

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

ARLENIA CASTILLO NUNEZ

**PROPOSTA DE INTERVENÇÃO SOBRE O TABAGISMO NA EQUIPE 1 DA
UNIDADE BÁSICA DE SAÚDE DE CANAÃ NO MUNICÍPIO ARAPIRACA-AL**

**POLO MACEIÓ / ALAGOAS
2018**

ARLENIA CASTILLO NUNEZ

**PROPOSTA DE INTERVENÇÃO SOBRE O TABAGISMO NA EQUIPE 1 DA
UNIDADE BÁSICA DE SAÚDE DE CANAÃ NO MUNICÍPIO ARAPIRACA-AL**

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

Orientador: Prof. Dr. Juliano Teixeira Moraes

POLO MACEIÓ / ALAGOAS

2018
ARLENIA CASTILLO NUNEZ

**PROPOSTA DE INTERVENÇÃO SOBRE O TABAGISMO NA EQUIPE 1 DA
UNIDADE BÁSICA DE SAÚDE DE CANAÃ NO MUNICÍPIO ARAPIRACA-AL**

BANCA EXAMINADORA

Examinador 1: Prof. Dr. Juliano Teixeira Moraes – Universidade Federal de São
João Del-Rei

Examinador 2:

Aprovado em Belo Horizonte, em ____ de _____ de 2018.

DEDICATÓRIA

Dedico este trabalho a minha família, a minha Equipe de Saúde, e a todos no município Arapiraca que aportaram um grão de areia para a realização deste trabalho.

AGRADECIMENTOS

Agradeço a Deus primeiramente, por todas as oportunidades colocadas no meu caminho.

Aos meus pais pelo seu apoio incondicional em tudo.

À minha Equipe de Saúde da Unidade Básica João Batista da Silva (Canaã), pela ajuda, o bom acolhimento e a confiança em mim, assim como pelo o trabalho em equipe demonstrando sempre que na unidade está a força.

Aos meus pacientes e ao orientador pelo apoio, colaboração e sobre tudo paciência para desenvolver este maravilhoso trabalho.

“A cura esta ligada ao tempo e, às vezes, também às circunstâncias”.

RESUMO

A ausência de um grupo voltado à população para abordagem e tratamento do tabagismo foi um dos problemas de saúde elencados a partir da caracterização e dos meses de ambiência na unidade de saúde do município de Arapiraca, Alagoas. O tabagismo é um problema de saúde que pode causar mais de 50 doenças em praticamente todos os órgãos e em termos económicos, a cessação do tabagismo é uma das intervenções de saúde que apresentam melhor custo-benefício. Este trabalho objetivou a necessidade de implantar abordagens para a prevenção e o tratamento do tabagismo, que está relacionado a uma ampla gama de doenças que podem acometer o indivíduo com hábito de fumar. A metodologia utilizada foi uma revisão integrativa da literatura com levantamento bibliográfico retrospectivo dos últimos 11 anos (2006-2017) na Biblioteca Virtual de Saúde e manuais e linhas guias do Ministério da Saúde (Brasil) e os 10 passos do Planejamento Estratégico Situacional de Saúde. O desenvolvimento do plano de intervenções possibilitou aprendizado para toda a equipe de trabalho da unidade de saúde e, sobretudo oportunidade para a população receber abordagem e tratamentos sistematizados para o tabagismo.

Palavras-chave: Hábito de Fumar. Educação em Saúde. Atenção Primária à Saúde.

ABSTRACT

The absence of a group focused on population to approach and treatment of smoking was one of the health problems listed from the characterization and the months of ambience on the health of the city of Arapiraca, Alagoas. Smoking is a health problem that can cause more than 50 diseases in virtually all organs and in economic terms, the smoking cessation is one of the health interventions that present better cost benefit. This work aimed to the need to deploy approaches to the prevention and treatment of smoking, which is related to a wide range of diseases that can affect the individual with smoking. The methodology used was an integrative literature review with retrospective of recent bibliographical 11 years (2006-2017) in the Virtual Health Library and manuals and guidelines of the Ministry of health (Brazil) and the 10 steps of the Situational strategic planning of health. The development of the plan has enabled learning interventions for the entire staff of the health unit and, above all, opportunity for the population receive systemized approach and treatments for smoking.

Key-words: smoking. Health education. Primary health care

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

OMS - Organização Mundial de Saúde.

CID-10 - Classificação Internacional de Doenças.

PNCTOFR - Programa Nacional de Controle do Tabagismo e Outros Fatores de Risco de Câncer.

MS - Ministério da Saúde.

DIC - Doenças Isquêmicas do Coração.

LMA - Leucemia Mielóide Aguda.

DPOC - Doença Pulmonar Obstrutiva Crônica.

DC - Doença Coronariana.

AVE - Acidente Vascular Encefálico.

BVS - Biblioteca Virtual de Saúde.

ESF - Estratégia de Saúde da Família.

IBGE - Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística.

IDH - Índice de Desenvolvimento Humano.

INCA - Instituto Nacional de Câncer.

PES - Planejamento Estratégico Situacional.

SIAB - Sistema de Informação de Atenção Básica.

SUS - Sistema Único de Saúde.

UBS - Unidade Básica de Saúde.

PIB - Produto Interno Bruto.

PDR/AL - Plano de Regularização das Ações de Saúde.

NASF - Núcleo de Atenção a Saúde da Família.

CAPS - Centro de Atenção Psicossocial.

ACS - Agentes Comunitários de Saúde.

ÀGAP - Arapiraca Garante a Primeira Infância.

SESAU - Secretaria de Estado da Saúde.

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

Quadro 1: Perfil epidemiológico da equipe 1 da UBS do Canaã 2017	20
Quadro 2: Destino do lixo lixo.....	21
Quadro 3: Distribuição do Esgoto	21
Quadro 4: Abastecimento de água	22
Quadro 5: Atendimento dos programas em consulta	23
Quadro 6: Lista de aditivos do cigarro e o seu uso mais conhecido. Canaã, Jun. /2017	35
Quadro 7: Principais abordagens Cognitivo-comportamentais utilizadas no processo de cessação de fumar. Canaã Jun. /2017.	39
Quadro 8: Priorização dos desafios relacionados à atenção primária à saúde segundo a Equipe 1 da Unidade Básica de Saúde. Canaã/ Jun. 2017.	45
Quadro 9: Nós críticos, Operação/projeto, produtos e recursos necessários. Canaã 2017.....	46
Quadro 10: Operações sobre o “nó crítico 1”	48
Quadro 11 – Operações sobre o “nó crítico 2”	50
Quadro 12 – Operações sobre o “nó crítico 3”	52
Quadro 13 – Operações sobre o “nó crítico 4”	54
Planilha de Acompanhamento das Operações.....	55

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	13
1.1 DESCRIÇÃO DO MUNICÍPIO.....	13
1.2 SISTEMA MUNICIPAL DE SAÚDE.....	16
1.3 TERRITÓRIO / ÁREA DE ABRANGÊNCIA: COMUNIDADE DO CANAÃ	17
1.4 ESTIMATIVA RÁPIDA: PROBLEMAS DE SAÚDE DO TERRITÓRIO E A COMUNIDADE.....	27
2 JUSTIFICATIVA.....	28
3 OBJETIVOS.....	29
3.1 OBJETIVO GERAL	29
3.2 OBJETIVOS ESPECIFICOS	29
4 METODOLOGIA	30
5 REVISÃO BIBLIGRAFICA.....	32
5.1 HISTÓRICO	32
5.2 COMPORTAMENTO DO TABAGISMO NO MUNDO	34
5.3 CONSEQUÊNCIAS NA SAUDE DO TABAGISMO.....	36
5.4 PLANEJAMENTO E IMPLANTAÇÃO DE UM GRUPO DE TABAGISMO NA ATENÇÃO PRIMÁRIA	39
6 PROPOSTA DE INTERVENÇÃO	44
6.1 PRIMEIRO PASSO: DEFINIÇÃO DOS PROBLEMAS.....	45
6.2 SEGUNDO PASSO: PRIORIZAÇÃO DE PROBLEMAS	47
6.3 TERCEIRO E QUARTO PASSO: DESCRIÇÃO E EXPLICAÇÃO DO PROBLEMA	47
6.4 QUINTO SEXTO E SÉTIMO PASSO: SELEÇÃO DOS NÓS CRÍTICOS; OPERAÇÃO, PRODUTOS E RECURSOS NECESSÁRIOS	48
6.5 OITAVO PASSO: ANÁLISE DA VIABILIDADE DO PROJETO.....	50
6.6 NONO PASSO: ELABORAÇÃO DO PLANO OPERATIVO	50
6.7 CONSIDERAÇÕES SOBRE O PLANO DE AÇÃO	57
7 CONSIDERAÇÕES FINAIS	60
REFERÊNCIAS.....	61

1 INTRODUÇÃO

A tutora deste Trabalho de Conclusão de Curso (TCC) é profissional médico da Equipe de Saúde da Família # 1, vinculada à Unidade Básica de Saúde (UBS) Canaã, do município Arapiraca, Alagoas. O TCC objetiva apresentar um plano de intervenção sobre uns dos problemas de saúde do território da equipe e de sua comunidade adscrita.

No sentido de contextualizar a proposta serão apresentados inicialmente

- Breves informações sobre o município Arapiraca.
- O sistema municipal de saúde
- A Equipe de Saúde da Família 1 do Canaã, seu território e sua população
- Estimativa rápida: problemas de saúde do território e da comunidade

1.1 DESCRIÇÃO DO MUNICÍPIO

Arapiraca é um município do estado de Alagoas, no Brasil. Ficou conhecida, nos anos 1970, como a “Capital do Fumo” por ser um dos maiores produtores de tabaco do país, está localizado no agreste de Alagoas, distante 137 km da capital, Maceió. Limita ao norte com o município de Igaci, ao sul com o município de São Sebastião, ao este com os municípios de Coité do Noia e Limoeiro de Anadia, a oeste com os municípios de Lagoa da Canoa e Girau do Punciono e Feira Grande, a noroeste com o município de Caraíbas e ao sudeste com o município de Junqueiro. Com uma Área de 614 km². Localizada no estado brasileiro de Alagoas, é uma das maiores do interior do nordeste (PREFEITURA, 2018).

Nos quadros de apuração do Recenseamento Geral de 1-IX-1920, figura no município de Limoeiro o distrito da Arapiraca. Elevado à categoria de município com a denominação de Arapiraca, pela Lei Estadual n.º 1.009, de 30-05-1924, desmembrado do distrito de Limoeiro. Sede no atual distrito de Arapiraca. Constituído do distrito sede. Instalado em 30-12-1924 (IBGE, 2010).

Em divisão administrativa referente ao ano de 1933, o município é constituído do distrito sede. Pelo Decreto Estadual n.º 2.335, de 19-01-1938, o município de Arapiraca adquiriu o extinto município de São Braz, como distrito. Pelo Decreto Estadual n.º 2.435, de 30-11-1938, o município de Arapiraca adquiriu do município de Traipu o distrito de Lagoa da Canoa. Sob o mesmo decreto, o distrito de São Braz deixa de pertencer ao município de Arapiraca sendo anexado ao município de Traipu e ainda pelo mesmo decreto é criado o distrito de Caraíba e anexado ao município de Arapiraca (IBGE, 2010).

No quadro fixado para vigorar no período de 1939-1943, o município é constituído de três distritos: Arapiraca, Caraíba e Lagoa da Canoa. Pelo Decreto-lei Estadual n.º 2.909, de 30-12-1943, o distrito de Caraíba passou a denominar-se Craíbas. No quadro fixado para vigorar no período de 1944-1948, o município é constituído de três distritos: Arapiraca, Craíbas (ex-Caraíba) e Lagoa da Canoa. Assim permanecendo em divisão territorial datada 1-VII-1950. Assim permanecendo em divisão territorial datada 1-VII-1960 (IBGE, 2010).

Pela Lei Estadual n.º 2.471, de 28-08-1962, desmembra do município de Arapiraca o distrito de Craíbas. Elevado à categoria de município. Pela Lei Estadual n.º 2.472, de 28-08-1962, desmembra do município de Arapiraca o distrito de Lagoa da Canoa. Elevado à categoria de município. Em divisão territorial datada de 12-XII-1963, o município é constituído do distrito sede. Pela Resolução do Senado Federal n.º 113, de 30-11-1965, o município de Arapiraca adquiriu o extinto município Craíbas, como distrito (IBGE, 2010).

Segundo uma tradição popular, a palavra Arapiraca tem origens indígenas e significa: ramo que arara visita. O topônimo Arapiraca vem de uma árvore da família das leguminosas Mimosáceas - Piptadênia (Piteodolobim). Uma espécie de angico branco, comum no Agreste e no Sertão (PREFEITURA, 2018).

Foi embaixo de limoeiro em Arapiraca, localizada as margens do Riacho Seco, que Manoel André Correia dos Santos (fundador da cidade) descansou. A sombra daquela árvore fez com que Manoel André tivesse a ideia de construir uma cabana. Depois de alguns tempos, com a vinda de outras famílias, a árvore Arapiraca ficou cercada por um povoado. O local começou a ser povoado na

primeira metade do século XIX. Já em 1864, Manoel André construiu a capela de Santa Cruz e escolheu como padroeira Nossa Senhora do Bom Conselho (Padroeira até hoje) (PREFEITURA, 2018).

O município tinha 214 006 habitantes no último Censo de acordo com o Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE) 2010, com uma estimativa de 232.671 pessoas no ano 2016. Sua densidade demográfica é de 600.83 habitantes por quilômetro quadrado. Com um total de 101.884 habitantes do sexo masculino e 112.122 do sexo feminino, para uma situação domiciliar de 181.481 habitantes que moram em zona urbana e 32.525 habitantes em zona rural (Anuário Estadístico de Alagoas, 2015).

Já o Índice de Desenvolvimento Humano (IDH) no ano 2010 era de 0,649 Em 2014, o salário médio mensal era de 1.7 salários mínimos. O pessoal ocupado no ano 2014 era de 39.686 pessoas, sendo que a proporção dessas pessoas ocupadas em relação à população total era de 17.3%. Considerando domicílios com rendimentos mensais de até meio salário mínimo por pessoa, tinha 44.8% da população nessas condições no ano 2010. Em 2014, tinha um Produto Interno Bruto (PIB) per capita de R\$ 15015.14. Em 2015, tinha 65% do seu orçamento proveniente de fontes externas (IBGE, 2010).

As principais atividades econômicas desenvolvidas no município de Arapiraca são a agropecuária (cultivo de goiaba, o fumo, tomate, feijão, abacaxi, milho, etc.) o comércio e os serviços. A pecuária encontra-se dividida em produção leiteira e a recria de novilhos. Outras atividades que devem ser destacadas são os setores de comércio e de prestação de serviços que conta com empresas diversificadas, sendo composto por: farmácias, açougues, lojas de eletrodomésticos e eletroeletrônicos, armarinhos, materiais de construção, restaurantes, bares, posto de combustível, floricultura, loja de pesca, distribuidoras de bebidas, água e gás, lojas de componentes de informática e oficinas mecânicas, lojas de calçados e tecidos, etc., (IBGE, 2010).

Em relação ao setor de educação, no ano 2015 no município existem 109 escolas de nível Fundamental e 34 escolas de nível Médio. Em 2015, os alunos dos anos iniciais da rede pública do município tiveram nota média de 4.6 no IDEB. Para

os alunos dos anos finais, essa nota foi de 3.7. A taxa de escolarização (para pessoas de 6 a 14 anos) foi de 95.9 em 2010 (IBGE, 2010).

O modelo pedagógico inclui, pela manhã, atividades curriculares e, no período da tarde, jornadas ampliadas de reforço escolar e atividades complementares. Os estabelecimentos de ensino têm uma equipe multidisciplinar, com o apoio de pedagogos, psicopedagogos, fonoaudiólogos, assistentes sociais, educadores físicos, fisioterapeutas e terapeutas ocupacionais, além de atendimento odontológico (PREFEITURA, 2018).

Como parte das atividades complementares, os alunos recebem aulas de karatê, capoeira, jiu-jitsu, natação, xadrez, dança ginástica, balé, música, artesanato, aulas de informática e alimentação cinco vezes ao dia. As escolas de tempo integral de Arapiraca estão localizadas nas comunidades: Jardim Esperança, Nova Esperança, Jardim das Paineiras, Primavera, Carrasco, Cangandu, Mangabeiras, Brisa do Lago, Planalto e Santa Edwiges (PREFEITURA, 2018).

1.2 SISTEMA MUNICIPAL DE SAÚDE

O Sistema Municipal de Saúde de Arapiraca é composto por 253 estabelecimentos a segundo os dados no Anuário Estadístico de Alagoas, 2015, recompilados da DATA SUS, subdividido em 02 Centros de Atenção Psicossocial (CAPS), 38 Unidades Básicas de Saúde, 31 Ambulatório Especializado (2 estabelecimentos de cirurgia Bucomaxilofacial, 6 Clínica Médica, 2 estabelecimentos de Neurocirurgia, 5 de Obstetrícia, 6 de Pediatria, 2 de Psiquiatria, 3 Traumatologia-Ortopedia, 4 de outras especialidades cirúrgicas e 1 de outros), 125 Consultórios, 3 Hospital Geral, 4 Posto de Saúde, Secretaria de Saúde 1, 31 Unidades de Serviço de Apoio de Diagnóstico e Terapia e 4 Unidades Móvel de Nível Pré-hospitalar Urgência\Emergência (Anuário Estadístico de Alagoas, 2015).

As Unidades Básicas de Saúde passaram por um processo de transformação numa nova perspectiva da política de saúde, prestando Serviço de atendimento a saúde da população municipal de acordo com o Plano de Regularização das Ações de Saúde – PDR/AL. Atendimento este, voltado à família em seu espaço/domicílio; relacionado ao processo saúde/doença; seus conflitos; renda; saneamento; e outros

fatores que interferem na saúde da comunidade familiar. Atualmente as Unidades de saúde trabalham visando à compreensão do processo de saúde, com atendimento ambulatorial de forma a incentivar a prevenção e promoção à saúde, atendendo a diferentes perfis de usuários, como: crianças, gestantes, idosos, hipertensos, diabéticos entre outros.

A taxa de mortalidade infantil média no município nos 2014 foi de 14.77 para 1.000 nascidos vivos. As internações devido a diarreias são de 2.6 para cada 1.000 habitantes. De acordo com o IBGE no ano 2014 teve um total de 535 óbitos, 298 do sexo masculino e 237 do sexo feminino, dentro das causas mais frequentes têm as do Aparelho Circulatório com 167 óbitos, seguido pelas do Aparelho Respiratório com 66 óbitos, as do Aparelho Digestivo com 56 óbitos e as Infeciosas e Parasitárias com 49 óbitos (IBGE, 2010).

1.3 TERRITÓRIO / ÁREA DE ABRANGÊNCIA: COMUNIDADE DO CANAÃ

Vila Canaã é uma comunidade de cerca de 5000 habitantes com um total de 1600 famílias, localizada na zona rural de Arapiraca, que se formou, principalmente, a partir do êxodo rural ocorrido na década de 1800, devido ao avanço do plantio de fumo, por moradores. Hoje, com a diversificação da agricultura a grande maioria da população vive basicamente do trabalho rural e planta fumo, milho, mandioca, feijão em pequenas propriedades rurais localizadas na zona rural da cidade, da prestação de serviços e da economia informal.

Com um índice elevado de desempregados e subempregados. A estrutura de saneamento básico na comunidade deixa muito a desejar, principalmente no que se refere ao esgotamento sanitário, sendo que a grande maioria da população só tem fossa rudimentar devido em grão parte ao nível de pobreza da população. Nas últimas administrações, a comunidade tem recebido algum investimento público (escola, centro de saúde, creche, Ginásio esportivo, laboratório de informática etc.), infelizmente a associação comunitária não é ativa. O índice de analfabetismo é pequeno, atingindo apenas uma pequena parte da população idosa. A população conserva hábitos e costumes próprios da população rural brasileira e gosta de comemorar as festas religiosas, em particular as festas juninas. Em Vila Canaã,

trabalham duas Equipes de Saúde da Família – Equipe 1 e Equipe 2 – e uma Equipe de Saúde Bucal.

Unidade de Saúde da Família

A Unidade Básica de Saúde na qual estou alocado chama-se “João Batista da Silva”, mas é conhecida pela população como UBS Canaã, encontra-se localizada na zona Rural, no povoado de Canaã, na Rua Vereador José Tertuliano da Silva sem numero. Oferecendo atenção a 1600 famílias e uma população de cerca de 5000 habitantes, com acessibilidade aos serviços que nesta se proporcionam.

Foi criada para atender a comunidade local com o objetivo de fornecer atendimentos em saúde para toda a região de sua abrangência. Fundada em 1988, na gestão do Prefeito Severino Barbosa Leão. Na época a UBS prestava serviços em assistência à saúde pra onze comunidades. Em 1998 foi implantado na UBS o Programa Saúde da Família (PSF), um Programa do governo Federal com a participação do estado e município; em 2003 a comunidade de Vila Capim e mais três comunidades se desvinculava da unidade de saúde Canaã, criando lá sua própria Unidade Básica de Saúde, mesmo assim, a demanda era muito grande e surgiu à necessidade de ser construída uma nova Unidade Básica de Saúde, aonde esta viesse a ter um espaço físico adequado para atender a toda a demanda que busca atendimento na UBS.

Em 14 de Outubro de 2015 na gestão da prefeitura Celia Rocha, foi inaugurado o novo prédio da UBS, localizada no mesmo endereço e recebeu o nome de João Batista da Silva, um dos moradores da comunidade do Canaã que foi homenageado por sua contribuição no crescimento e desenvolvimento da comunidade. Hoje a Unidade de Saúde João Batista da Silva oferta o serviço a sete comunidades, são elas: Canaã, Lagoa Nova, Itapicuru, Fazenda Velha, Corredor, Breu e Assentamento Ceci Cunha. Foi construída com um espaço adequado e padronizado aonde os usuários são bem acomodados durante a espera por atendimentos com mobiliário novo e adequado para o serviço. Toda estrutura física bem ventilada e bem iluminada, com rampas e banheiros adequados ao usuário

com necessidade especial, salas e consultórios climatizados, porém, algumas salas apresentam infiltração, mau cheiro por entupimento dos ralos e vazamento no teto quando chove.

- A UBS é composta por:
- Consultório Médico (2);
- Consultório de Enfermagem (2);
- Consultório de Odontológico (2), sendo um desativado;
- Auditório com capacidade pra 40 pessoas onde são efetuadas as reuniões da unidade (1);
- Recepção ampla (arquivo) (1);
- Sala de espera (1);
- Sala de pré-consulta (1), utilizada pra triagem dos pacientes que possuem consulta médica agendada aonde realiza se a verificação da pressão arterial, peso, altura, e glicemia capilar;
- Sala pra acolhimento (1);
- Sala para teste do pezinho (1);
- Sala de vacinas (1);
- Sala de gerência administrativa – de serviço social (1);
- Lavanderia (1);
- Área verde (2) no pátio interno;
- Almojarifado (1).
- Sala pra o programa de Ágap (Arapiraca Garante a Primeira Infância), com brinquedos lúdicos (brinquedoteca) (1);
- Sala de Expurgo (1);
- Sala para Esterilização (1);
- Sanitários femininos (4) e masculinos (4);
- Sanitário para deficientes (1) e 02 pra funcionários;
- Fraldário (canto de amamentação) (1);
- Acesso com rampa par deficiente físico;
- Sala de Recuperação com banheiro (1);
- Sala para ACS (1);
- Sala de Curativo (1);

- Sala para colocar lixo contaminado (1).

A unidade de saúde apresenta hoje um quadro de 32 funcionários, composta por duas equipes de saúde da família (PSF), gerencia setor administrativo e serviços gerais; com: 01 diretor geral, 02 médicos clínico-geral, 02 enfermeiras, 01 dentista, 03 técnicas de enfermagem, 01 auxiliar de cirurgião-dentista, 01 assistente social, equipe do NASF (01 fisioterapeuta, 01 nutricionista, 01 educadora física), 01 auxiliar de farmácia, 02 agentes administrativos, 01 auxiliar de serviços gerais, 02 vigilantes noturnos e 12 agentes comunitários de saúde.

A unidade funciona de segunda a sexta nos horários de 07h30min às 12 horas e de 13h30min às 17 horas, de segunda a sexta-feira, funciona numa estrutura física bastante organizada e planejada. A manutenção dos aparelhos está sempre em dia inclusive em relação à pintura transformando o local num ambiente agradável para os usuários garantindo aos profissionais segurança e facilidade no exercício profissional.

A equipe em que estou alocado (Equipe 01) atende 751 famílias, pra uma população de 3379 usuários. O nível de alfabetização é de um 85 %. Taxa de emprego: 60%. A clientela atendida, na sua maioria se caracteriza pela condição socioeconômica desfavorecida, a maioria sobrevive da agricultura e de programas sociais, os demais usuários são estudantes, funcionários públicos - privados e a comunidade como um todo.

A equipe atua dentro de uma comunidade que tem a liberdade de contribuir para a dinâmica do dia-dia do ambiente, com o cuidado de se conservar e alimentar laço de reciproca amizade, respeito, profissionalismo e ética, dentre funcionários, profissionais e usuários, que procuram o serviço da Instituição de Saúde.

Quadro 1

Perfil epidemiológico da equipe 1 da UBS do Canaã, 2017

INDICADORES	MICRO 1	MICRO 2	MICRO 3	MICRO 4	MICRO 5	MICRO 6	TOTAL
Proporção de idosos Pop. 60 anos e mais/pop total	45/3379	30/3379	55/3379	75/3379	40/3379	33/3379	278/3379
Pop. alvo para rastreamento de câncer de mama	51	27	18	25	36	32	189/3379
Pop. alvo para rastreamento de câncer de próstata	68	41	36	46	50	47	288/3379
Portadores de hipertensão arterial esperados:	8	10	15	12	10	13	68/3379
Portadores de hipertensão arterial cadastrados: → SISAB	50	40	69	56	60	62	337/3379
Relação hipertensos esperados/cadastrados	8/50	10/40	15/69	12/56	10/60	13/62	68/337
Portadores de diabetes esperados:	7	10	5	8	7	8	45/3379
Portadores de diabetes cadastrados: → SISAB	20	13	22	15	15	11	96/3379
Relação diabéticos esperados/cadastrados	7/20	10/13	5/22	8/15	7/15	8/11	45/96
Portadores de tabagismo	240	320	215	340	250	315	1680/3379

Fonte: SISAB

Pela análise situacional realizada pela equipe, foi possível relacionar os principais problemas de saúde que reduzem a qualidade de vida dos usuários. As principais doenças crônicas que são atendidas pela equipe são Hipertensão Arterial, Diabetes Mellitus, Saúde Mental e Tabagismo. Já as principais doenças

agudas atendidas diariamente que devem ser destacadas, são: viroses, doenças infecciosas do trato respiratório (amigdalite, sinusite, pneumonia), dores osteomusculares e articulares, e diarreias agudas; o qual foi constatado através da observação ativa, consultas médicas na UBS e pelo ritmo de vida da população.

Dentre as principais causas de óbitos encontram-se as de origem natural pela idade, nos idosos, não foram notificadas casos de mortalidade infantil na área. Tendo notificadas como principais doenças transmissíveis: a rabia animal, tuberculose, dengue, chikunguya, sika, impetigo, influenza e doenças sexualmente transmissíveis.

Dentre as principais causas de internação temos os acidentes vasculares encefálicos, as pneumonias, as doenças pulmonares obstrutivas crônicas agudizadas, diarreia, diabetes mellitus descompensadas.

Saneamento básico, abastecimento de água

Quadro2

Destino do lixo das famílias da Equipe1, da UBS Canaã, 2018.

DISTRIBUICAO DAS FAMILIAS SEGUNDO O DESTINO DE LIXO E MICROAREA DA ESF, 2017.														
Micro área	1	%	2	%	3	%	4	%	5	%	6	%	Total	%
Coletado	114	100%	111	85%	103	100%	136	100%	46	35%	48	35%	558	74.3%
Queimado/enterrado	0	0%	0	0%	0	0%	0	0%	26	20%	20	15%	46	6.1%
Jogado	0	0%	20	15%	0	0%	0	0%	59	45%	68	50%	147	19.6%
Total	114	100%	131	100%	103	100%	136	100%	131	100%	136	100%	751	100%

Fonte: SISAB

Quadro 3

Distribuição do esgoto das famílias da Equipe1, da UBS Canaã, 2018.

DISTRIBUICAO DAS FAMILIAS SEGUNDO O DESTINO DOS DEJETOS E MICROAREA DA ESF, 2017.												
Micro área	1	%	2	%	3	%	4	%	5	%	6	%
Sistema público	--		--		--		--		--		--	
Fossa	114	100%	131	100%	103	100%	136	100%	131	100%	136	100%

Céu aberto	--		--		--		--		--		--	
Total	114	100%	131	100%	103	100%	136	100%	131	100%	136	100%

Fonte: SISAB

Quadro 4

Abastecimento de água das famílias da Equipe1, da UBS Canaã, 2018.

DISTRIBUICAO DAS FAMILIAS SEGUNDO O ABASTECIMENTO DE AGUA E MICROAREA DA ESF, 2017.												
Micro área	1	%	2	%	3	%	4	%	5	%	6	%
Sistema público	114	100%	131	100%	103	100%	136	100%	131	100%	136	100%
Outro	--		--		--		--		--		--	
Total	114	100%	131	100%	103	100%	136	100%	131	100%	136	100%

Fonte: SISAB

Contamos com uma integração satisfatória com as demais políticas e setores da comunidade incluindo: 01 creche, 01 escola, 01 igreja, conselho local de saúde. A unidade de saúde recebe materiais e insumos de departamento da secretaria de saúde.

Atividades desenvolvidas pela equipe:

Oferece serviços de saúde como: consulta clínica, consulta de enfermagem, visitas domiciliares, imunização, teste do pezinho, testes rápidos de gravidez, HIV e sífilis, curativo, teste de glicemia, verificação de pressão arterial, nebulização, atendimento dos programas (pré-natal, puericultura, hiper\dia, saúde da mulher, do homem, do idoso, do adolescente, saúde mental e bucal, tabagismo (desativado), acompanhamento ao tratamento de Hanseníase e TB, rastreamento de câncer de colo e útero, rastreamento de câncer de mama e planejamento familiar). Também é ofertado consulta de nutricionista, assistência farmacêutica, cuidados de fisioterapia e visitas domiciliares realizadas por uma equipe multiprofissional. Contamos com o Núcleo de Atenção a Saúde da Família (NASF) que oferece apoio multidisciplinar através da disponibilidade de reabilitador, nutricionista, dentista e trabalhador social.

Visitas domiciliares: realizada a cada 15 dias pelo médico e enfermeira, e diário pelos agentes comunitários de saúde.

Quadro 5

Atendimento dos programas em consultas na Equipe 1 de Saúde da Família do Canaã, 2018.

	Programas	Segunda		Terça		Quarta		Quinta		Sexta	
		M	T	M	T	M	T	M	T	M	T
Médico	Puericultura				8						
	Pré-natal			5							
	Hipertensão/ Diabetes m.					10		10			
	Saúde da mulher /Saúde do homem		8							Dia de	estudo
	Saúde Mental/ Saúde do idoso							8			
	Demanda espontânea	10									
	Visitas domiciliares						6				
Enfermeira	Puericultura				8						
	Pré-natal			5							
	Hipertensão/ Diabetes m.					10		10			
	Saúde da mulher		8								
	Planejamento									x	
	Visitas domiciliares										5
	Atividade extra muro	x					x				
Educação continuada								x			

Fonte: o autor

Sendo marcadas duas vagas de acolhimento em cada turno tanto pra o medico como pra o enfermeiro e três atendimentos de urgências em torno de cumprir com as exigências de demanda, de doenças agudas, da população.

A equipe também desenvolve outras atividades como a vacinação, com uma cobertura vacinal de 87,5% nos menores de 1 ano e 89,79% de 1-2 anos, grupo de caminhada, reuniões com o conselho local de saúde, reuniões quinzenal e mensal com os grupos de hiperdia, gestantes, idosos e crianças de 0 à 2 anos de idade, interação com a escola, creche, e a igreja, salas de espera, palestras em educação e saúde realizadas através dos profissionais de enfermagem, educações continuadas, eventos com a comunidade e grupos, de acordo com as datas comemorativas do calendário anual, assistência compartilhada com NASF, busca a pacientes sintomáticos a Tuberculose. A unidade também estar

inserida no programa do Ágap - Arapiraca garante a primeira infância. Um projeto que tem a participação do município junto ao ministério de saúde.

A equipe planeja e programa suas ações, reuniões mensais e anuais (reuniões administrativas, reuniões de educação continuada, reuniões do conselho local, etc.). Mensalmente é realizado um cronograma das atividades de educação em saúde entre a Equipe NASF e profissionais das ESFs, cronograma este programado a partir do calendário anual da saúde e da demanda espontânea da população. Educação continuada com os ACSs, reunião administrativa, a enfermeira avalia a produção mensal dos ACSs, bem como pelo feedback da população.

A unidade básica de saúde João Batista, através da sua equipe, tem a missão de acolher o usuário de forma humanizada, e através desse acolhimento, oferecer e promover ações e serviços, ofertados pelo SUS, como também, tenta sensibilizar e informar aos usuários sobre seus direitos e deveres, e através dessa missão diária, objetivar uma melhoria na qualidade de vida de nossa população.

Dentre os pontos facilitadores do processo de trabalho está o fato de atualmente a equipe estar completa, integrada, com boa relação interpessoal entre os membros e aberta às novas ideias e propostas. Já como fatores que dificultam têm-se: o acesso aos serviços em alguns casos dificultados pelo crescente número da procura e uma cota ainda bastante pequena, oferecida pelo sistema; atividades preventivas e grupos educativos sendo realizados de forma insuficiente, comprometendo a prática de prevenção e promoção da saúde e a alta rotatividade de profissionais fazendo com as ações propostas não tenham continuidade. Também esta a falta de materiais, falta de medicamentos, falta de consultas e exames laboratoriais, muitos profissionais deixam de presta o serviço de qualidade a população por falta de material, muitas vezes deixa o profissional sem poder encaminhar o paciente para o especialista.

Cada situação desta vem comprometendo as ações de promoção da saúde e prevenção de agravos, incluindo a realização de grupos educativos para orientação da comunidade; e por falta de exames laboratoriais o profissional em ocasiões não tem como dar um diagnóstico real do problema, sendo que a maioria das famílias

que procura o SUS são famílias de baixa renda e não tem o dinheiro para compra o medicamento.

1.4 ESTIMATIVA RÁPIDA: PROBLEMAS DE SAÚDE DO TERRITÓRIO E A COMUNIDADE

O diagnóstico situacional permitiu observar que a unidade oferece a maior parte dos serviços preconizados pelo Ministério de Saúde. Observou-se que o micro-áreas são de médio risco, possibilitando a visualização da realidade do trabalho na UBS, das necessidades da população e do perfil da comunidade. Foi de fundamental importância para o levantamento dos problemas, pra assim desenvolver ações de saúde mais focais e efetivos aos problemas encontrados.

Dentre os problemas elencados a partir da caracterização da região e da população e aos meses de ambiência na unidade de saúde, destacou-se a ausência de ações de prevenção voltadas à população para abordagem e tratamento do tabagismo, alta prevalência de Diabetes Mellitus no idoso, alta prevalência de Hipertensão Arterial Sistêmica, alta incidência das epidemias viroses, incremento da gravidez na adolescência, uso sem indicação e uso abusivo de psicotrópicos, como é o exemplo dos benzodiazepínicos e antidepressivos, e deterioro do quadro higiênico-sanitário, o qual foi constatado através da observação ativa, consultas médicas na UBS e pelo ritmo de vida da população.

2 JUSTIFICATIVA

O diagnóstico situacional realizado na Unidade de Saúde do Canaã identificou o tabagismo como um problema relevante, de governabilidade da equipe e interesse de intervenção pela comunidade.

Para melhorar a qualidade de vida do usuário adscrito na equipe 1, foi proposto à implementação de um grupo para abordagem e tratamento do tabagismo. Com vistas a: adoção de uma conduta uniforme por parte dos profissionais de saúde; tratamento clínico compatível com o problema; abordagem individual e em grupo para tratamento dos usuários; prevenção de inúmeras doenças, como por exemplo, as respiratórias, cardiovasculares e neoplásicas; diminuição dos casos de recaídas; diminuição da dependência da nicotina e a possibilidade de adoção de hábitos de vida saudáveis por parte dos indivíduos.

Apesar dos problemas e dificuldades enfrentadas pelas equipes de saúde, repensar uma estratégia para abordagem do tabagismo dentro da atenção primária se traduz como uma possibilidade de redução de impactos sociais e econômicos. E se constitui em responsabilidade da equipe de saúde.

Este trabalho se justifica pela necessidade de implantar abordagens para a prevenção e o tratamento do tabagismo, que está relacionado a uma ampla gama de doenças que podem acometer o indivíduo com hábito de fumar. Outro fato considerado importante é o de não existir este tipo de trabalho em uma Unidade de Atenção Primária à Saúde (UAPS) no Município de Arapiraca e ainda pelo tabagismo ser considerado um importante problema de saúde pública.

3 OBJETIVOS

3.1 OBJETIVO GERAL

- Construir um plano de intervenção para reduzir o número de tabagistas nos usuários da comunidade do Canaã, no município de Arapiraca.

3.2 OBJETIVOS ESPECIFICOS

- Aumentar as atividades de promoção e prevenção de saúde sobre os riscos e agravos relacionados ao tabagismo na comunidade.
- Sensibilizar aos fumantes sobre os riscos do tabagismo ativo e passivo.

4 METODOLOGIA

Para elaborar o diagnóstico situacional da UBS Canaã foi utilizado o método de Estimativa Rápida como forma de se obter informações do território. As traves deste, a equipe, fazem observações sobre as condições e forma de vida da comunidade e busca os dados existentes em registros, além de entrevistas com sujeitos importantes que estão envolvidos no território. (CAMPOS; FARIA; SANTOS; 2010).

Para a elaboração desse diagnóstico toda a equipe contribuiu com informações, seja de experiência própria no convívio na comunidade, obtidas durante as consultas ou nos cadastros dos Agentes Comunitários de Saúde (ACS), mas também em bases de dados da prefeitura de Arapiraca, no Ministério de Saúde e no Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística.

Para o desenvolvimento do plano de intervenção foi utilizado o Método do Planejamento Estratégico Simplificado - PES e uma Revisão de literatura. O PES é método de gerenciar de forma sistematizada o planejamento de ações. Ele está organizado em 10 passos, a saber: definição dos problemas; priorização dos problemas; descrição do problema selecionado; explicação do problema; seleção dos nós críticos; desenho das operações; identificação dos recursos críticos; análise de viabilidade do plano; elaboração do plano operativo e gestão do plano (CAMPOS; FARIA; SANTOS, 2010).

A escolha do PES para desenvolvimento do plano de intervenções deve-se ao fato das etapas, quando seguidas corretamente, irão garantir: a compreensão de como nasce e como se desenvolvem os problemas em saúde, planejar ações capazes de agir na causa dos problemas, análise da viabilidade política das operações e ataque dos problemas na prática, com operações planejadas (CAMPOS; FARIA; SANTOS, 2010).

Levantamento bibliográfico retrospectivo dos últimos 11 anos (2006-2017), por meio do banco de dados da Biblioteca Virtual em Saúde (BVS), aonde vai se utilizar os descritores: Hábito de Fumar. Educação em Saúde. Atenção Primária à Saúde. Além disso, foi realizado um levantamento de dados dentre os manuais e

linhas guias do Ministério da Saúde. Verificando então o que foi publicado em relação ao planejamento e implantação de grupos de tabagismo na atenção primária.

5 REVISÃO BIBLIOGRÁFICA

A ESF visa a reversão do modelo assistencial curativo, alterando o foco a família, comunidade e com ações voltadas para a prevenção e promoção da saúde através de medidas de baixa complexidade (COSTA et al., 2012).

Sua concepção teórica valoriza o saber do outro, entendendo que o conhecimento é um processo de construção coletiva. É um recurso que tem sido utilizado pelos serviços, visando a um novo entendimento das ações de saúde como ações educativas (NUNES, 2013).

Diante das implicações em oferecer ações de saúde efetivas na redução do tabagismo, propõe-se uma adequação ao PNCT quanto ao uso do grupo, isto é a aplicação da tecnologia de Grupo Operativo (GO) na condução dos atendimentos grupais às pessoas que procuram ajuda para abandonar o tabagismo (LUCCHESI et al, 2013).

Essa estratégia grupal busca a elaboração do saber por meio da relação consigo e com o outro, conduzida pela comunicação e inter-relações, condições propícias para uma leitura crítica da realidade, o que torna o GO uma tecnologia educacional na abordagem de temas diversos relacionados à vida, sobretudo da saúde. Além da reunião de pessoas com um objetivo comum, centra-se na tarefa, tendo por intuito aprender a pensar e superar as dificuldades emergentes e manifestadas no campo grupal (LUCCHESI et al, 2013).

5.1 HISTÓRICO

O tabagismo é compreendido como o hábito de consumir cigarros ou outros produtos que contenham tabaco e que nos quais a nicotina seja o princípio ativo. O tabagismo é considerado uma pandemia pela OMS (SISTEMA DE INFORMAÇÃO INFANTO JUVENIL EM BIOSSEGURANÇA).

O tabagismo é reconhecido como uma doença crônica gerada pela dependência da nicotina, estando por isso inserido na Classificação Internacional de Doenças (CID10) da Organização Mundial da Saúde (OMS). É também o mais importante fator de risco isolado para cerca de 50 doenças, muitas delas graves e

fatais, como o câncer, cardiovasculares, enfisema e outras (INCA, 2018).

O tabaco é uma planta cultivada em todas as partes do mundo, da qual é extraída a sua principal substância ativa: a nicotina. No cigarro é encontrado um número muito grande de substâncias tóxicas, como a terebentina, o formol, a amônia, a naftalina, entre outras. O tabaco começou a ser utilizado por seres humanos no ano 1000 a.C., (UNIVERSIDADE FEDERAL DE SÃO PAULO, 2003).

A palavra nicotina deriva de “Nicot”, nome do diplomata francês que descreveu algumas propriedades da planta. O tabaco também já foi chamado de “erva de Nicot”. Em 1737, foi registrado o nome *Nicotiana tabacum* com a primeira classificação científica de Linneu. Existem ainda outras variedades como a *Nicotiana rustica*, a *Nicotiana glutinosa*, e a *Nicotiana penicilata* (Rosemberg J., et, al, 2003).

Acredita-se que a planta foi introduzida no Brasil pela ação migratória dos índios tupis-guaranis. No século XVI chegou à Europa através do diplomata francês Jean Nicot, que teria cicatrizado uma úlcera na perna utilizando a planta. No século XVII chegou à Ásia e à África, onde era utilizada com fins curativos e através de cachimbo. No século XVIII, surgiu o hábito de aspirar rapé (UNIVERSIDADE FEDERAL DE SÃO PAULO, 2003).

No século XIX iniciou-se o uso do charuto como forma de demonstrar ostentação. Iniciou-se na Espanha e atingiu toda a Europa, os Estados Unidos e, depois, os demais continentes. Somente na década de 1940 surgiram às primeiras descrições de homens e mulheres fumando cigarros, como são conhecidos hoje. Entretanto, apenas após a Primeira Guerra Mundial (1914-1918), o consumo de cigarros apresentou grande expansão (UNIVERSIDADE FEDERAL DE SÃO PAULO, 2003).

Em meados do século XX seu uso espalhou-se por todo o mundo, influenciado por técnicas de publicidade e marketing. Nos anos de 1960 surgiram os primeiros relatórios científicos que relacionavam o uso do cigarro com o adoecimento do fumante. Atualmente, o discurso corrente da ciência aponta os malefícios do tabagismo à saúde do fumante e do não fumante exposto à fumaça do cigarro (UNIVERSIDADE FEDERAL DE SÃO PAULO, 2003).

5.2 COMPORTAMENTO DO TABAGISMO NO MUNDO

Existem segundo a Organização Mundial da Saúde (OMS), mais de um bilhão de fumantes no mundo e 80% deles vive em 24 países, sendo dois terços em países de baixa e média renda onde a carga das doenças e mortes tabaco relacionadas é mais pesada. Estima-se que os fumantes atuais consumam cerca de seis trilhões de cigarros todos os anos (INCA, 2018).

O consumo de tabaco no mundo vem crescendo em países em desenvolvimento e reduzindo em países desenvolvidos, e é maior entre os homens do que entre as mulheres. Conforme recente análise feita pela OMS, a região que apresenta maior percentual de tabaco fumado é a Europa (EURO), com 29% e o menor é a Região da África (AFRO), com 12,4%. A Região das Américas, da qual o Brasil faz parte, em 2010 apresentou 18,7%. Dentre os países desta Região da OMS, a prevalência de fumantes variou de 7% em Barbados a 40,1% no Chile. As maiores prevalências foram observadas entre os homens, variando de 13% em Barbados e 54,7% em Cuba. Já o percentual de tabagismo entre as mulheres foi de 1,1% também em Barbados e 37,5% no Chile (INCA, 2018).

O fumo causa 4,9 milhões de mortes anuais no mundo. Se as atuais tendências de expansão de seu consumo forem mantidas, esse número chegará a dez milhões de mortes anuais, por volta do ano 2030 (CORREA et al., 2008).

Atualmente, segundo a Organização Mundial de Saúde (OMS) um bilhão e 200 milhões de pessoas no mundo com 15 anos de idade ou mais, são fumantes. O que equivale a dizer que um terço da população com 15 anos ou mais faz uso do tabaco. Em uma análise por gênero, a OMS indica que cerca de 47% dos homens e 12% das mulheres, com 15 anos ou mais, fumam (Organização Mundial de Saúde apud BRASIL, 2011).

Fumo no Brasil

Estima-se que durante o ano de 2015, o tabagismo foi responsável por 156.216 mortes (428 mortes ao dia). Este valor representa 12,6% do total das

mortes que ocorrem no Brasil anualmente. Um total de 16% das mortes relacionadas com doenças cardiovasculares e 13% por ACV também podem ser atribuíveis ao tabagismo. Estes percentuais são bem mais elevados para as doenças respiratórias, como DPOC (74%) e superiores para o câncer de pulmão (78%). Também, 13% das pneumonias e 33,6% das mortes por outros cânceres são atribuíveis ao tabagismo. O Atlas de Mortalidade por Câncer do INCA estima a ocorrência de 18.740 casos novos de câncer de pulmão entre homens e 12.530 entre mulheres para cada ano do biênio 2018-2019, no Brasil. Em 2015, ocorreram 26492 óbitos por câncer de pulmão (INCA, 2018).

Estes resultados representam para o país uma perda anual de R\$ 56.898.155.567, ou 0,96 % de todo o PIB nacional. A arrecadação fiscal pela venda de derivados do tabaco foi em 2015 de aproximadamente R\$ 13 bilhões,64 um montante que cobre apenas 33% dos custos diretos provocados pelo tabagismo ao sistema de saúde, e que representa apenas 23% do gasto total atribuível ao tabagismo (INCA, 2018).

No Brasil, as ações de controle do tabagismo tiveram início na década de 1980 direcionadas para educação, legislação e economia. A restrição de fumar em ambientes fechados, a proibição de propaganda, a regulamentação de produtos derivados do tabaco, a advertência nas embalagens, o aumento dos impostos incidentes sobre o tabaco e a substituição da cultura do fumo são exemplos de ações implementadas para reduzir a prevalência do tabagismo no país (DIRETRIZES CLINICAS NA SAÚDE SUPLEMENTAR, 2011).

No Brasil o tabagismo vem sendo controlado desde 1989 por estratégias governamentais que são consideradas de referencia mundial. O programa vigente atual é denominado Programa Nacional de Controle do Tabagismo e Outros Fatores de Risco de Câncer (PNCTOFR) e trata-se de uma iniciativa do Ministério da Saúde (MS) por meio do Instituto Nacional de Câncer (INCA). O objetivo geral do PNCTOFR é reduzir o consumo de tabaco entre a população brasileira e conseqüentemente reduzir as morbimortalidades relacionadas ao cigarro (DA SILVA *et al.*, 2014).

5.3 CONSEQUÊNCIAS NA SAUDE DO TABAGISMO

Sabe-se que a combustão do cigarro produz 4720 substâncias, sendo que 60 apresentam atividade cancerígena e várias outras são reconhecidamente tóxicas. A nicotina é a substância que causa a dependência. Após a tragada, ela chega ao cérebro em 7 a 19 segundos, provocando a liberação de substâncias que proporcionam a sensação de prazer e redução da tensão e da ansiedade (SANTOS, 2012).

A dependência química do tabaco possui três componentes básicos:

- Físico: refere-se à síndrome de abstinência caracterizada pelos sintomas físicos debelados pela ausência da droga no organismo;
- Psicológico: refere-se à acomodação, ou sensação de bem estar proporcionado pela droga;
- Condicionamento: são as associações ou gatilhos que a pessoa faz com o consumo da droga, por exemplo: com café, com tristeza, com bebida alcoólica, e outros.

O tabaco pode ser consumido de diversas maneiras, conforme sua forma de apresentação. Pode ser inalado sob a forma de cigarro, cigarro de palha ou charuto, aspirado sob a forma de rapé, e mascado quando sob a forma de fumo-de-roló, porém sob todas as formas causa malefícios à saúde (SISTEMA DE INFORMAÇÃO INFANTO JUVENIL EM BIOSSEGURANÇA).

O impacto sobre a saúde advindo do uso do tabaco é amplamente conhecido. O uso do tabaco é responsável por 90% dos tumores pulmonares, 75% das bronquites crônicas e 25% das Doenças Isquêmicas do Coração (DIC), (WUNSCH Filho V, 2010).

Segundo a Organização Mundial de Saúde o tabagismo é a principal causa de morte evitável em todo o mundo, sendo responsável por 63% dos óbitos

relacionados às doenças crônicas não transmissíveis. Dessas, o tabagismo é responsável por 85% das mortes por doença pulmonar crônica (bronquite e enfisema), 30% por diversos tipos de câncer (pulmão, boca, laringe, faringe, esôfago, pâncreas, rim, bexiga, colo de útero, estômago e fígado), 25% por doença coronariana (angina e infarto) e 25% por doenças cerebrovasculares (acidente vascular cerebral). Além de estar associado às doenças crônicas não transmissíveis, o tabagismo também é um fator importante de risco para o desenvolvimento de outras doenças, tais como - tuberculose, infecções respiratórias, úlcera gastrintestinal, impotência sexual, infertilidade em mulheres e homens, osteoporose, catarata, entre outras doenças (INCA, 2018).

A pessoa que fuma não adoece sozinha, ou seja, o tabagista passivo (pessoa que está exposta involuntariamente às substâncias tóxicas da fumaça do tabaco) tem risco 30% maior de desenvolver câncer de pulmão, 25% maior de desenvolver doenças cardiovasculares além de asma, pneumonia, sinusite, dentre outras. O tabagismo passivo é considerado a terceira causa de morte evitável e estima-se que em todo mundo, metade das crianças está exposta à poluição tabácica ambiental, maioria sendo atingidas em seus domicílios (DIRETRIZES CLINICAS NA SAÚDE SUPLEMENTAR, 2011).

O cigarro é composto por 4800 elementos e a sua produção envolve diversos processos químicos e a adição de vários produtos conhecidos, mas que em geral não estão associados ao cigarro (**Quadro 6**).

Quadro 6: Lista de aditivos do cigarro e o seu uso mais conhecido. Canaã, Jun. /2017.

Componentes (aditivos)	Uso mais conhecido
Amônia	Produtos para desinfetar banheiros
Acetona	Também usada para remover esmaltes e tintas
Arsênico	Inseticida, também nocivo para seres humanos
Cianeto	Veneno usado em câmaras de gás durante a segunda guerra mundial
Tolueno	Solvente industrial

Butano	Usado como gás de isqueiro
Monóxido de carbono	Gás tóxico emitido na fumaça de carros
DDT	Inseticida
Naftalina	Produto que usamos para matar traças e baratas
Cadmium	Usado em baterias de carro

Fonte: Brasil. Secretaria Nacional de Políticas sobre Drogas, 2011.

De todos os componentes do cigarro 68 são sabidamente cancerígenos. O contato com substâncias como a anitrosamina e o benzopireno, presentes no cigarro, modificam a estrutura do DNA e provocando morte celular. Caso haja uma predisposição do fumante à produção de células diferenciadas, essa se dará e então novas células filhas modificadas irão se reproduzir dando início à formação de um tumor (PEREIRA et al, 2014).

Entre os efeitos nocivos dos componentes do cigarro para as vias aéreas, estes afetam tanto os fumantes ativos quanto os passivos, visto que a inalação da fumaça representa ainda mais toxicidade por possuir três vezes mais nicotina, três a oito vezes mais monóxido de carbono e 47 vezes mais amônia. Como defesa a essa exposição química as células pulmonares passam a produzir muco que irá servir como meio de cultura para bactérias levando a quadros recorrentes de pneumonias (PEREIRA et al, 2014).

Além disso, na tentativa de impedir a entrada de mais elementos tóxicos o sistema de defesa do organismo desencadeia um brônquio constrição instalando uma crise asmática. A nicotina leva ainda a uma redução dos movimentos ciliares das traqueias e o muco produzido nas vias aéreas fica então inerte, virando meio de cultura para microrganismos e instalando um quadro de tosse crônica (PROENÇA et al, 2011).

Ainda dentro dos efeitos nocivos para as vias aéreas, cabe ressaltar que as glicoproteínas presentes no cigarro causam inflação das mucosas da face, caracterizando o aparecimento de sinusite. Já em relação às complicações cardiovasculares estão o infarto agudo do miocárdio, a hipertensão arterial, a

insuficiência vascular em extremidades e os acidentes vasculares encefálicos. Essas consequências se devem ao fato da nicotina: diminuir a quantidade de oxigênio que chega até o coração (por adesão de monóxido de carbono à hemoglobina, reduzindo o transporte de moléculas de oxigênio); aumentar a tensão arterial e a frequência cardíaca (por causar vasoconstrição); facilitar a formação de trombos (por disfunção plaquetária com aumento da coagulação sanguínea) e danificar as células do interior das artérias coronárias e de outros vasos sanguíneos. Como consequência à falta de circulação em decorrência dos efeitos da nicotina, pode-se ocorrer a necrose tecidual (devido à baixa oxigenação) devendo ser necessário, em alguns casos, a amputação do membro. Já no sexo masculino, a dificuldade de circulação sanguínea em decorrência do uso do cigarro, pode levar à impotência sexual (PEREIRA et al, 2014).

Em mulheres grávidas, a falta de oxigênio no sangue faz com o que o feto tenha nutrição comprometida podendo levar ao aborto. O uso do cigarro durante a gestação pode ainda causar o descolamento da placenta e nos casos em que a gravidez se completa o bebê pode nascer com baixo peso, imaturidade pulmonar e vir a ter problemas respiratórios (ROCHA et al, 2013).

A falta de circulação/oxigenação causada pelo uso do cigarro traz para a pele e anexos complicações que vão desde a dificuldade de cicatrização de feridas (crônicas ou agudas) a questões estéticas como o surgimento precoce de rugas e aparência envelhecida à pele quando comparada a pessoas da mesma idade que não fumam. O envelhecimento precoce da pele se dá por desorganização da matriz tecidual das substâncias presentes no cigarro (BRASIL, 2011).

5.4 PLANEJAMENTO E IMPLANTAÇÃO DE UM GRUPO DE TABAGISMO NA ATENÇÃO PRIMÁRIA

Na tentativa de reduzir a prevalência e incidência de tabagistas entre a população brasileira o Ministério da Saúde junto ao INCA vem adotando medidas em âmbito legislativo e executivo que têm gerado impactos positivos na realidade nacional (BRASIL, 2013).

A exemplo tem-se a instituição da portaria N 571, de 5 abril de 2013 que atualiza as diretrizes de cuidado à pessoa tabagista no âmbito da rede de atenção à saúde das pessoas com doenças crônicas do Sistema Único de Saúde e dá outras providências (BRASIL, 2013).

Com vistas a oferecer um suporte terapêutico para os usuários que desejam parar de fumar, o INCA através do PNCTOFR, prepara as unidades básicas de saúde para oferecerem apoio efetivo à cessação de fumar. Um conjunto de ações educativas, normativas e organizacionais é desenvolvido junto aos profissionais da atenção primária à saúde, visando que os mesmos combatam entre si o hábito de fumar e concomitantemente ofereçam abordagem à população (SILVA, 2014).

INCA prepara os profissionais de saúde também em relação a não adesão/continuidade ao tratamento do tabagismo, quer seja com abordagem coletiva ou O individual, alertando que os usuários que continuam frequentando às seções/reuniões são os que realmente possuem o desejo de interrupção do uso do cigarro.

Etapas necessárias para criação de um grupo de tabagismo na atenção primária à saúde

A metodologia em relação, a implantação do grupo de tabagismo, ao número de participantes e de reuniões que devem realizadas bem como as formas de abordagem do usuário, devem ser seguidas de acordo com as diretrizes do INCA através do PNCTOFR, programa responsável pelas ações e campanhas antitabagistas do país.

A portaria 571/2013 apresenta novas diretrizes sobre a adesão da unidade de saúde ao programa nacional contra o tabagismo. O primeiro passo é a adesão ao Programa Nacional de Melhoria e Qualidade da Atenção Básica e posteriormente o ingresso ao programa de controle do tabagismo, sendo realizada na figura do gestor municipal de saúde que então indicará quais unidades de saúde oferecerão os serviços de abordagem e tratamento antitabagismo.

Após o cadastro da unidade ao programa de controle do tabagismo, a mesma preencherá uma ficha com a estimativa de medicação que será necessária para os próximos 12 meses. Esta estimativa deve ser realizada seguindo as seguintes etapas: 1) conhecer e estimar o número de tabagistas no território, observando os dados do seu estado; 2) estimar o número de fumantes que desejam para de fumar (registros próprios ou inquéritos locais); 3) estimar a capacidade da equipe em realizar atendimentos individuais ou em grupo para tratamento do tabagismo. (PNCTOFR, 2003).

A abordagem do fumante para a cessação de fumar tem como eixo central, intervenções cognitivas e treinamento de habilidades comportamentais, visando à cessação e a prevenção de recaída. Em casos específicos pode ser utilizado um apoio medicamentoso. Esta abordagem será realizada em sessões periódicas, de preferência em grupo de apoio, podendo também ser realizada individualmente. Ela consiste em fornecer informações sobre os riscos do tabagismo e os benefícios de parar de fumar, e no estímulo ao autocontrole ou auto manejo para que o indivíduo aprenda a escapar do ciclo da dependência e a tornar-se um agente de mudança de seu próprio comportamento (BRASIL, 2016).

As principais abordagens cognitivo-comportamentais a serem utilizadas estão listadas no **Quadro 7**.

Quadro 7: Principais abordagens Cognitivo-comportamentais utilizadas no processo de cessação de fumar. Canaã Jun./2017.

Abordagem breve/mínima	Consiste em perguntar, avaliar, aconselhar e preparar o fumante para que deixe de fumar, sem acompanhá-lo nesse processo. Vantagens: realizada por qualquer profissional; estratégia de baixo custo. Duração: 3 minutos
------------------------	---

Abordagem básica	<p>Consiste em perguntar, avaliar, aconselhar, preparar e acompanhar o fumante para que deixe de fumar.</p> <p>Vantagens: realizada por qualquer profissional; prevê o retorno do paciente para acompanhamento na fase crítica da abstinência; estratégia de baixo custo. Duração: 3 a 5 minutos</p>
Abordagem específica/intensiva	<p>Atendimento em ambulatório específico para atender fumantes que querem deixar de fumar. Individual ou em grupo.</p> <p>Duração: no mínimo 90 minutos distribuídos em quatro sessões com periodicidade semanal.</p>

Fonte: ROSEMBERG, 2003

De acordo com estudos científicos internacionais os medicamentos atualmente considerados eficazes são os seguintes: Terapia de Reposição de Nicotina, através de adesivo transdérmico ou goma de mascar ou pastilha; e Cloridrato de Bupropiona, que também são considerados medicamentos de 1ª linha. A utilização desses medicamentos deve sempre ser feita juntamente com a abordagem cognitivo-comportamental, e nunca isoladamente (BRASIL, 2016).

Com o objetivo de elaborar um plano de tratamento, o paciente deverá passar por uma consulta, antes de iniciar a abordagem cognitivo-comportamental. Nessa consulta o profissional de saúde deverá avaliar a motivação do paciente em deixar de fumar, seu nível de dependência física à nicotina, se há indicação e/ou contraindicação de uso do apoio medicamentoso, existência de co-morbidades psiquiátricas, e colher sua história clínica. Todo paciente que tiver indicação de uso de qualquer tipo de apoio medicamentoso deverá ser acompanhado em consultas individuais subsequentes, pelo profissional de saúde que o prescreveu (BRASIL, 2016).

A abordagem cognitivo-comportamental consiste em sessões individuais ou em grupo de apoio, entre 10 a 15 participantes, coordenados por 1 a 2 profissionais de saúde de nível superior, seguindo o esquema abaixo:

- 4 Sessões iniciais, estruturadas, preferencialmente semanais, seguidas de:
- 2 Sessões quinzenais, com os mesmos participantes, seguidas de:
- 1 Reunião mensal aberta, com a participação de todos os grupos, para prevenção de recaída, até completar 1 ano (BRASIL, 2016).

6 PROPOSTA DE INTERVENÇÃO

Essa proposta refere-se ao problema priorizado, “ausência de grupo de tabagismo na população atendida”, para o qual se registra uma descrição, explicação e descrição dos seus nós críticos de acordo com a metodologia do Planejamento Estratégico Simplificado (CAMPOS; FARIA; SANTOS; 2010).

Segundo Portes (2014): o fumo é considerado como uma das principais causas de morte evitável mundialmente, pelo que é importante o desenvolvimento de ações educativas no controle do Tabagismo no âmbito da Atenção Primária à Saúde, pelo qual é estratégico envolver profissionais da equipe de saúde, educadores e profissionais da comunicação. Tendo em vista o antes mencionado as políticas antitabagistas se enquadram neste projeto com o intuito de regionalizar ações com vistas a um resultado otimizado, atendendo a grande demanda da equipe 1 da UBS Canaã.

Descrição dos nós críticos

Ausência de profissionais de saúde sensibilizados com este problema: na UBS Canaã antigamente tinha um grupo antitabaco que funcionava perfeitamente, os usuários se sentiam felizes porque a grande maioria conseguia deixar de fumar. Tinha uma equipe multiprofissional preparada pra a abordagem do tabagismo, mas infelizmente com a saída desses profissionais da unidade o grupo deixou de funcionar e com a grande demanda de pacientes os profissionais da unidade não percebiam a necessidade de retomar o grupo antitabaco.

Resistência da população em adotar hábitos de vida saudáveis como para de fumar: este fator se associa a transmissão da cultura de fumar entre os familiares, sendo que comumente observamos membros de uma mesma família e de gerações diferentes com o mesmo hábito, também se deve a que a economia principal do município e da área de abrangência é o plantio do fumo.

Possibilidade de crises de abstinência e recaídas frequentes por parte dos usuários: ao não ter uma boa orientação por parte de um profissional de saúde, um educador ou profissional de comunicação o paciente tem um risco maior de sofrer recaídas. Estudos realizados revelam que o aconselhamento realizado

pelo profissional de saúde é uma estratégia importante em relação à diminuição do tabagismo. Um dos estudos mostrou uma taxa estimada de abstinência de 10.9% quando o fumante tenta parar de fumar sozinho, contra 13.4% se ele for submetido a um aconselhamento mínimo < 3 minutos, 16.0% a um aconselhamento entre 3 a 10 minutos, e 22,1% se ele sofrer um aconselhamento intensivo > 10 minutos (GORIN; HECK, 2012).

Excesso das atividades da equipe que não tem tempo hábil para desenvolver grupos: devido à grande demanda de consultas na unidade, o atendimento voltado a doenças agudas e o resto das atividades incluídas as visitas domiciliares, a equipe não dispõe de tempo necessário para a realização de grupos e atividades preventivas incluindo o grupo de tabagismo.

Cultura da população e dos profissionais não voltadas para atividades de promoção e prevenção: como foi visto no perfil epidemiológico da equipe 1 o tabagismo tem uma alta prevalência, acredita-se que se deve à falta de ações que consigam transmitir de forma efetiva informações de saúde que abordem a temática e suas consequências para saúde.

As ações relativas a cada nó crítico serão detalhadas no quadro 4.

6.1 PRIMEIRO PASSO: DEFINIÇÃO DOS PROBLEMAS

O diagnóstico situacional permitiu não só o conhecimento da realidade sociocultural, econômica e de saúde da população como também elencar alguns desafios que precisam ser enfrentados pela equipe de saúde e comunidade de Canaã.

Dentre os desafios destacados estão:

- Ausência de grupo de tabagismo na população atendida: Foi observada alta prevalência de tabagistas entre os usuários da unidade de saúde, e de diferentes idades. Acredita-se que a falta de um grupo educativo voltado para o manejo dos usuários tabagistas seja uma das causas dessa alta prevalência. Outro fator associado a este quadro é a transmissão da cultura de fumar entre os familiares, visto que é comum observarmos membros de

uma mesma família e de gerações diferentes com o mesmo hábito. Encontrado mediante prontuários, consulta e visitas domiciliares.

- Alta prevalência de Diabetes Mellitus no idoso: O comportamento da população de não adesão aos hábitos de vida saudáveis e de valorização apenas das enfermidades agudas favorece o surgimento e agravamento das doenças crônicas, tais como o diabetes. Encontrado mediante prontuários, consulta e visitas domiciliares.
- Alta prevalência de Hipertensão Arterial Sistêmica: Semelhante às causas de ocorrência do Diabetes Mellitus tem-se a hipertensão arterial sistêmica.
- Uso sem indicação e uso abusivo de psicotrópicos, como é o exemplo dos benzodiazepínicos e antidepressivos: A cultura de medicalização da saúde é uma característica forte da população de Canaã.
- Deterioro do quadro higiênico – sanitário. Encontrado nas visitas domiciliares
- Alta incidência das epidemias viroses. Encontrado nas consultas, visitas domiciliares.
- Incremento da gravidez na adolescência, encontrado nas consultas.

O quadro 8 apresenta em ordem hierárquica os principais desafios relacionados à atenção primária à saúde segundo realidade do município de Canaã, o nível de importância e urgência, a capacidade de enfrentamento da equipe.

6.2 SEGUNDO PASSO: PRIORIZAÇÃO DE PROBLEMAS

Quadro 8: Priorização dos desafios relacionados à atenção primária à saúde segundo a Equipe 1 da Unidade Básica de Saúde. Canaã/ Jun. 2017.

Principais Problemas	Importância	Urgência	Capacidade de enfrentamento da equipe	Seleção
Ausência de grupo de tabagismo a população atendida	Alta	7	Dentro	1
Alta prevalência de Diabetes <i>Mellitus</i> no idoso	Alta	5	Parcial	2
Alta prevalência de Hipertensão Arterial Sistêmica	Alta	5	Parcial	3
Incremento da gravidez na adolescência.	Alta	5	Parcial	4
Alta incidência das epidemias viroses.	Alta	5	Parcial	5
Uso sem indicação e uso abusivo de psicotrópicos, como é o exemplo dos benzodiazepínicos e antidepressivos.	Médio	4	Parcial	6
Deterioro do quadro higiênico – sanitário.	Médio	4	Parcial	7

Fonte: o autor. *Total de pontos distribuídos em 10.

6.3 TERCEIRO E QUARTO PASSO: DESCRIÇÃO E EXPLICAÇÃO DO PROBLEMA

Dentre os problemas elencados destacou-se a ausência de um grupo voltado à população para abordagem e tratamento do tabagismo. O tabagismo pode contribuir para a ocorrência de diversas doenças, como as do aparelho cardiovascular, respiratório e as neoplasias e evidências científicas demonstram que o grupo de tabagismo representa uma tentativa de sucesso na redução do hábito de fumar dentre a população. Porém, o excesso de consultas e atividades da

equipe de saúde da unidade em que estou alocada, dificulta a disponibilidade de tempo para desenvolvimento de grupos, dentre eles o de tabagismo. O que compromete o esclarecimento dos malefícios do hábito de fumar e dificulta a realização de consultas individualizadas para escolha do melhor tratamento antitabaco. A demanda espontânea não organizada, a cultura e resistência da população e equipe em manter este modelo de atendimento voltado para as condições agudas, comprometem as ações de promoção da saúde e prevenção de agravos, incluindo a realização de grupos educativos.

6.4 QUINTO SEXTO E SÉTIMO PASSO: SELEÇÃO DOS NÓS CRÍTICOS; OPERAÇÃO, PRODUTOS E RECURSOS NECESSÁRIOS

Para alcançar os objetivos propostos foi necessária a superação dos nós críticos atrelados à questão da criação e implantação do grupo de tabagismo segundo a realidade de Canaã. Para melhor organização os nós críticos, Operação/projeto, produtos e recursos necessários, foram compilados no Quadro 9.

Quadro 9 Nós críticos, Operação/projeto, produtos e recursos necessários. Canaã 2017.

Nó Crítico	Operação/Projeto	Produtos	Recursos Necessários
Ausência de profissionais de saúde sensibilizados com o problema do tabagismo	Equipe orientada Realizar educação permanente e continuada com equipe levantando importância da temática do tabagismo.	Referenciais epidemiológicos do uso do tabaco em nível (Inter) nacional e cartilhas do Ministério da Saúde/INCA sobre tabaco exposição dialogada	<u>Organizacionais</u> (humanos e materiais) <u>Cognitivos</u> (conhecimentos disponíveis e acumulados)

<p>Resistência da população em adotar hábitos de vida saudáveis (parar de fumar)</p>	<p>Menos tabaco</p> <p>Realizar o grupo de tabagismo e a divulgação do mesmo entre a comunidade.</p>	<p>Cartilhas sobre o tabaco, cartazes educativos e de divulgação do grupo, uso da rádio local e de instituições.</p> <p>Comunitárias para auxílio da divulgação (igrejas, reuniões de grupos de bairros).</p>	<p><u>Organizacionais</u></p> <p><u>Cognitivos</u></p> <p><u>Poder</u> (políticos).</p>
<p>Possibilidade de crise de abstinência e recaídas frequentes por parte dos usuários.</p>	<p>Vida sem cigarro</p> <p>Prever abordagem explicativa, dentro das reuniões do grupo de tabagismo, dos sintomas das crises de abstinência salientando seu curto período de duração, os comportamentos que favorecem a não recaída e a importância de retomada do tratamento mesmo após a ocorrência de recaídas.</p>	<p>Cartilhas sobre tabaco elaboradas pelo Ministério da Saúde/INCA e exposição dialogada.</p>	<p><u>Organizacionais</u></p> <p>(humanos, materiais e equipamentos)</p> <p><u>Cognitivos</u>.</p> <p>(conhecimentos disponíveis e acumulados).</p>
<p>Excesso de atividades da equipe que não tem tempo hábil para desenvolver grupos</p>	<p>Organizar</p> <p>Sensibilizar a equipe de saúde quanto à necessidade de organização da agenda semanal para a realização de grupos educativos.</p>	<p>Cartilhas do Ministério da Saúde sobre prevenção e promoção da Saúde e Planejamento em Saúde. Exposição dialogada.</p>	<p><u>Organizacionais</u></p> <p>(humanos e materiais)</p> <p><u>Cognitivos</u></p> <p>(conhecimentos disponíveis e acumulados).</p>
<p>Cultura da população e dos profissionais não voltadas para a prevenção e promoção da saúde</p>	<p>Sem tabaco</p> <p>Sensibilizar a equipe e os usuários da unidade de saúde em relação à importância das ações e adesão de Comportamentos voltados para a prevenção e promoção da saúde.</p>	<p>Cartilhas do Ministério da Saúde sobre prevenção e promoção da Saúde e Planejamento em Saúde. Exposição dialogada.</p>	<p><u>Organizacionais</u></p> <p>(humanos e materiais)</p> <p><u>Cognitivos</u></p> <p>(conhecimentos disponíveis e acumulados).</p>

Fonte: o autor

6.5 OITAVO PASSO: ANÁLISE DA VIABILIDADE DO PROJETO

Foi realizada uma análise da viabilidade deste projeto e chegou-se à conclusão que o mesmo é viável de ser operacionalizado, uma vez que necessita de pouco dispêndio de recursos financeiros, materiais e humanos. Dependendo por tanto do conhecimento e da intencionalidade dos profissionais envolvidos e da aceitação da população da intervenção que será proposta.

6.6 NONO PASSO: ELABORAÇÃO DO PLANO OPERATIVO

Os quadros 10, 11, 12, 13 e 14 apresentam as etapas para o desenvolvimento do plano de ação.

Quadro 10 – Operações sobre o “nó crítico 1” relacionado ao problema “Ausência de profissionais de saúde sensibilizados com o problema do tabagismo”, na população sob responsabilidade da Equipe de Saúde da Família 1 do Canaã, do município Arapiraca estado de Alagoas.

Nó crítico 1	Ausência de profissionais de saúde sensibilizados com o problema do tabagismo.
Operação (ou operações)	Realizar educação permanente e continuada com equipe levantando importância da temática do tabagismo.
Projeto	Equipe Orientada
Resultados esperados	Sensibilizar os profissionais quanto à importância da temática. Equipe com maior conhecimento sobre os riscos e complicações relacionados com o uso do tabaco, assim como os sintomas de abstinência.
Produtos esperados	Trabalho sistemático com a equipe de saúde da família sobre o tabagismo Referenciais epidemiológicos do uso do tabaco em nível (Inter) nacional e cartilhas do Ministério da Saúde/INCA sobre tabaco exposição dialogada.
Recursos necessários	Organizacional: Adequação de um espaço físico, recursos humanos (equipe de saúde da família, Núcleo de Apoio a Família) equipamentos (recursos audiovisuais).

	Cognitivo: Informação sobre o tema e estratégias de comunicação
Recursos críticos	Organizacional: Adequação de um espaço físico e equipamento (recursos audiovisuais). Econômico ou financeiro: Recursos audiovisuais e folhetos educativos.
Viabilidade / controle dos recursos críticos	Organizacional: Setor de comunicação social. Político: Apoio dos Gestores locais.
Ação estratégica	Apresentar o Projeto de intervenção educativa
Plano operativo. Responsáveis pelas operações	Toda a equipe de saúde da Unidade, NASF e Serviço Social local.
Cronograma / Prazo	Curto prazo (1 mês para o início da atividade) Duração: 2 meses.
Gestão, acompanhamento e avaliação das operações.	Ação ao alcance da equipe. Acompanhamento realizado pela equipe mensalmente e avaliação das operações pelo médico e enfermeira semestral.

Fonte: o autor

Quadro 11 – Operações sobre o “nó crítico 2” relacionado ao problema “Resistência da população em adotar hábitos de vida saudáveis (parar de fumar)”, na população sob responsabilidade da Equipe de Saúde da Família 1 do Canaã , do município Arapiraca, estado de Alagoas.

Nó crítico 2	Resistência da população em adotar hábitos de vida saudáveis (parar de fumar).
Operação (ou operações)	Realizar o grupo de tabagismo e a divulgação do mesmo entre a comunidade.
Projeto	Menos Tabaco.
Resultados esperados	Reduzir o consumo de tabaco entre a população da comunidade e fazer extensivo à população do município.

	Cobertura médica a 75% da população fumante, na comunidade do Canaã.
Produtos esperados	Cartilhas sobre o tabaco, cartazes educativos e de divulgação do grupo, uso da rádio local e de instituições comunitárias para auxílio da divulgação (igrejas, reuniões de grupos de bairros).
Recursos necessários	Organizacional: Adequação de um espaço físico, recursos humanos (equipe de saúde da família, Núcleo de Apoio de Apoio à Saúde da Família), equipamentos (recursos audiovisuais). Cognitivo: Conhecimento sobre estratégias de comunicação e pedagógicas. Econômico ou financeiro: Recursos audiovisuais e folhetos educativos. Financiamento do projeto. Político: Mobilização social e articulação Inter setorial com a rede de ensino e a rádio comunitária.
Recursos críticos	Econômico ou financeiro: Recursos audiovisuais e folhetos educativos Político: Articulação entre os setores da saúde e adesão dos profissionais.
Viabilidade / controle dos recursos críticos	Organizacional: setor de comunicação social. Político: Apoio dos gestores locais.
Ação estratégica	Apresentar o Projeto de intervenção educativa.
Plano operativo. Responsáveis pelas operações	Toda a equipe de saúde da Unidade e do NASF e Serviço Social local.
Cronograma / Prazo	Mediano prazo (2 meses para o início da atividade) Duração: continuamente.
Gestão, acompanhamento e avaliação das operações.	Ao alcance da equipe. Acompanhamento continua pela Equipe e avaliação trimestral.

Fonte: o autor

Quadro 12 – Operações sobre o “nó crítico 3” relacionado ao problema “Possibilidade de crise de abstinência recaídas frequentes por parte dos usuários”, na população sob responsabilidade da Equipe de Saúde da Família 1 do Canaã, do município Arapiraca, estado de Alagoas.

Nó crítico 3	Possibilidade de crise de abstinência e recaídas frequentes por parte dos usuários.
Operação (ou operações)	Prever abordagem explicativa, dentro das reuniões do grupo de tabagismo, dos sintomas das crises de abstinência salientando seu curto período de duração, os comportamentos que favorecem a não recaída e a importância de retomada do tratamento mesmo após a ocorrência de recaídas.
Projeto	Vida sem cigarro
Resultados esperados	Reduzir as possibilidades de crise de abstinência e recaídas entre os usuários de tabaco em processo de tratamento
Produtos esperados	Cartilhas sobre tabaco elaboradas pelo Ministério da Saúde/INCA e exposição dialogada Abordagem da temática no grupo de tabagismo. Consultas de retorno com o psicólogo. Convite para continuar participando de novas reuniões de grupo de tabagismo. Campanhas educativas a rádio local.
Recursos necessários	Organizacional: Adequação de um espaço físico, recursos humanos (equipe de saúde da família, Núcleo de Apoio de Apoio à Saúde da Família, psicólogo), equipamentos (recursos audiovisuais) Cognitivo: Conhecimento sobre estratégias de comunicação e pedagógicas. Econômico ou financeiro: Recursos audiovisuais e folhetos educativos. Financiamento do projeto. Político: Mobilização social e articulação Inter setorial com a rede de ensino e a rádio comunitária.
Recursos críticos	Econômico ou financeiro: Recursos audiovisuais e folhetos educativos Político: Articulação entre os setores da saúde e adesão dos profissionais. .

Viabilidade / controle dos recursos críticos	Organizacional: setor de comunicação social e Psicologia. Político: Apoio dos gestores locais.
Ação estratégica	Apresentar o Projeto de intervenção educativa.
Plano operativo. Responsáveis pelas operações	Toda a equipe de saúde da Unidade e do NASF, Serviço Social local e Psicologia.
Cronograma / Prazo	Mediano prazo (1 mês para o início da atividade) Duração: continuamente.
Gestão, acompanhamento e avaliação das operações.	Ao alcance da equipe com apoio dos gestores locais. Acompanhamento continua pela Equipe e especialidade em Psicologia, avaliação trimestral.

Fonte: o autor

Quadro 13 – Operações sobre o “nó crítico 4” relacionado ao problema “Excesso de atividades da equipe que não tem tempo hábil para desenvolver grupos”, na população sob responsabilidade da Equipe de Saúde da Família 1 do Canaã, do município Arapiraca, estado de Alagoas.

Nó crítico 4	Excesso de atividades da equipe que não tem tempo hábil para desenvolver grupos.
Operação (ou operações)	Sensibilizar a equipe de saúde quanto à necessidade de organização da agenda semanal para a realização de grupos educativos.
Projeto	Organizar
Resultados esperados	Garantir a permanência dos profissionais de saúde e uma agenda melhor organizada para o atendimento continuado destes pacientes. Melhora da organização do sistema de trabalho de modo a favorecer a realização de grupos educativos.
Produtos esperados	Realização de acolhimento e triagem Agendamento dos atendimentos não agudos Organização da agenda para realização de grupos educativos

	Cartilhas do Ministério da Saúde sobre prevenção e promoção da Saúde e Planejamento em Saúde. Exposição dialogada.
Recursos necessários	Organizacional: Adequação de um espaço físico, recursos humanos (equipe de saúde da família, Núcleo de Apoio de Apoio à Saúde da Família, psicólogo, dentista), equipamentos (recursos audiovisuais) Cognitivo: Informação e conhecimento sobre estratégias de comunicação.
Recursos críticos	Econômico ou financeiro: Recursos audiovisuais e folhetos educativos
Viabilidade / controle dos recursos críticos	Organizacional: medico e enfermeira Politico: Apoio dos gestores locais.
Ação estratégica	Apresentar o Projeto de intervenção educativa.
Plano operativo. Responsáveis pelas operações	Medico e enfermeira. Gerente da unidade de saúde do Canaã.
Cronograma / Prazo	Curto prazo (1 mês para o início da atividade) Duração: continuamente
Gestão, acompanhamento e avaliação das operações.	Ao alcance da equipe. Acompanhamento continua pela Equipe, avaliação mensal.

Fonte: o autor

Quadro 14 – Operações sobre o “nó crítico 5” relacionado ao problema “Cultura da população e dos profissionais não voltadas para a prevenção e promoção da saúde”, na população sob responsabilidade da Equipe de Saúde da Família 1 do Canaã , do município Arapiraca, estado de Alagoas.

Nó crítico 5	Cultura da população e dos profissionais não voltadas para a prevenção e promoção da saúde
Operação (ou operações)	Sensibilizar a equipe e os usuários da unidade de saúde em relação à importância das ações e adesão de Comportamentos voltados para a prevenção e promoção da saúde.

Projeto	Sem Tabaco
Resultados esperados	Melhora da conscientização da equipe e usuários quanto à prevenção e promoção da saúde.
Produtos esperados	Avaliação da equipe e dos usuários em relação à cultura não voltada para prevenção e promoção de saúde. Educação permanente e continuada voltada para importância das ações de prevenção e promoção da saúde. Divulgação na rádio local, e realização de palestras voltadas para a comunidade com a temática da prevenção e promoção de saúde. Cartilhas do Ministério da Saúde sobre prevenção e promoção da Saúde e Planejamento em Saúde. Exposição dialogada.
Recursos necessários	Organizacional: Adequação de um espaço físico, recursos humanos (equipe de saúde da família, Núcleo de Apoio de Apoio à Saúde da Família), equipamentos (recursos audiovisuais) Cognitivo: Informação e conhecimento sobre estratégias de comunicação e pedagogia.
Recursos críticos	Econômico ou financeiro: Recursos audiovisuais e folhetos educativos
Viabilidade / controle dos recursos críticos	Organizacional: médico e enfermeira, setor social local. Político: Apoio dos gestores locais.
Ação estratégica	Apresentar o Projeto de intervenção educativa.
Plano operativo. Responsáveis pelas operações	Médico e enfermeira. Serviço social local
Cronograma / Prazo	Curto prazo (2 meses para o início da atividade) Duração: continuamente.
Gestão, acompanhamento e avaliação das operações.	Ao alcance da equipe. Acompanhamento continua pela Equipe, avaliação semestral.

Fonte: o autor

6.7 CONSIDERAÇÕES SOBRE O PLANO DE AÇÃO

A seguir planilha com consolidado de como se dará a gestão do plano de ações.

Quadro 15 – Planilha de Acompanhamento das Operações, sobre a responsabilidade da Equipe de Saúde da Família 1, do Canaã, município Arapiraca, estado Alagoas.

Planilha de acompanhamento das operações/projeto					
Operação “Equipe orientada.”					
Coordenação: Médico- Avaliação após seis meses do início do projeto.					
Produtos	Responsável	Prazo	Situação atual	Justificativa	Novo prazo
Educação permanente e continuada com a equipe	Médico e enfermeiro	1 mês	realizado	-	2 meses
Avaliação dos profissionais	Médico e Enfermeiro	3 meses	desenvolvimento de técnica para avaliação	Dificuldade em desenvolver uma forma de avaliação que seja contínua e não fragmentada	3 meses
Operação “Menos Tabaco”					
Coordenação: Enfermeiro– Avaliação após 3 meses do início do projeto					
Produtos	Responsável	Prazo	Situação atual	Justificativa	Novo prazo
Grupo de Tabagismo	Enfermeiro	2 meses	Realizado primeiro grupo	-	2 meses
Divulgação na rádio local	Serviço Social	1 meses	Tentando contato com rádio local	Falta de parceria prévia em sistema de saúde e os meios públicos de divulgação	1 mês
Divulgação em grupos, reuniões da comunidade	Agentes de Saúde	2 meses	Realizado	-	2 meses

Operação “Vida sem Cigarro”					
Coordenação: Psicólogo – Avaliação após 3 meses do início do projeto					
Produtos	Responsável	Prazo	Situação atual	Justificativa	Novo prazo
Abordagem da temática no grupo de tabagismo	Psicólogo	1 mês	Realizado	-	3 meses
Consultas de retorno com psicólogo	Psicólogo	1 mês	Reagendando as próximas consultas	Alta demanda atrasando os atendimentos	1 mês
Convite para continuar participando de novas reuniões de grupo de tabagismo	Agentes de Saúde, Enfermeiro e Médico	2 semanas	Sendo realizado	-	-
Campanhas educativas na rádio local	Serviço Social	1 mês	Tentando contato com rádio local	Falta de parceria prévia em sistema de saúde e os meios públicos de divulgação	1 mês
Operação “Organizar”					
Coordenação: Enfermeiro – Avaliação após 1 mês do início do projeto					
Produtos	Responsável	Prazo	Situação atual	Justificativa	Novo prazo
Realização de acolhimento e triagem	Enfermeiro	1 mês	Iniciado	-	-
Agendamento dos atendimentos não agudos	Médico/Enfermeiro	1 mês	Iniciado	-	-
Organização da agenda para realização de grupos educativos	Médico/Enfermeiro/Dentista/Assistente Social/Psicólogo	1 mês	Iniciado	-	-
Operação “Sem tabaco”					

Coordenação: Médico – Avaliação após 6 meses do início do projeto					
Produtos	Responsável	Prazo	Situação atual	Justificativa	Novo prazo
Avaliação da equipe e dos usuários em relação à cultura não voltada para prevenção e promoção de saúde	Médico e Enfermeiro	2 meses	Sendo realizada	-	-
Educação permanente e continuada voltada para importância das ações de prevenção e promoção da saúde	Médico e Enfermeiro	2 meses	Aguardando avaliação anterior	Após a avaliação teremos um levantamento dos temas necessários para realização da educação continuada/permanente.	2 meses
Divulgação na radio local, e realização de palestras voltada para a comunidade com a temática da prevenção e promoção de saúde	Médico, Enfermeiro e Assistente social	2 meses	Aguardando contato com a rádio local; Organizando material didático para realização das mini palestras voltadas para a comunidade.	-	4 meses

7 CONSIDERAÇÕES FINAIS

O desenvolvimento do plano de intervenções possibilitou o aprendizado para toda a equipe e, sobretudo oportunidade para a população de Canaã receber abordagem e tratamentos sistematizados para o tabagismo, ressignificando uma forma de motivar e apoiar os fumantes na cessação do consumo de cigarros.

As dificuldades iniciais para registro e cadastro da unidade de saúde no programa de controle de tabagismo do INCA foram superadas com o trabalho de toda a equipe que se mostrou integrada e proativa em todas as etapas de desenvolvimento e implantação do grupo.

Espera-se que a equipe de saúde do município de Canaã continue com a realização deste projeto, realizando captações dos usuários e ampliando as ações e divulgações pra possibilitar assim o crescimento deste tipo de abordagem para o tratamento do tabagismo, assim como também o Programa do Tabagismo faça parte das atividades da UBS, e assim alcançar resultados.

REFERÊNCIAS

AGÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE SUPLEMENTAR (Brasil); ASSOCIAÇÃO MÉDICA BRASILEIRA. **Diretrizes clínicas na saúde suplementar**: 2011. Rio de Janeiro: ANS, v. 2, p. 1049-1072, 2011.

ANUÁRIO ESTADÍSTICO DO ESTADO DE ALAGOAS. CRB-4/1524. Governo do Estado de Alagoas. Secretaria de Estado do Planejamento, Gestão e Patrimônio. Superintendência de Produção da Informação e do Conhecimento. **Gerência de Estatística e Indicadores, Supervisão de Estatística**. Maceió, 2015. Disponível em: <<http://dados.al.gov.br/dataset/4510081e-80b9-4b1e-9d93-9c6a775587fd/resource/5acc603f-d28f-4cdd-b0c1-15c0535cb89f/download/anuario2017.xlsx>>. Acesso em: 04 mar. 2018.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 571, de cinco de abril de 2013. Atualiza as diretrizes de cuidado à pessoa tabagista no âmbito da rede de Atenção à Saúde das pessoas com doenças crônicas do Sistema Único de Saúde (SUS) e dá outras providências. **Diário Oficial da União**. Poder executivo, Brasília, DF, 8 abr. 2013, Seção 1, p.56-57.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 761, de 21 de junho de 2016. Valida as orientações técnicas do tratamento do tabagismo constantes no Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas - Dependência à Nicotina. **Diário Oficial da União**. Poder executivo, Brasília, DF, 22 jun. 2016, Seção 1, p.68-69.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. **Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde**. CNES. Disponível em: <http://cnes.datasus.gov.br/Listar_Mantidas.asp?VCnpj=19243500000182&VEstado=31&VNome=PREFEITURA%20MUNICIPAL%20DE%20SAO%20PEDRO%20DOS%20FERROS>. Acesso em 18 de jun. de 2017.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Sistema de Informação da Atenção Básica - SIAB**. Disponível em: <<http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/deftohtm.exe?siab/cnv/SIABSMG.def>>. Acesso em: 20 jun. 2017.

BRASIL. Secretaria Nacional de Políticas sobre Drogas. **Drogas**: cartilha sobre tabaco. Brasília, 2011. 36 p. Disponível em: < <http://www.justica.gov.br/central-de-conteudo/politicas-sobre-drogas/cartilhas-politicas-sobre-drogas/cartilhas-politicas-sobre-drogas>>. Acesso em: 8 nov. 2018.

BRASIL. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. **Censo Demográfico**. Alagoas/Arapiraca, 2010. Disponível em: <<https://cidades.ibge.gov.br/v4/brasil/al/arapiraca/panorama>>. Acesso em: 25 jun. 2017.

BRASIL. Ministério da Saúde. Instituto Nacional de Câncer. **Programa de Controle do Tabagismo e Outros Fatores de Risco de Câncer**: Modelo logico e avaliação,

ed. 2. Rio de Janeiro, 2003. 46 p. Disponível em: <<https://www.inca.gov.br/publicacoes/livros/programa-nacional-controle-tabagismo-e-outros-fatores-risco-cancer-modelo-logico>>. Acesso em: 17 jan. 2019.

BRASIL. Ministério da Saúde. Instituto Nacional de Câncer. **Observatório da Política Nacional de Controle do Tabaco: Dados e Números de Tabagismo**, 2018. Disponível em: <<https://www.inca.gov.br/observatorio-da-politica-nacional-de-controle-do-tabaco/dados-e-numeros>>. Acesso em: 17 jan. 2019.

CAMPOS, F. C. C.; FARIA, H. P.; SANTOS, M. A.; **Planejamento e avaliação das ações em saúde**. 2ed. Belo Horizonte: Nescon/UFMG. 2010. 118p.

CORREA PCRP, BARRETO SM, PASSOS VMA. **Métodos de estimativa da mortalidade atribuível ao tabagismo**: uma revisão da literatura. *Epidemiol Serv Saúde*. 2008; 17: 43-57

COSTA, J. R. B. et al. Formação médica na estratégia de saúde da família: percepções discentes. **Rev Bras Educ Méd**, v. 36, n. 3, p. 387-400, 2012.

DA SILVA, Sandra Tavares et al. Combate ao Tabagismo no Brasil: a importância estratégica das ações governamentais. **Revista Ciência & Saúde Coletiva**, v. 19, n. 2, 2014.

LUCHESE, *et al.* A tecnologia de grupo operativo aplicada num programa de controle do tabagismo. **Texto & Contexto Enfermagem**, Florianópolis, v. 22, n. 4, p. 918-926, out. /dez., 2013.

NUNES, T. C. M. Políticas e produção científica: diálogos entre trabalho e educação na saúde. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 18, n. 6, p. 1535-1543, 2013.

PEREIRA, *et al.* As principais doenças associadas ao tabagismo e o tratamento medicamentoso no combate ao vício. **Saúde e meio ambiente: revista interdisciplinar**, v. 3, n. 1, p. 51-58, 2014.

PREFEITURA de Arapiraca. Dados gerais. Arapiraca: 2018. Disponível em: <<http://web.arapiraca.al.gov.br/a-cidade/dados-gerais/>>. Acesso em: 04 mar. 2018.

PROENÇA, M. *et al.* Efeito imediato e a curto prazo do cigarro sobre o transporte mucociliar nasal de fumadores. **Revista Portuguesa de Pneumologia**, v. 17, n. 4, p. 172-176, 2011.

ROCHA, R. S. et al. Consumo de medicamentos, álcool e fumo na gestação e avaliação dos riscos teratogênicos. **Rev. Gaúcha Enferm.**, v. 34, n. 2, p. 37-45, 2013

ROSEMBERG, J.; ROSEMBERG, A.; MORAES, M. **Nicotina: droga universal**. São Paulo: SES/CVE, 2003. 174p.

SISTEMA DE INFORMAÇÃO INFANTO JUVENIL EM BIOSSEGURANÇA. Saúde. **Tabagismo: O mal da destruição em massa**, s.d. Disponível em: <<http://www.fiocruz.br/biosseguranca/Bis/infantil/tabagismo.htm>>. Acesso em: 17 jan. 2019.

UNIVERSIDADE FEDERAL DE SÃO PAULO. Escola Paulista de Medicina. **Centro Brasileiro de Informações sobre Drogas Psicotrópicas**: folhetos/tabaco. São Paulo, 2003. Disponível em: <http://www.unifesp.br/dpsicobio/cebrid/folhetos/tabaco_.htm>. Acesso em 06 jul. 2018.

WÜNSCH, Filho V. et. al. Tabagismo e câncer no Brasil: evidências e perspectivas. **Rev. Bras. Epidemiol.** São Paulo, v.13, n.2, p. 175-187. 2010.