e a garantia da comunicação entre os planejadores e os executores.

No plano operativo desenvolvido pela equipe, a proposta é de que ocorram reavaliações bimestrais.

Projeto	Responsável	Prazo
Melhora Hábitos de Vida	Toda a equipe	- Consultas agendadas: a partir de outubro/2015 - Grupos Operativos: a partir de novembro/2015
Mais informação aos pacientes	Toda a equipe	- Busca ativa dos pacientes: a partir de outubro - Consultas agendadas: a partir de outubro/2015 - Grupos Operativos: a partir de novembro/2015
Melhor estrutura do serviço	Flávia	Até agosto/2015
Melhoria do processo de trabalho	Toda a equipe	- Levantamento/busca dos pacientes: até setembro/2015 - Reorganização da agenda: durante setembro/2015 - Marcação dos tabagistas: A partir de outubro/2015
Tratamento específico	André e Flávia	Até setembro/2015

7. CONSIDERAÇÕES FINAIS

Tendo em vista a enorme incidência de consumidores de tabaco entre os pacientes da área de abrangência da equipe e o impacto dessa doença na saúde da população, a equiparação do cuidado oferecido aos tabagistas àquele direcionado aos demais doentes crônicos é estratégia importante e necessária para a mudança do panorama atual. A consciência de que o hábito de fumar é uma doença crônica, e potencialmente grave, deve estar presente em todos os trabalhadores da área da saúde.

Algumas conquistas foram alcançadas, como a aquisição de medicamentos fornecidos pelo Ministério da Saúde para tratamento daqueles pacientes cuja abordagem cognitiva não for completamente eficaz e a remontagem de uma equipe de trabalho para o tratamento do tabagismo. Ainda há, porém, questões essenciais a serem resolvidas, como a ausência de uma unidade de referência para a equipe de PSF da Zona Rural e a obtenção de uma equipe completa. A aderência da gestão municipal de educação ao Projeto é outro passo cujo impacto será muito importante.

A educação continuada foi percebida como tópico de relevância, pois a conscientização dos membros das equipes sobre a doença e a formação de mais grupos de trabalho para tratamento do tabagismo são fatores que permitirão a continuidade do projeto e, com isso, a aquisição do objetivo proposto nesta equipe e para além da mesma.

8. REFERÊNCIAS

ASSOCIAÇÃO MÉDICA BRASILEIRA, AGÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE SUPLEMENTAR. **Tabagismo - Diretrizes Clínicas na Saúde Suplementar**. 2011. Disponível em < <http://www.projetodiretrizes.org.br/ans/diretrizes/tabagismo.pdf>>. Acessado em 24 jun. 2015.

BRASIL. Ministério da Saúde. Instituto Nacional do Câncer (INCA). **Abordagem e Tratamento do Fumante - Consenso 2001**. Rio de Janeiro, 2001. Disponível em < http://www2.inca.gov.br/wps/wcm/connect/acoes_programas/site/home/nobrasil/programa-nacional-controle-tabagismo/impressos-e-multimidia/materiais-tratamento>. Acessado em 24 set. 2015.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Vigilância de Fatores de Risco e Proteção para Doenças Crônicas por Inquérito Telefônico - VIGITEL BRASIL 2013**. Brasília, 2014. Disponível em < http://bvsmis.saude.gov.br/bvs/publicacoes/vigitel_brasil_2013.pdf>. Acessado em: 24 jun. 2015.

CAVALCANTE, T. M. O controle do Tabagismo no Brasil: avanços e desafios. **Revista de Psiquiatria Clínica**. v. 32, n. 5, p. 283-300, 2005. Disponível em < http://www2.inca.gov.br/wps/wcm/connect/acoes_programas/site/home/nobrasil/programa-nacional-controle-tabagismo/impressos-e-multimidia/artigos>. Acessado em 22 jun. 2015.

CORRÊA, E. J.; VASCONCELOS, M.; SOUZA, M. S. L. **Iniciação à metodologia: textos científicos**. Belo Horizonte: Nescon/UFMG, 2013. 140p. Disponível em < <https://www.nescon.medicina.ufmg.br/biblioteca/registro/Modulo/3>>. Acessado em: 19 jun. 2015.

DE CAMPOS, F. C. C., DE FARIA H. P., DOS SANTOS, M. A. Elaboração do plano de ação. In: DE CAMPOS, F. C. C., DE FARIA H. P., DOS SANTOS, M. A. **Planejamento e avaliação das ações em saúde**. 2 ed. Belo Horizonte, 2010. Disponível em <https://www.nescon.medicina.ufmg.br/biblioteca/registro/Planejamento_e_avaliacao_das_acoes_de_saude_2/3>. Acessado em: 18 out. 2015

DE CAMPOS, F. C. C., DE FARIA H. P., DOS SANTOS, M. A. Monitoramento e avaliação das ações de saúde na Atenção Básica à Saúde. In: DE CAMPOS, F. C. C., DE FARIA H. P., DOS SANTOS, M. A. **Planejamento e avaliação das ações em saúde**. 2 ed. Belo Horizonte, 2010. Disponível em <https://www.nescon.medicina.ufmg.br/biblioteca/registro/Planejamento_e_avaliacao_das_acoes_de_saude_2/3>. Acessado em: 21 jun. 2015

DE CAMPOS, F. C. C., DE FARIA H. P., DOS SANTOS, M. A. Planejamento estratégico situacional. . In: DE CAMPOS, F. C. C., DE FARIA H. P., DOS SANTOS, M. A. **Planejamento e avaliação das ações em saúde**. 2 ed. Belo Horizonte, 2010. Disponível em

<https://www.nescon.medicina.ufmg.br/biblioteca/registro/Planejamento_e_avaliacao_das_acoes_de_saude_2/3>. Acessado em: 24 maio 2015.

DE CAMPOS, F. C. C., DE FARIA H. P., DOS SANTOS, M. A. Síntese do diagnóstico situacional da equipe verde da comunidade de Vila Formosa, Município de Curupira. In: DE CAMPOS, F. C. C., DE FARIA H. P., DOS SANTOS, M. A.

Planejamento e avaliação das ações em saúde. 2 ed. Belo Horizonte, 2010.

Disponível em

<https://www.nescon.medicina.ufmg.br/biblioteca/registro/Planejamento_e_avaliacao_das_acoes_de_saude_2/3>. Acessado em: 24 maio 2015.

DE FARIA, H. P.; COELHO, I. B.; WERNECK, M. A. Z.; DOS SANTOS, M. A.

Modelo assistencial em saúde. 2 ed. Belo Horizonte, 2010. Disponível em <

https://www.nescon.medicina.ufmg.br/biblioteca/registro/Modelo_assistencial_e_atencao_basica_a_saude/3>. Acessado em 28 abr. 2015.

DE FARIA, H. P.; WERNECK, M. A. F.; SANTOS, M. A. TEIXEIRA, P. F. **Processo de trabalho em saúde.** 2ª ed. Belo Horizonte. 2010. Disponível em <

https://www.nescon.medicina.ufmg.br/biblioteca/registro/Processo_de_trabalho_em_saude_1/51>. Acessado em: 05 maio 2015.

GRILLO, M. J. C. **Educação permanente em saúde: um instrumento para a reorganização da atenção em saúde.** Belo Horizonte, 2012. Disponível em <

https://www.nescon.medicina.ufmg.br/biblioteca/registro/Educacao_permanente_em_saude_um_instrumento_para_a_reorganizacao_da_atencao_em_saude/278>. Acessado em: 04 jun. 2015.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. Cidades@. Brasil, 2015. Disponível em <<http://www.cidades.ibge.gov.br/xtras/home.php?lang=>>.

Acessado em: 30 mar. 2015.

INSTITUTO NACIONAL DO CÂNCER. **Programa Nacional de Controle do Tabagismo.** Rio de Janeiro, 2015. Disponível em

<http://www2.inca.gov.br/wps/wcm/connect/acoes_programas/site/home/nobrasil/programa-nacional-controle-tabagismo>. Acessado em: 01 de jul. 2015.

MEIRELLES, R. H. S. Tabagismo e DPOC - dependência e doença - fato consumado.

Pulmão RJ - Atualizações Temáticas. v. 1, p. 13-19, 2009. Disponível em <

http://www2.inca.gov.br/wps/wcm/connect/acoes_programas/site/home/nobrasil/programa-nacional-controle-tabagismo/impresos-e-multimedia/artigos>. Acessado em 23 jun. 2015.

MENDES E. V. **O cuidado das condições crônicas na atenção primária à saúde: o imperativo da consolidação da estratégia da saúde da Família.** Brasília: Organização

Pan-Americana de Saúde, 2012. Disponível em <

http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/cuidado_condicoes_atencao_primaria_saude.pdf>. Acessado em: 28 out. 2015.

MINAS GERAIS. Escola de Saúde Pública de Minas Gerais. **Oficinas de qualificação da atenção primária à saúde de Belo Horizonte. Oficina 2: Redes de atenção à saúde e regulação assistencial. Guia do participante.** Belo Horizonte: ESPMG, 2011.

Disponível em: <http://e-bookbrowser.com/pdaps-oficina-2-pbh-participante-pdf-d53034412>. Acesso em: 25 out. 2013.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. **Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados com a Saúde**. Genebra, 1990. Disponível em <<http://www.datasus.gov.br/cid10/V2008/cid10.htm>>. Acessado em: 24 jun. 2015.

SANTOS, M. A.; OLIVEIRA, A. C. D. **Ação centrada na pessoa**. Belo Horizonte, 2013. Disponível em <<https://www.nescon.medicina.ufmg.br/biblioteca/imagem/4094.pdf>>. Acessado em: 17 maio 2015.

SHIMAZAKI, M. E. (Org.). A Atenção Primária à Saúde. In: MINAS GERAIS. Escola de Saúde Pública do Estado de Minas Gerais. **Implantação do Plano Diretor da Atenção Primária à Saúde. Oficina 2 e 3. Análise da atenção primária à saúde e diagnóstico local. Guia do tutor/facilitador**. Belo Horizonte. Oficina 1 – Análise da Atenção Primária à Saúde. Guia do Participante. Belo Horizonte: ESPMG, 2009. P. 10-16. Disponível em <<https://www.nescon.medicina.ufmg.br/biblioteca/imagem/3972.pdf>>. Acessado em: 02 maio 2015.

VASCONCELOS, M.; GRILLO, M. J. C.; SOARES, S. M. **Práticas Pedagógicas em Atenção Básica à Saúde. Tecnologias para abordagem ao indivíduo, família e comunidade**. Belo Horizonte, 2009. Disponível em <https://www.nescon.medicina.ufmg.br/biblioteca/registro/Praticas_pedagogicas_em_Atencao_Basica_a_Saude/3>. Acessado em: 04 jun. 2015.