

UNIVERSIDADE FEDERAL DE MINAS GERAIS
CURSO DE ESPECIALIZAÇÃO ESTRATÉGIA EM SAÚDE DA FAMÍLIA

NATACHA CESPEDES MATOS

**INTERVENÇÃO SOBRE O TABAGISMO DA UNIDADE DE SAÚDE
CELSO DIANA EM SANTA LUZIA /MG**

BELO HORIZONTE – MG

2015

NATACHA CESPEDES MATOS

**INTERVENÇÃO SOBRE O TABAGISMO DA UNIDADE DE SAÚDE
CELSO DIANA EM SANTA LUZIA /MG**

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

Orientadora: Prof.^a Virgiane Barbosa de Lima

BELO HORIZONTE – MG

2015

NATACHA CESPEDES MATOS

**INTERVENÇÃO SOBRE O TABAGISMO DA UNIDADE DE SAÚDE
CELSO DIANA EM SANTA LUZIA /MG**

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

Banca Examinadora:

Prof.^a Virgiane Barbosa de Lima (orientadora)

Prof. Fernanda Magalhães Duarte Rocha

Aprovado em

de 2015

AGRADECIMENTOS

À minha filha que amo tanto, a meu esposo e pais que são o apoio que eu preciso para viver cada dia. Agradeço a eles pelo amor e carinho dados a mim todo momento. Obrigada

À minha orientadora Virgiane Barbosa de Lima pela paciência e apoio prestados durante o processo de finalização do curso.

RESUMO

O hábito de fumar é um problema de saúde pública sendo que os profissionais da atenção primária à saúde devem estar preparados para o enfrentamento em decorrência dos riscos e comorbidades associadas à redução da qualidade de vida. O tabagismo configura-se como o modo encontrado pelo usuário para participar de uma sociedade, equivocando-se com ação relaxante inicial para enfrentar problemas resultando em vício e assim, a dependência. O objetivo deste foi elaborar um plano de intervenção para reduzir a prevalência do tabagismo no território equipe verde do Centro de Saúde Celso Diana em Santa Luzia. Assim, foi realizado um estudo descritivo através de pesquisa bibliográfica e a utilização do Planejamento Estratégico Situacional (PES) que visa particularmente os problemas de saúde de um dado território, e a realidade que se pretende intervir. Elaborou-se assim, quatro operações com a finalidade de reduzir o hábito de fumar, comum entre os usuários relacionadas à mudança de hábitos e estilo de vida, informações sobre o efeito nocivo do tabaco entre fumantes ativos e passivos, apoio psicossocial e capacitação da equipe para lidar com o problema. Observou-se a viabilidade do plano de ação, como favorável em todos os aspectos e as ações educativas como ferramenta principal. Sua implementação contribuirá com a melhoria da qualidade de vida dos usuários através da redução do uso do tabaco, bem como a dependência citada.

Palavras Chave: Tabagismo. Dependência. Atenção primária.

ABSTRACT

Smoking is a public health problem being that primary care professionals to health should be prepared to face as a result of risks and comorbidities associated with reduced quality of life. Smoking appears as the way found by the user to participate in a society, mistaking with initial relaxing action to address problems resulting in addiction and thus dependence. The objective of this was to develop an action plan to reduce the prevalence of smoking in the territory Celso Diana Green Team Health Center in Santa Luzia. Thus, a descriptive study was conducted through bibliographical research and the use of the Situational Strategic Planning (PES) that particularly targets the health problems of a given territory, and the reality that it intends to intervene. Is elaborated thus four operations in order to reduce smoking, common among users related to changing habits and lifestyle, information about the harmful effects of tobacco among smokers assets and liabilities, psychosocial support and staff training to deal with the problem. There was the viability of the action plan, as favorable in all aspects and educational activities as the main tool. Its implementation will contribute to improving the quality of life of users by reduction in use of tobacco, and the aforementioned dependency.

Key words: Smoking . Dependence. Primary care.

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

ACS - Agente comunitário de Saúde

CAPS – Centro de Atenção Psicossocial

CEESF – Curso de Especialização Estratégia em Saúde da Família

CID-10 – Classificação Internacional de Doenças - 10ª edição

DOU – Diário Oficial da União

ESF – Estratégia de Saúde da Família

IBGE – Instituto Brasileiro de Geografia e Estatísticas

NASF – Núcleo de Apoio em Saúde da Família

NESCON - Núcleo de Educação em Saúde Coletiva

PMMB – Programa Mais Médicos para o Brasil

SUS – Sistema Único de Saúde

UBS – Unidade Básica de Saúde

UFMG – Universidade Federal de Minas Gerais

UNA-SUS – Universidade Aberta do SUS

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO.....	09
2 JUSTIFICATIVA	18
3 OBJETIVO	19
4 REVISÃO DE LITERATURA	20
5 MÉTODOS.....	25
6 PLANO DE AÇÃO	26
7 CONSIDERAÇÕES FINAIS	36
REFERÊNCIAS	37

1 INTRODUÇÃO

Santa Luzia é um município brasileiro do estado de Minas Gerais e que pertencente à Região Metropolitana de Belo Horizonte. Sua população de acordo com a Estimativa do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE) no ano de 2015 é de 216.254 habitantes, vivendo numa área de 235,327 Km², sendo que a maior quantidade de pessoas que vivem no município se encontra agrupada nos bairros de São Benedito, Palmital e Centro de Santa Luzia.

A história do município originou-se com aventureiros que em busca de riquezas, descobriram Santa Luzia, no ano de 1692, durante o ciclo do ouro, onde remanescentes da bandeira de Borba Gato implantaram o primeiro núcleo da Vila, as margens do Rio das Velhas. No ano de 1695 uma grande enchente do rio destruiu todo o povoado, localizado próximo ao atual bairro de Bicas e o vilarejo mudou-se para o alto da colina, onde atualmente é o centro histórico da cidade. Em 1697, ergueu-se o definitivo povoado denominado Bom Retiro e em 1724 foi criado a Freguesia de Santa Luzia, subordinado a Sabará. Assim, o povoado definitivo de Santa Luzia teria surgido entre 1721 e 1729, no alto das colinas, em cujos vales corriam o córrego das Calçadas, o córrego Seco ou do Dantas e o córrego dos Cordeiros, socavados na época, por mineradores em busca de ouro. Nesse local, edificou-se um rancho, onde reuniam-se tropas vindas de Sabará e outras localidades, pelas estradas que se cruzavam em forma de um "T" e que deram origem à rua do Serro, rua Direita e rua Santa Luzia.

Através do comércio entre o sertão e o Rio de Janeiro, o município cresceu, e com fator religioso faiscadores e tropeiros construíram uma capela, dedicada a Santa Luzia, em frente ao rancho, que foi mais tarde, inteiramente aproveitada para a capela-mor da matriz.

Santa Luzia situa-se a 18 km de Belo Horizonte e de forma estratégica na região metropolitana, pela sua proximidade dos aeroportos de Confins e Pampulha, além da linha férrea e o gasoduto subterrâneo. O município é o 4º polo Industrial da Grande BH e ocupa o décimo terceiro lugar entre as cidades mais populosas de Minas Gerais e o acesso a ele ocorre através das vias MG-020 ou Avenida das Indústrias; MG-010 e MG-433 via São Benedito e via BR-381, através da Avenida Beira Rio.

Em relação à economia, Santa Luzia foi influenciada pelo ciclo do ouro, porém com seu fim a cidade desenvolveu a agropecuária e posteriormente foi construída uma fábrica de tecidos, além da Estrada de Ferro Central do Brasil. A partir do ano de 1950, o crescimento industrial e populacional se deu com o fortalecimento da capital Belo Horizonte, e também das áreas vizinhas, principalmente através da atividade industrial. No município, houve a construção do maior frigorífico da América Latina, o FRIMISA e outras indústrias foram instaladas juntamente do centro administrativo e para atrair investidores a prefeitura municipal adotou a política de incentivos fiscais e diversas empresas de vários segmentos de mercado foram instaladas.

Sendo uma cidade polinucleada, o município de Santa Luzia não possui uma localidade com característica de centro econômico, estas atividades estão localizadas em bairros, sendo o distrito de São Benedito o que possui maior atividade comercial com grande quantidade de lojas e centros de comércio. Já no distrito de São Benedito, situado a oito quilômetros do centro de Santa Luzia vive a maior concentração populacional e também intensa atividade comercial

A partir de 1880 a situação econômica luziense apresentou melhores perspectivas pela construção da fábrica de tecidos São Vicente, próxima a cidade o que foi favorecida pelo potencial algodoeiro da região, pelo crescimento demográfico local e pela, conseqüente ampliação do mercado consumidor.

A fábrica São Vicente enfrentou problemas ligados à força motriz e uma vez passando por uma crise financeira, acabou sendo vendida à Companhia Cedro e Cachoeira sendo que a produção foi ampliada, chegando a trabalhar com 100 teares e 150 operários. Assim, com o término do "boom" algodoeiro na região, a fábrica passa a adquiri-lo no nordeste do país, sendo transportado pelo vapor "Saldanha Marinho", fretado pela Companhia para levar tecidos e trazer algodão, ampliando, com isto, seu mercado consumidor viajando até Juazeiro no estado da Bahia. A navegação era feita pelos rios São Francisco e Rio das Velhas, chegando até Santa Luzia conforme o nível das águas. Nos períodos de seca, o Rio das Velhas não se prestava à navegação e o transporte era feito por tropas, sendo que esse tipo de transporte foi substituído em 1893 pelos trilhos da Estrada de Ferro Central do Brasil que chegaram a Santa Luzia, e em seguida a Pirapora, passando o comércio de mercadorias ser realizado através dela.

O estabelecimento da Estação Ferroviária "Rio das Velhas", em Santa Luzia, impulsionou a economia local, pois, a parte baixa da cidade, localizada as margens dos trilhos e do rio, teve a atividade comercial aumentada e representada pelo comércio varejista e atacado, sendo este último o encarregado das exportações para outras regiões, sobretudo os tecidos de algodão vendidos no norte do Estado. Já a parte alta da cidade não foi tão beneficiada e manteve-se estagnada, sem melhorias urbanas ou comerciais, como relata o Jornal do Comércio de 1897. A falta de movimento na cidade, se dava pelo fato da maioria da população viver no meio rural, dedicando-se a atividades agropecuárias. A parte alta da cidade obteve desenvolvimento somente quando foram efetuados alguns melhoramentos urbanos, em 1913 com a instalação de luz elétrica, canalização de água potável, bondes elétricos comunicando o centro com o bairro da Estação Férrea, recebendo, assim, certa modernização que estimulou, de certa forma, as atividades industriais e comerciais.

O desenvolvimento econômico de Santa Luzia apresentado a partir da segunda metade do século passado, impulsionou crescimento urbano, porém preservou grande parte de sua memória colonial. Na parte alta da cidade, a mais antiga e tradicional, persistem monumentos de grande valor histórico com ruas tortuosas e íngremes, como a capelinha do Bonfim, igreja do Rosário, a matriz, a casa da Baronesa, o solar Teixeira da Costa (mais conhecido como Quartel dos Revoltosos), e muitos outros.

Embora a ocupação de Santa Luzia tenha iniciado em 1692, seu grande crescimento populacional aconteceu somente no século XX, com o desenvolvimento de Belo Horizonte e a confirmação das cidades vizinhas como periferia da capital. O crescimento foi intensificado principalmente no Distrito de São Benedito, nos anos 50 com aprovação dos bairros São Benedito e São Cosme, impulsionados talvez pela tentativa do Estado de criar em Santa Luzia uma Nova Cidade Industrial, maior que a já existente em Contagem, porém esse projeto não vingou bem por questões políticas e geográficas. Assim, nos anos 80 foram criados dois grandes conjuntos habitacionais, o Cristina e o Palmital, que juntos formavam o maior conjunto habitacional da América Latina.

De acordo com o IBGE no ano de 2014, a taxa de crescimento anual do município de Santa Luzia foi de 13% e a densidade demográfica: 862.38 hab./Km² e aproximadamente 20% de moradores do município vivem abaixo da linha de pobreza.

Quanto ao Índice de Desenvolvimento Humano (IDH) , seu valor é de 0,75, a taxa de urbanização de 99 %, onde os mesmos se mantêm com uma renda média familiar de 900 reais.

Em relação ao saneamento básico, aproximadamente 80% das pessoas que vivem em Santa Luzia possui água tratada e aproximadamente 40% recolhimento de esgoto por rede pública.

O sistema de saúde de Santa Luzia possui o apoio do Conselho Municipal de Saúde(CMS) conforme a Lei nº 8.142/90. Os recursos financeiros da saúde são movimentados por meio de transferências de fundos contábeis, cabendo à direção do SUS em cada esfera de governo a sua movimentação, e ainda de acordo com a Constituição Federal os municípios são obrigados a destinar o 15% do que arrecadam em ações de saúde.

Em Santa Luzia, aproximadamente 90% da população é usuária da assistência à saúde através do Sistema Único de Saúde(SUS), e para auxiliar a assistência, no momento o município de Santa Luzia dispõe de 23 equipes de Estratégia de Saúde da família e cobertura de cerca de 30% da população. Além disso, no município existe um centro de Especialidades de Odontologia(CEO) um Pronto Atendimento (PA), um Hospital Geral, convenio com Centro Vida -Vida, Hiperdia com atendimento especializado e Hiperdia com clinica de laboratório com três pontos de coleta de exames.

No que se refere ao sistema de referência e contra referencia, os usuários que consultam nos postos de saúde e precisam ser avaliados por especialistas são encaminhados mediante um impresso em modelo disponível nos postos para a especialidade necessária. Já nos casos onde se necessita de avaliações urgentes faz-se necessária a aclamatória da mesma para dar prioridade ao pedido. Em Santa Luzia, os pedidos são encaminhados para a secretaria de saúde, especificamente ao departamento encarregado de fazer às coordenações dos encaminhamentos de acordo com as especialidades e prioridades sendo que os primeiros das filas, são as identificadas como urgentes. No município estão disponíveis algumas especialidades como ginecologia, pediatria, neurologia, dermatologia, angiologia e cirurgia geral, que tornam mais rápido e efetivo o processo de marcação das consultas. Por outro lado, existem especialidades que estão presentes em Belo Horizonte e neste caso é mais demorado e complexo o processo de marcação de consulta, que uma vez marcada a mesma é notificado ao posto e mediante os agentes de saúde ou por via telefônica se notifica ao usuário data, hora e

lugar da consulta. Neste ponto, o município encontra dificuldades em receber contra referência onde somente uma minoria de profissionais médicos que as recebe do especialista.

No caso particular dos encaminhamentos para o centro Viva-Vida e Hiperdia, o mecanismo encontra-se mais fortalecido, porém somente são marcadas consultas caso o paciente cumpra os critérios de encaminhamentos estabelecidos.

Para garantir atenção contínua e integral à população, as rede de atenção a saúde são formadas por pontos de atenção igualmente importantes, que diferenciam-se pelas diferentes densidades tecnológicas que os caracterizam. Em Santa Luzia, existem os centros institucionais de atenção secundária e terciária que são o Centro de Apoio Psicossocial(CAPS), residência terapêutica, Centro de Especialidades Odontológicas(CEO), centros ambulatoriais especializados, lares de abrigo e um hospital como centro de alta densidade tecnológica e como organização complexa possui ambulatório de pronto atendimento, cirurgia ambulatorial e eletiva, porém não possui maternidade.

No município, existe o hospital São João de Deus que possui 96 leitos para internação, pronto socorro, posto de saúde, serviços odontológicos além de 39 centros de saúde que demandam o total de 658 profissionais de saúde como auxiliares de enfermagem, cirurgiões dentistas, clínicos gerais, cirurgião geral, enfermeiros, pediatras, ginecologistas.

O bairro Palmital localiza-se em Santa Luzia, e caracteriza-se pela presença de aglomerados e grupos que praticam atividade delitiva vinculada ao tráfico de drogas. As queixas mais comuns relacionadas pela população são a falta de segurança o desemprego, falta de saneamento básico, falta de espaço para lazer, cultura, educação, transporte e alimentação. A principal causa de óbito na região são as doenças crônicas, mais especificamente as de origem cardiovascular, e também as relacionadas à ações violentas.

Observando o bairro, foi possível perceber a presença de associações comunitárias, grupos culturais, centros de educação, posto da policia militar, comércios, farmácias, inclusive a popular do Governo Federal, laboratórios, escolas, creches, igrejas, academia da cidade, todos com o principal objetivo de melhorar a qualidade e condições de vida da população. A maioria das instituições tem como foco a promoção da educação, cultura, esporte e saúde, e para completar os recursos, na comunidade existem serviços de luz elétrica, água, telefonia para proporcionar o bem estar social e ou individual na comunidade.

O numero de serviços públicos localizados nos bairros próximos ao Palmital são em número menor, fazendo com que os indivíduos dos bairros vizinhos procurem serviços no Palmital, tornando estes sobrecarregados e insuficientes para atender as demandas.

O território sob responsabilidade do centro de saúde Celso Diana compreende 25. 518 habitantes agrupados em 15.789 famílias registradas na unidade básica de saúde. O nível de alfabetização da população é de aproximadamente 80%, sendo grande a quantidade de pessoas sem nenhum tipo de estudo. Aproximadamente 70% da população Luziense encontra-se empregada e como a maioria das pessoas que vivem na área abrangência da equipe Celso Diana possui baixo nível de escolaridade, grande parte dos empregos são na área dos serviços, comercio, empregados domésticos, serviços gerais e pedreiros.

O acesso da população ao Centro de Saúde Celso Diana pode ser considerado um dos fatores facilitadores do processo de trabalho, pois, a boa localização topográfica e infraestrutura local além dos vários ônibus, que permite a chegada de muitos usuários dos bairros do entorno do Palmital procurem por atendimento, e conseqüentemente havendo uma sobrecarga do atendimento no posto, sendo esta situação um fator dificultador do processo de trabalho. O centro de Celso Diana foi estruturado para acomodar 05 equipes de saúde pelo quantidade de pessoas que vivem no território do posto, mas na realidade somente quatro equipes estão formadas além de encontrarem-se incompletas. Para atender a população citada existem quatro médicos, quatro licenciados em enfermagem, três técnicos em enfermagem, seis agentes de zoonoses e dezesseis agentes comunitários de saúde. Contribuindo com o processo de trabalho, o prontuário eletrônico permite maior proximidade com o histórico do paciente, mas pelas dificuldades com internet este recurso às vezes torna-se falho. Os exames clínicos solicitados pelos profissionais da equipe, são coletados no posto e encaminhados para o laboratório Oswaldo Cruz, sendo que os resultados são liberados entre 5 ate 15 dias.

Das quatro equipes em funcionamento no centro de saúde Celso Diana, a equipe número 13 e que simbolicamente é chamada de verde, realiza o trabalho em saúde bastante sobrecarregada pela presença de demanda espontânea e de um grande número de atendimentos variados por dia, o que ainda é agravado pelo fato de que a área de abrangência da equipe verde estar situada fora dos limites do centro de saúde, embora pertença à área do bairro palmital. Além disso, a equipe convive com a demora de retorno de informações sobre consultas especializadas e no agendamento de exames. Por outro lado, a equipe trabalha de forma unida inclusive os Agentes Comunitários de Saúde(ACS) trabalham articulados com a equipe e que

além de estável facilita o processo de trabalho. Para proporcionar este atendimento, a equipe presta serviços das 8 horas da manhã até as 5 horas da tarde. O dia do trabalho compreende consultas de triagem pelas enfermeiras, consultas em demanda espontânea, agendados e urgências pelo médico, consultas ginecológicas, vacinas e curativos. Embora exista prontuário eletrônico, o mesmo funciona somente para consultas não sendo permitida sua impressão, nem a realização de relatórios ou encaminhamentos nem imprimir receitas. Todas as equipes do Centro de Saúde Celso Diana realizam visitas domiciliares agendadas para quarta feira. Assim, a cada semana uma das equipe realiza a visita domiciliar e como são 04 equipes, a cada 20 dias a equipe verde visita os usuários sob sua responsabilidade, cujo serviço também é realizado pelos ACS todos os dias. Além das referidas visitas, período da tarde, é reservado também para consultas agendadas, puericultura, pré natal e grupo operativo. Nas situações de urgência, são prestados os primeiros auxílios como administração medicamentos intravenosos, insulina regular e ECG, já nos casos urgentes, o paciente é encaminhado através do transporte sanitário que é solicitado mediante ligação telefônica para a UPA onde é também solicitada a ambulância.

O Centro de saúde Celso Diana, possui vários locais divididos para prestar diferentes serviços em saúde e para desenvolver seu processo de trabalho. Possui recepção, onde também ficam os moveis com todos os prontuários em papel, uma área onde se faz o controle dos parâmetros dos pacientes, uma sala para eco cardiograma (ECG), consultórios, Sala exame e consulta ginecológica, uma área para observação dos pacientes que recebem tratamento no posto, sala de vacina, sala de curativos, almoxarifado, banheiros, uma sala de reuniões, uma sala de zoonoses e copa.

Através do Programa Mais Médicos para o Brasil (PMMB), cheguei ao Brasil no dia 28/01/2014, onde dias depois iniciei meu trabalho como médica da equipe verde no Centro de saúde Celso Diana em Santa Luzia/MG. De acordo com o programa, os médicos são matriculados no Curso de Especialização Estratégia em Saúde da Família (CEESF), que oferece atualização profissional permitindo que os profissionais associados aos demais profissionais da equipe de saúde possam propor intervenções sobre eventuais situações de saúde da população adscrita. Uma das atividade da disciplina de Planejamento e Avaliação das Ações de Saúde do CEESF, propõe que os profissionais aprendam a elaborar o plano de ação, voltado para a solução de problemas de saúde encontrados no território após a realização do diagnóstico situacional. Para este trabalho, o plano de ação visa propor ações educativas para reduzir o tabagismo evidenciado durante consultas médicas, por se tratar de

um importante fator de risco para o aumento de comorbidades relacionadas, em busca de modificar o hábito enfrentando o maior problema vivenciado pelo usuário que vive no território (CAMPOS; FARIA; SANTOS, 2010).

Após a realização do diagnóstico situacional do território estudado foi possível identificar e definir os principais problemas encontrados na área de abrangência. Na análise situacional, foram levantados dados do Ministério da Saúde e da própria prefeitura e secretaria de saúde de Santa Luzia. Como alguns dados foram insuficientes para este trabalho, observou-se também a área de abrangência, e como resultado foi possível relacionar as doenças mais frequentes que foram a elevada prevalência de pacientes com hipertensão arterial e Diabetes Mellitus, a alta incidência de pacientes fumantes e elevado número de pacientes em uso de benzodiazepínicos. Para este trabalho e porque a equipe verde do posto de saúde Celso Diana não consegue resolvê-los de uma só vez por questões de governabilidade, o problema escolhido pela equipe foi a alta incidência de tabagismo que acomete pessoas jovens. Além deste fator de risco ter alta incidência no centro de saúde, tornou-se necessário propor esta intervenção, pois, além de relevante, a população sob responsabilidade da equipe encontra-se frequentemente exposta a ocorrências de doenças influenciadas por este fator de risco. Além disso, o processo de trabalho dos profissionais da equipe acaba sendo alterado, pois, vários destes usuários que fazem uso de fumo portam comorbidades, sendo comum darem entrada nas consultas de urgências com alguma descompensação. Assim sendo, a equipe se reorganiza para oferecer os cuidados necessários, embora este problema pudesse ser eliminado se houver ações que permitam prevenir o mal, bem como melhorar a qualidade de vida dos usuários.

Como intervenção e de acordo com principal problema observado a proposta visa utilizar de várias abordagens, como por exemplo abrir agenda específica para atendimento de pacientes fumantes, incluir esses pacientes em grupos operativos específicos, reuniões para abordar e informar sobre o risco de adoecer ao usar cigarro, além de orientar sobre o uso de medicamentos. O objetivo principal é conscientizar o paciente sobre o problema que enfrenta e as possíveis consequências, sendo que o sucesso será maior se houver apoio da família e comunidade, além da equipe de saúde. Quanto ao diagnóstico, dos tabagistas, o mesmo é realizado investigando-se os fatores de risco por entrevista em toda consulta agendada ou em demanda espontânea e para o apoio diagnóstico, são solicitados exames de rotina e Raio x de tórax, que nesse caso é agendado e realizado numa Unidade de Pronto Atendimento (UPA).

Como na equipe verde são realizados grupos operativos de Diabetes Mellitus, Hipertensão Arterial Sistêmica, e Tabagismo, disponibilizados em uma tarde por dia, o grupo de tabagismo funciona na sexta-feira, servindo de auxílio e de local para se intervir sobre o problema selecionado para este trabalho. A proximidade dos profissionais da equipe com os usuários tabagistas, associados à consulta médica além do trabalho das agentes Comunitárias de saúde são determinantes para se conseguir o objetivo.

Para a realização desse projeto de intervenção será necessário articular parcerias entre unidade básica de saúde, centro de referência secundária e saúde e secretaria de saúde do município, onde a equipe conta com apoio do gestor para esta proposta. Outro ponto importante é o de garantir distribuição dos medicamentos (adesivo transdérmico, goma de mascar, inalador em aerossol, spray nasal, comprimidos sublinguais pastilhas e bupropiona), necessários para pacientes com teste de Fagerstrom maior ou iguais a 5. Os pacientes que necessitarem do tratamento, podem receber os medicamentos que são fornecidos pela prefeitura, mediante a realização de um relatório médico que inclui o resultado do teste de Fagerstrom.

2 JUSTIFICATIVA

A escolha do tema deste trabalho é justificada pela alta incidência e prevalência de tabagistas na área de abrangência da equipe, com considerável número em pessoas jovens, que pela sua relação com algumas doenças interfere na qualidade de vida das pessoas que vivem na abrangência da equipe verde do Centro de Saúde Celso Diana em Santa Luzia/MG. Embora na equipe já exista um acompanhamento deste grupo de pessoas através do grupo específico do paciente, esta proposta de intervenção irá garantir maior conhecimento do problema através de atividades específicas e educativas, atendimento e acompanhamento integral aos pacientes fumantes, criando-se um protocolo de atendimento que garanta o melhor seguimento aos pacientes expostos a este fator de risco.

3 OBJETIVO

Elaborar uma proposta de intervenção para reduzir o tabagismo na equipe verde do Centro de Saúde Celso Diana em Santa Luzia, Minas Gerais.

4 REVISÃO DE LITERATURA

O tabagismo é uma prática característica da espécie humana e considerado um grave problema de saúde pública (Araújo et. al., 2004), pois, seu consumo resulta na principal causa para o desenvolvimento de câncer de pulmão no mundo. Além disso, acordo com Wunsch-Filho, et. al., (2010), para quem faz uso do tabaco, bem como os não fumantes que ficam expostos à fumaça nos ambientes ou que vivenciam no dia a dia também estão sob maior risco de desenvolverem câncer. Dentre os danos causados à saúde do organismo, o tabagismo pode produzir efeitos deletérios, produzindo os diversos acometimentos citados sendo o malefícios mais importantes são as alterações do aparelho respiratório como a Doença Pulmonar Obstrutiva Crônica (DPOC) e o câncer de pulmão entre os fumantes, estando relacionados com o índice crescente de consumo de cigarros (MELLO, PINTO, BOTELHO 2001). Assim, o tabagismo vem sendo tratado como doença crônica e está ligado à dependência da nicotina, resultando em patologias graves, reduzindo a qualidade de vida dos usuários (GALLO; LEONARDI, 2010).

O conceito de tabagismo está relacionado ao ato de se consumir cigarro ou produtos contendo tabaco e que possui nicotina como princípio ativo, conforme descrito no projeto de lei n.º 290, de 2011 (Do Sr. Dr. Aluizio), que dispõe sobre a restrição da venda de produtos derivados do tabaco e fumíferos em geral, em seu Art. 5º :

[...]O tabagismo caracteriza-se pelo ato de se consumir cigarros ou outros produtos que contenham tabaco, cuja droga ou princípio ativo é a nicotina substância cancerígena que é também a causadora do vício.

A nicotina diminui a capacidade de circulação sanguínea, aumenta a deposição de gordura nas paredes dos vasos e sobrecarrega o coração, podendo levar ao infarto do miocárdio e ao câncer. Em altas concentrações, é também venenosa. No entanto, o papel mais importante da nicotina é reforçar e potencializar a vontade de fumar. Ela atua da mesma forma que a cocaína, o álcool e a morfina, causando dependência.

O tabaco pode ser usado de diversas maneiras, de acordo com sua forma de apresentação. Pode ser inalado (através de cigarro, charuto e cigarro de palha), aspirado (rapé) ou mascado (fumo-de-rolô), sendo maléfico à saúde sob todas as formas (DECOM, 2011 p. 2.697).

O tabaco é obtido a partir de duas espécies vegetais nativas dos Andes peruanos e equatorianos, que são a *Nicotiana tabacum* e a *Nicotiana rustica*. A nicotina é uma substância psicoativa e quimicamente trata-se de uma amina terciária volátil sendo considerada a droga mais importante do tabaco, que comumente utilizado na forma de cigarro, vem sendo considerado uma das substâncias mais utilizadas no mundo e que acarreta sérias

consequências para a pessoa gerando transtornos mentais e comportamentais causados pelo seu uso. (OMS, 2001)

A composição química do fumo varia de acordo com os tipos de folhas do tabaco, modo de cultivo, região de origem e das características do preparo no ato da compactação, utilização do filtro e do papel, bem como da combustão incompleta do tabaco (VALLE et.al., 2007 apud CUNHA, et al, 2007). Já a fumaça do cigarro é composta de aproximadamente quatro mil substâncias químicas, sendo que a nicotina o principal agente responsável pela dependência, determinada em ensaios clínicos e pré-clínicos (CUNHA, et. al., 2007, p. 3). O fumante passivo, inala a fumaça produzida durante a queima periférica do cigarro e a temperaturas alteradas é liberada no ambiente e nesse caso não é filtrada pelo filtro do cigarro, nem pela coluna de tabaco onde a nicotina se encontra dispersa na fase gasosa. Por outro lado, a fumaça central forma-se no momento que o usuário traga o cigarro, recebendo a fumaça produzida a altas temperaturas que posteriormente será filtrada pelos pulmões do fumante para depois exalar (MELLO, PINTO, BOTELHO, 2001), (VELASCO, 2013).

Como efeito da prática do tabagismo, a nicotina apresenta consequências diretas como a hipertensão, aterosclerose, espaçamentos da parede das artérias e sua obliteração, provocando, conforme as regiões, gangrena das extremidades do corpo humano (doença de Reynaud), impotência, doenças coronárias, angina do peito, infarto do miocárdio e acidentes vasculares cerebrais. Já as consequências indiretas, são representadas pela capacidade da nicotina participar de processos oncogênicos, sendo que na mulher, a nicotina provoca a redução de estrógenos e fertilidade, aumento do risco de osteoporose além de interferir nos reflexos respiratórios do feto diante do hábito de fumar durante a gestação (ROSEMBERG, 2003), afetando" todas as fases da reprodução humana, da gametogênese à lactação" (MELLO; OKAY; BOTELHO, 2006, p.144)

Em relação ao cancer de pulmão, Zamboni (2002), descreve que,

[...] importante fator na associação de causa-efeito entre o tabagismo e o câncer do pulmão é a relação dose-resposta, isto é: quanto maior a carga tabágica, maior a probabilidade do aparecimento do câncer. Nos diversos estudos epidemiológicos, a dose de tabaco utilizada tem sido medida através: a) do número de cigarros fumados por dia; b) do número máximo de cigarros fumados por dia; c) da idade na qual se começou a fumar; d) da intensidade da tragada; e) do total de anos em que se fuma; f)do número de cigarros fumados durante toda a vida; g)dos níveis de alcatrão e nicotina no cigarro que se fuma; h) do número de tragos; e i) da extensão do cigarro nãoqueimada. A combinação dessas variáveis sugere uma medida da carga tabágica à qual o fumante está exposto (ZAMBONI, 2002, p. 43).

O aumento da mortalidade por câncer de pulmão causado pela exposição crônica à fumaça do tabaco iniciou-se no século XX, tendo ocorrido redução significativa em alguns países dado pelo controle do tabaco, ao contrário de outros países, onde vem sendo observado seu aumento.(ZAMBONI, 2002; WENDER, 2013) Entretanto, parte significativa das mortes por câncer podem ser evitadas desde que nos planos de controle, estejam inseridas medidas preventivas, visando reduzir ou evitar a exposição aos fatores de risco, geralmente verificados no ambiente físico, comportamento cultural e social e finalmente herança. Assim, atividades de prevenção voltadas para os fatores associados ao estilo de vida, a todas as faixas de idade, e com intervenções de combate a agentes ambientais e ocupacionais cancerígenos, são alternativas que auxiliam na redução do câncer. (INCA, 2012, p. 51) Ainda de acordo com o mesmo instituto, são fatores de risco modificáveis o consumo do tabaco, alimentação inadequada, inatividade física, obesidade, consumo abusivo de bebida alcoólica, agentes infecciosos, nível socioeconômicos, dentre outros. Já os fatores de risco não modificáveis ou intrínsecos estão relacionados à idade, gênero, etnia/raça e herança genética ou hereditariedade.

O tratamento do tabagismo envolve a cessação tabágica e baseia-se em intervenções visando o custo-benefício, com a finalidade de se promover a redução da mortalidade relacionada com o hábito de fumar. (SATTLER; CADE, 2013). Para promover a qualidade de vida do usuário, o tratamento para a cessação de fumar foi assumido pelo Sistema Único de Saúde (SUS) e reforçado por Brasil, portaria nº 1035/04 e Brasil nº 442 de 13 de agosto de 2004, onde,

[...] Definem que o tratamento do tabagismo deve ser realizado através da abordagem cognitivo comportamental obrigatória e apoio medicamentoso quando indicado, e poderá ser realizado por qualquer unidade de saúde pertencente ao SUS, de qualquer nível hierárquico, segundo critério do gestor municipal, desde que preencha os critérios de credenciamento definidos pelo Plano de Implantação (INCA, 2007).

Por não estar relacionado a um diagnóstico o tabagismo não se trata de uma doença e sim de um comportamento adquirido, onde ocorre a dependência de uma pessoa à nicotina dado pelo ato de fumar resultando num processo complexo decorrente da dependência física e psíquica, mesmo que em grau variável. Assim, evidências vem mostrando que a dependência nicotínica é o fator determinante para se praticar o tabagismo, e conseqüentemente sua suspensão é relativamente complexa principalmente se o grau for elevado, onde além da abordagem cognitivo e comportamental deve ser proposta terapias variadas incluindo a farmacológica, facilitando o abandono do tabagismo.(HALTY et al, 2002). Ainda de acordo com os autores,

vale observar o Questionário de Tolerância de Fagerström(FTQ) que é uma ferramenta de avaliação destinada a estimar o grau de tolerância da pessoa à nicotina e uma versão "melhorada" o teste de Fagerström para Dependência de Nicotina (FTND), utilizado inicialmente para determinar a necessidade ou não de repor a nicotina no tratamento da síndrome de abstinência.(MENESES-GAYA, 2009). De acordo com os autores,

[...]O instrumento consiste de seis dos itens originais do FTQ com pontuação revisada para duas questões. É facilmente entendido e rapidamente aplicado. Os escores obtidos no teste permitem a classificação da dependência à nicotina em cinco níveis: muito baixo (0 a 2 pontos); baixo (3 a 4 pontos); moderado (5 pontos); alto (6 a 7 pontos); e muito alto (8 a 10 pontos).(MENESES-GAYA, 2009. p. 74).

A síndrome de abstinência inicia-se oito horas após o uso do último cigarro e sendo mediada pela noradrenalina, atinge seu maior pico no terceiro dia onde apresenta craving ou “fissura”, ansiedade, irritabilidade, sonolência diurna e insônia, apetite aumentado para doces, desempenho cognitivo (concentração e atenção), batimentos cardíacos e pressão arterial diminuídos além de tosse. Além disso, outros sinais e sintomas próprios da síndrome de abstinência de nicotina são os psicológicos(Humor disfórico ou deprimido; Insônia e sonolência diurna; Irritabilidade; Frustração ou raiva; Ansiedade; Dificuldade para concentrar-se e para manter a atenção; Inquietação; “Fissura” ou craving. Fisiologicamente observas-se a Frequência cardíaca diminuída; Pressão arterial diminuída; Aumento do apetite; Ganho de peso; Incoordenação motora e tremores, enquanto que os sociais, demonstra relacionamento social instável em consequência do estado ansioso. (DUPONT, 1995 apud MARQUES, et. al., 2001).

De acordo com o INCA, os medicamentos são capazes de minimizar os sintomas da síndrome de abstinência à nicotina, devendo os mesmos serem associados a uma abordagem adequada. Para isto, o Ministério da Saúde do Brasil disponibiliza para o tratamento do tabagismo na Rede do SUS medicamentos como: Terapia de Reposição de Nicotina, através do adesivo transdérmico, goma de mascar, pastilha e Cloridrato de Bupropiona. Por outro lado, além da terapia medicamentosa o sucesso em reduzir ou cessar o tabagismo pode ser alcançado com o apoio adequado do médico, que deve ser reforçado em todas as consultas médicas.(BALDANI, MONTOVANI, 2005). Ainda de acordo com os autores, em alguns casos é possível associar a farmacoterapia e apoio médico às demais ferramentas de tratamento, tais como a Terapia de Reposição da Nicotina (TRN), que são adesivos nas dosagens de 7, 14 e 21mg/unidade e que mantêm os níveis sanguíneos de nicotina por 16 a 24 horas, a goma de mascar que contém 2mg de nicotina/unidade, e ainda terapias alternativas

como a acupuntura e terapia cognitivo-comportamental e grupos de autoajuda, dentre outras.(BALDANI, MONTOVANI, 2005, p.825).

Conforme descrito no caderno da Política Nacional de Atenção Básica no ano de 2011,

[...]A atenção básica caracteriza-se por um conjunto de ações de saúde, no âmbito individual e coletivo, que abrange a promoção e a proteção da saúde, a prevenção de agravos, o diagnóstico, o tratamento, a reabilitação, a redução de danos e a manutenção da saúde com o objetivo de desenvolver uma atenção integral que impacte na situação de saúde e autonomia das pessoas e nos determinantes e condicionantes de saúde das coletividades. (BRASIL, 2011. p. 19).

Assim, para contribuir e ampliar o acesso à abordagem e tratamento do tabagismo, Portes et. al.(2014) citou que no ano de 2004,

[...]o MS publicou a Portaria nº 442 a qual apresentou como anexos o Plano para Implantação da Abordagem e Tratamento do Tabagismo na rede SUS e o Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas/Dependência à Nicotina. O primeiro apresenta informações detalhadas sobre a capacitação de profissionais de saúde, credenciamento de unidades de saúde, cadastramento de usuários, garantia de referência e contrarreferência e fornecimento dos medicamentos utilizados no tratamento da dependência à nicotina. (PORTES et. al., 2014. p. 440).

O Programa Nacional de Controle do Tabagismo (PNCT), tem como objetivo reduzir a prevalência de fumantes e a morbimortalidade dada pelo consumo de derivados do tabaco no Brasil. O PNCT propõe ações de educação, comunicação, treinamento e conscientização do público, além de medidas de redução de demanda relacionadas à dependência e abandono do tabaco.(INCA, 2015)

5 MÉTODOS

O método utilizado para elaboração do diagnóstico de saúde da equipe verde do Centro de Saúde Celso Viana em Santa Luzia/Minas Gerais foi a Estimativa Rápida, onde foi possível determinar os principais problemas de saúde que acometem a comunidade. Com os problemas mais frequentes do território em mãos, especialmente o número significativo de tabagistas, foi possível levantar informações que contribuíram com a elaboração de um plano de ação a partir do Planejamento Estratégico Situacional (PES).(CAMPOS, FARIA, SANTOS, 2010)

Para esta proposta, analisou-se os prontuários dos pacientes, entrevistas durante consultas médicas, resultados de exames obtidos junto a laboratórios de análises clínicas, Raio-x, bem como o número significativo de tabagistas listados no Sistema de Informação em Atenção Básica (SIAB)

Para auxiliar a intervenção, procedeu-se a revisão bibliográfica nas bases de dados Scielo, BVS /sites do Ministério da Saúde, além do módulo de Planejamento e Avaliação das Ações em Saúde disponível na Biblioteca Virtual do Núcleo de Educação Continuada (NESCON)/ UFMG, que permitiu analisar o material encontrado permitindo confirmar a relevância do trabalho. Os artigos citados no trabalho foram pesquisados em português e com datas recentes e com descritores relacionados ao tema abordado que são: Atenção Primária à Saúde; tabaco.

6 PLANO DE AÇÃO

6.1 Primeiro passo: definição dos problemas

Para iniciar o planejamento de uma ação, é necessário identificar o problema sobre o qual se quer intervir. Assim, um problema pode ser descrito como uma insatisfação de determinado ator frente ao componente da realidade que ele deseja pode modificar (CAMPOS; FARIA; SANTOS, 2010).

Após realizar a análise situacional do território da equipe de saúde do Celso Diana, foi possível determinar um grupo de problemas que afetam a população e que interferem em seu estado de saúde do ponto de vista tanto objetivo como subjetivo. Assim, os principais problemas identificados foram:

- Alta incidência de pacientes fumantes.
- Elevada prevalência de pacientes com Diabetes Mellitus
- Busca ativa insuficiente de usuários portadores de HAS que vivem expostos a fatores de risco
- Elevada incidência de gravidez na adolescência
- Alto grau de marginalidade com alta atividade delitiva
- Alto índice de desemprego
- Demora na entrega dos resultados dos exames laboratoriais.
- Baixo nível de escolaridade da população.

6.2 Segundo passo: priorização de problemas

A vivência diária dos profissionais e a observação direta da área de abrangência da equipe verde do Centro de Saúde Celso Diana, permitiu que a equipe relacionasse alguns dos principais problemas de saúde ou outros que os usuários enfrentam. Assim, de acordo com a relevância do problema, urgência em sua solução e capacidade de enfrentamento pela equipe, foi selecionada a ordem de prioridade para resolver os problemas verificados, e levando em consideração a alta incidência de tabagistas na área de abrangência da equipe verde, além da falta de conhecimento da população que vive na comunidade sobre o hábito de fumar, a equipe selecionou este o problema a ser enfrentado primeiramente. O método descrito neste trabalho

poderá ser utilizado para resolver os demais problemas encontrados desde que obedeça os critérios citados anteriormente. Para elaborar o ordem dos problemas foi utilizado como método a matriz de priorização, bastante utilizada para fazer análise da situações de saúde, conforme o quadro abaixo:

Priorização dos Problemas / Equipe verde do Centro de Saúde Celso Diana em Santa Luzia /MG				
Principais Problemas	Importância	Urgência*	Capacidade de enfrentamento	Seleção
Alta prevalencia de fumantes.	Alta	7	Parcial	1
Elevada prevalência de pacientes com Diabetes Mellitus.	Alta	6	Parcial	2
Pesquisa insuficiente de HAS em pacientes supostamente são com fatores de risco.	Alta	5	Parcial	2
Elevada incidência de gravidez na adolescência	Alta	5	Parcial	3
Alto grau de marginalidade com alta atividade delitiva.	Alta	4	Fora	4
Alto índice de desemprego	Alta	3	Fora	4
Demora em entrega dos resultados dos exames feitos no laboratório do SUS	Alta	2	Fora	5
A população apresenta baixo nível de escolaridade	Alta	2	Fora	5

6.3 Terceiro passo: descrição do problema selecionado

O hábito de fumar entre os usuários sob responsabilidade da equipe verde do Centro de saúde Celso Diana foi observado principalmente durante a organização e realização do serviço prestado aos mesmos, através do vínculo entre a equipe e o usuário, durante as visitas domiciliares, nas consultas médicas e durante atendimentos individuais e coletivos, sendo que neste caso os relatos foram feitos nas reuniões de grupos operativos.

O tabagismo é bastante prevalente na área de abrangência da equipe verde, e assim, observou-se que o dia a dia da equipe vem sendo alterado pela presença de pacientes em

situação de demanda espontânea no centro de saúde. Assim que realizada a anamnese, foi observada a relação do tabagismo com as doenças crônicas também prevalentes no território da equipe que convive com o elevado número de fumantes, que por vezes, encontrava-se portando comorbidades decorrentes desta prática reduzindo sua qualidade de vida.

6.4 Quarto passo: explicação do problema

O consumo de derivados do tabaco, tais como o cigarro, charuto e narguillé são considerados fatores de risco causando aproximadamente 50 doenças diferentes, sendo que os principais exemplos são os eventos cardiovasculares (infarto, angina), o câncer e as doenças respiratórias obstrutivas crônicas como o enfisema e a bronquite, ambas responsáveis por índices significativos de morte por doença no Brasil.(INCA, 2015).

6.5 Quinto passo: seleção dos “nós críticos”

- 1- Falta de conhecimento sobre os danos causados pelo tabagismo.
- 2- Processo de trabalho inadequado para abordagem e tratamentos do tabagismo no Centro de saúde.
- 3- Estilos de vida inadequado.
- 4- Falta de capacitação dos profissionais da equipe para enfrentar o problema

6.6 Sexto passo: desenho das operações

Desenho de operações para os “nós” críticos do problema “ Alta prevalência de paciente fumantes” na Equipe verde do Centro de Saúde Celso Diana em Santa Luzia /MG				
No crítico	Operação/projeto	Resultados esperados	Produtos esperados	Recursos necessários

<p>1.Falta de conhecimento sobre os danos causados pelo tabagismo.</p>	<p><u>Saber +</u> -Aumentar o nível de conhecimento, Demonstrar as conseqüências e riscos a que os pacientes e familiares estão expostos pelo hábito de fumar.</p>	<p>-Tabagistas cientes dos males deste hábito e redução da prática de fumar.</p>	<p>-Maior número de familiares participando e sendo alertados sobre os fatores de risco relacionados ao hábito de fumar.</p>	<p>Cognitivos: Conhecimento sobre o tema. Políticos: parceria, mobilização social, disponibilização de materiais. Organizacionais: auxiliar a equipe nos divulgações dos grupos.</p>
<p>2.Processo de trabalho inadequado para abordagem e tratamentos do tabagismo no Centro de saúde.</p>	<p><u>Conhecer +</u> -Aumentar o nível de conhecimento dos profissionais da equipe sobre tratamentos do tabagismo no posto de Saúde.</p>	<p>-Profissionais capacitados, capazes de levar ao tabagista e seus familiares conhecimentos sobre o hábito e estratégias para o abandono.</p>	<p>Avaliação do nível de informação da população sobre tratamento do tabagismo; Campanha educativa na rádio local; Equipe capacitada. .</p>	<p>Cognitivos: Conhecimento sobre o tema. Políticos: parceria, mobilização social, disponibilização de materiais. Organizacionais: auxiliar a equipe nos divulgações dos grupos.</p>
<p>3.Estilo de vida inadequado.</p>	<p><u>+vida</u> Modificar hábitos e estilos de vida.</p>	<p>Diminuir em 15% o número, tabagistas e fumadores passivos. População mais informada aumenta anos de vida.</p>	<p>1- Programa de caminhada 2- Prática de exercício em academias orientada; 3- Campanha educativa difundida para a comunidade.</p>	<p>Organizacional → para organizar as Caminhadas, exercícios Cognitivo → informação sobre o tema e estratégias de comunicação; Político → conseguir o</p>

				local, mobilização social e articulação Inter setorial; Financeiro → para aquisição de recursos audiovisuais, folhetos educativos, etc
4.Falta de capacitação dos profissionais da equipe para enfrentar o problema	<u>Menos tabaco</u> Implantar a linha de cuidado para fumantes, incluindo os mecanismos de referência e contra referencias. Capacitar os ACS para abordagem.	Capacitar os profissionais da equipe para atuar no problema.	Equipe capaz de orientar adequadamente os usuários sobre o problema, abordagem, prescrição de medicamentos e controle; e avaliar o resultado	Cognitivo → informação sobre o tema e estratégias de comunicação;

6.7 Sétimo passo: identificação dos recursos críticos

Identificação dos recursos críticos para o desenvolvimento das operações definidas para o enfrentamento dos “nos” críticos “ do problema alta prevalência de pacientes tabagistas na Equipe verde do Centro de Saúde Celso Diana em Santa Luzia /MG	
Operação/Projeto	Recursos críticos
<u>Saber +</u> Aumentar o nível de conhecimento, Demonstrar as consequências e riscos a que os pacientes e familiares estão expostos pelo hábito de fumar.	Cognitivo: Conhecimento sobre o tema Político: parceria, mobilização social, disponibilização de materiais. Organizacionais: auxiliar a equipe nas divulgações dos grupos
<u>Conhecer +</u> Aumentar o nível de conhecimento dos profissionais da equipe sobre tratamentos do tabagismo no posto de Saúde.	Político: articulação Inter setorial.

<p>+vida</p> <p>Modificar hábitos e estilos de vida.</p>	<p>Político: conseguir o espaço na rádio local; Financeiro: para aquisição de recursos audiovisuais, folhetos educativos, etc.</p>
<p>Menos tabaco</p> <p>Implantar a linha de cuidado para fumantes, incluindo os mecanismos de referência e contra referencias. Capacitar os ACS para abordagem.</p>	<p>Político: articulação entre os setores da saúde e adesão dos profissionais</p>

6.8 Oitavo passo: análise da viabilidade do plano

Análise e viabilidade do plano para o problema alta prevalência de pacientes tabagistas na Equipe verde do Centro de Saúde Celso Diana em Santa Luzia /MG				
Operações/ Projetos	Recursos críticos	Controle dos recursos críticos		Ação estratégica
		Ator que controla	Motivação	
<p>Saber +</p> <p>Aumentar o nível de conhecimento, Demonstrar as consequências e riscos a que os pacientes e familiares estão expostos pelo hábito de fumar.</p>	<p>Cognitivo: Conhecimento sobre o tema</p> <p>Político: parceria, mobilização social, disponibilização de materiais.</p> <p>Organizacionais: auxiliar a equipe nas divulgações dos grupos</p>	<p>Equipe de saúde</p>	<p>Favorável</p>	<p>Não é necessário</p>

Conhecer + Aumentar o nível de conhecimento dos profissionais da equipe sobre tratamentos do tabagismo no posto de Saúde.	Político: articulação Inter setorial.	Equipe de Saúde/ Secretario de saúde/ coordenação da atenção básica /Gerencia de saúde.	Favorável.	Não é necessário
+vida Modificar hábitos e estilos de vida.	Político: conseguir o espaço na rádio local; Financeiro: para aquisição de recursos audiovisuais, folhetos educativos, etc.	Equipe de Saúde. Secretaria de Educação e cultura	Favorável	Apresentar o Projeto para Secretária de Educação através de ofício.
Menos tabaco Implantar a linha de cuidado para fumantes, incluindo os mecanismos de referência e contra referencias. Capacitar os ACS para abordagem.	Político: articulação entre os setores da saúde e adesão dos profissionais.	Equipe de Saúde.	Favorável	Não é necessário

6.9 Nono passo: elaboração do plano operativo

Tabela 4: elaboração do plano operativo.

Plano Operativo para o problema alta prevalência de pacientes tabagistas na Equipe verde do Centro de Saúde Celso Diana em Santa Luzia /MG					
Operações	Resultados	Produtos	Ações estratégicas	Responsável	Prazo
Saber+ Aumentar o nível de conhecimento, Demonstrar as conseqüências e riscos a que os pacientes e familiares estão expostos pelo hábito de fumar.	Tabagistas cientes dos males deste hábito e redução da prática de fumar.	Maior número de familiares participando e sendo alertados sobre os fatores de risco relacionados ao hábito de fumar.	Apresentar o projeto para Secretaria Municipal de saúde. Convidar familiares para as reuniões do grupo às sextas-feiras.	Coordenador (a) da Atenção primária e representante da equipe de saúde.	Início: três meses.

Conhecer + Aumentar o nível de conhecimento dos profissionais da equipe sobre tratamentos do tabagismo no posto de Saúde.	Profissionais capacitados, capazes de levar ao tabagista e seus familiares conhecimentos sobre o hábito e estratégias para o abandono.	Avaliação do nível de informação da população sobre tratamento do tabagismo; Campanha educativa na rádio local; Equipe capacitada.	Apresentar o projeto para Secretaria Municipal de saúde.	Médico.	Três meses para o início das atividades.
+vida Modificar hábitos e estilos de vida.	Diminuir em 15% o número, tabagistas e fumadores passivos. População mais informada aumenta anos de vida.	Programa de caminhada Prática de exercício em academias orientada; Campanha educativa difundida para a comunidade.	Apresentar o projeto para Secretaria Municipal de saúde.	Enfermeiro	Início em quatro Meses.
Menos tabaco Implantar a linha de cuidado para fumantes, incluindo os mecanismos de referência e contra referencias. Capacitar os ACS para abordagem.	Capacitar os profissionais da equipe para atuar no problema.	Equipe capaz de orientar adequadamente os usuários sobre o problema, abordagem, prescrição de medicamentos e controle; e avaliar o resultado.	Apresentar projeto de estruturação da rede.	Coordenador de Atenção primária	Quatro meses para Apresentação do projeto.

6.10 Décimo passo: gestão do plano.

Gestão do plano para o problema alta prevalência de pacientes tabagistas na Equipe verde do Centro de Saúde Celso Diana em Santa Luzia /MG					
Operação " <u>Saber+</u> "					
Coordenação: Enfermeiro					
Produtos	Responsável	Prazo	Situação atual	Justificativa	Novo prazo

<p>Maior número de familiares participando e sendo alertados sobre os fatores de risco relacionados ao hábito de fumar.</p>	Médico	3 meses	Programa a ser implantado e implementado		
<p>Operação " <u>Conhecer +</u>" Coordenação: Coordenador da Atenção Primária</p>					
Produtos	Responsável	Prazo	Situação atual	Justificativa	Novo prazo
<p>Avaliação do nível de informação da população sobre tratamento do tabagismo; Campanha educativa na rádio local; Equipe capacitada.</p>	Enfermeiro e médico	Início: três meses.	Projeto ainda em discussão com a secretaria de educação.		Um mês.
<p>Operação " <u>+vida</u>" Coordenação: médico</p>					
Produtos	Responsável	Prazo	Situação atual	Justificativa	Novo prazo
<p>Programa de caminhada Prática de exercício em academias orientada; Campanha educativa difundida para a comunidade.</p>	Coordenador da Atenção Primária	9 meses	Programa a ser implantado		
<p>Operação " <u>Menos tabaco</u>" Coordenação: Médico</p>					
Produtos	Responsável	Prazo	Situação atual	Justificativa	Novo prazo

Equipe capaz de orientar adequadamente os usuários sobre o problema, abordagem, prescrição de medicamentos e controle; e avaliar o resultado.	Médico	12 meses	Projeto elaborado e submetido a Discussão em andamento com o secretário de saúde para aquisição dos medicamentos.		
---	--------	----------	--	--	--

7 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Através da revisão de literatura e da construção do plano de ação aplicando o método de planejamento estratégico situacional (PES), foi possível observar que o trabalho da equipe verde possui condições e potencialidades para a redução do uso do tabaco e posterior cessação de fumar como um dos pontos chave para a efetivação do plano de ação proposto. Além disso é importante a conscientização do usuário acerca do hábito de fumar e que através do apoio da equipe venha reduzir o número de fumantes ativos e passivos e conseqüentemente reduzir os fatores de risco associados.

A implementação do plano citado irá contribuir com a melhoria da qualidade de vida dos usuários através da redução do uso do tabaco conseqüente diminuição da dependência nicotínica. Para sua concretização, a equipe fornecerá apoio psicossocial, realizado juntamente com a assistência social e psicólogo, altamente importantes para a manutenção dos usuários no processo de suspensão do tabaco e substituição adequada de medicamentos quando necessário, através das ações da equipe e da consulta médica.

REFERÊNCIAS

- ARAUJO, Alberto José de et. al. Diretrizes para Cessação do Tabagismo. **J. Bras. Pneum.** São Paulo, v. 30, n. 2, p. S1-S76, Ago. 2004 .
- BALBANI, Aracy Pereira Silveira; MONTOVANI, Jair Cortez. Métodos para abandono do tabagismo e tratamento da dependência da nicotina. **Rev. Bras. Otorrinolaringol.**, São Paulo , v. 71, n. 6, p. 820-827, dez. 2005 .
- BAMBONI, M. Epidemiologia do câncer do pulmão. **J Pneum.** v. 28, n. 1p. 41/47. 2002.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Política Nacional de Atenção Básica. Departamento de Atenção Básica. Brasília, 2012.
- INCA - Instituto Nacional de Câncer . Tabagismo grave p r o b l e m a de Saúde Pública . 2007
- CAMPOS, F. C. C.; FARIA H. P.; SANTOS. M. A. **Planejamento e avaliação das ações em saúde.** NESCON/UFMG - Curso de Especialização em Atenção Básica em Saúde da Família. 02 ed. Belo Horizonte: Nescon/UFMG, 2010
- CAMPOS, F. C. C.; FARIA, H. P.; SANTOS, M. A. **Planejamento e avaliação das ações em saúde.** NESCON/UFMG - Curso de Especialização em Atenção Básica em Saúde da Família . 2ed. Belo Horizonte: Nescon/UFMG, 2010. 110p.
- CUNHA, G. H. et al. Nicotina e tabagismo. **Rev. Eletrônica Pesquisa médica.** v.1, n. 4, p.3. 2007
- FARIA, H. P. et al. **Processo de trabalho em saúde.** NESCON/UFMG - Curso de Especialização em Atenção Básica em Saúde da Família. Belo Horizonte: Coopmed, 2009.
- GALLO, A.M. ; LEONARDI, M. Malefícios do tabaco: conhecimento e posicionamento de profissionais de enfermagem. **Revista F@pciência.** v.6, n. 8, p.68. Apucarana-PR

HALTY, LUIS SUÁREZ et al . Análise da utilização do Questionário de Tolerância de Fagerström (QTF) como instrumento de medida da dependência nicotínica. **J. Pneumologia**, São Paulo , v. 28, n. 4, p. 180-186, July 2002 .

<http://www.brasil.gov.br/saude/2009/11/tabagismo1>. Acesso em 03 out.2015

INCA. Instituto Nacional de Câncer José Alencar Gomes da Silva. ABC do câncer : abordagens básicas para o controle do câncer . 2ª. ed. rev. e atual. Rio de Janeiro, 2012.129 p. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. IBGE .2014

Instituto Nacional de Câncer – INCA. 2007

MARQUES, et. al., Consenso sobre o tratamento da dependência de nicotina. 2001. **Rev. Bras. Psiq.**, v. 23, n. 4, p. :200-2142. 001;

MELLO, Paulo Roberto Bezerra de; OKAY, Thelma Suely; BOTELHO, Clovis. Influência da exposição a fumaça lateral do cigarro sobre o ganho de peso e o consumo alimentar de ratas gestantes: análise do peso e do comprimento dos filhotes ao nascimento. **Rev. Bras. Ginecol. Obstet.**, Rio de Janeiro , v. 28, n. 3, p. 143-150, Mar. 2006 .

MELLO, Paulo Roberto Bezerra de; PINTO, Gilberto Rodrigues; BOTELHO, Clovis. Influência do tabagismo na fertilidade, gestação e lactação. **J. Ped. (Rio J.)**, Porto Alegre, v. 77, n. 4, p. 257-264. 2001.

MENESES-GAYA, Izilda Carolina de et al . As propriedades psicométricas do Teste de Fagerström para Dependência de Nicotina. **J. bras. pneumol.**, São Paulo , v. 35, n. 1, p. 73-82, Jan. 2009 .

OMS. Relatório sobre a saúde no mundo: Saúde mental, nova concepção, nova esperança. 2001

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE . Aborda aspectos relacionados ao tabagismo. Disponível em: <http://www.who.int/topics/tobacco/es/>

PORTES, L. H.; CAMPOS, E. M. S. ; TEIXEIRA, M. T. B. ; CAETANO, R. ; RIBEIRO, L. C. Ações voltadas para o tabagismo: análise de sua implementação na Atenção Primária à Saúde. **Rev. Ciência & Saúde Coletiva**, v.19, n.2, p. 439-448, 2014.

Projeto de lei n.º 290, de 2011- Coordenação de Comissões Permanentes - DECOM. p.2697

ROSEMBERG, J. **Nicotina: Droga Universal**. 174 p. São Paulo. 2003.

SATTLER, A. C.; CADE, N. V. Prevalência da abstinência ao tabaco de pacientes tratados em unidades de saúde e fatores relacionados. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro , v. 18, n. 1, p. 253-264, Jan. 2013

VELASCO, T. P. O. O conflito existente entre os direitos fundamentais à liberdade (art. 5º, caput) e à saúde (art. 6º, caput) no que tange a proibição de fumar em recintos coletivos fechados (Lei 12.546/2011, diploma que alterou Lei 9.294/96). In: **Âmbito Jurídico**, Rio Grande, XVI, n. 118, nov. 2013. Disponível em: <http://ambito-juridico.com.br/site/?n_link=revista_artigos_leitura&artigo_id=13404&revista_caderno=9>. Acesso em 03 out. 2015.

WENDER R, FONTHAM ETH, BARRERA, E. et. al. American Cancer Society Lung Cancer Screening Guidelines. **CA: a cancer journal for clinicians**. v. 63 . n 2. p. 107-117 . 2013

WUNSCH FILHO, Victor et al . Tabagismo e câncer no Brasil: evidências e perspectivas. **Rev. bras. epidemiol.**, São Paulo , v. 13, n. 2, p. 175-187, Jun. 2010 .

ZAMBONI, MAURO. Epidemiologia do câncer do pulmão. **J. Pneumologia** , São Paulo , v. 28, n. 1, p. 41-47, Jan. 2002 .

