

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

LARISSA GONÇALVES DOS SANTOS

**PLANO DE INTERVENÇÃO PARA REDUZIR O TABAGISMO NA
UNIDADE DE SAÚDE DA FAMÍLIA, ELDORADO NO MUNICÍPIO DE
MONTE BELO, MINAS GERAIS**

CAMPOS GERAIS/ MINAS GERAIS

2020

LARISSA GONÇALVES DOS SANTOS

**PLANO DE INTERVENÇÃO PARA REDUZIR O TABAGISMO NA
UNIDADE DE SAÚDE DA FAMÍLIA, ELDORADO NO MUNICÍPIO DE
MONTE BELO, MINAS GERAIS**

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

Orientadora: Professora Dra. Nayara Ragi Baldoni Couto

CAMPOS GERAIS /MINAS GERAIS

2020

LARISSA GONÇALVES DOS SANTOS

**PLANO DE INTERVENÇÃO PARA REDUZIR O TABAGISMO NA
UNIDADE DE SAÚDE DA FAMÍLIA, ELDORADO NO MUNICÍPIO DE
MONTE BELO, MINAS GERAIS**

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

Orientadora: Profa. Dra. Nayara Ragi Baldoni Couto

Banca examinadora

Profa. Nayara Ragi Baldoni Couto – (Orientadora) Universidade de Itaúna (UIT)

Profa. Dra. Eliana Aparecida Villa – Universidade Federal de Minas Gerais (UFMG)

Aprovado em Belo Horizonte, em 04 de março de 2020.

DEDICATÓRIA

À Equipe de Estratégia de Saúde da Família Eldorado por me acolher, partilhar e ir em busca do conhecimento. Aos meus pacientes por colaborar com esse trabalho e contribuir para o conhecimento e minha formação. À minha família por ser fonte de apoio, paciência e amor diários.

AGRADECIMENTO

Agradeço a Deus por mais esta conquista e a oportunidade para realizar este trabalho que muito contribuiu para meu aprimoramento profissional.

RESUMO

Os índices de tabagismos ainda são considerados elevados na população brasileira com impactos diretos nas condições de saúde e riscos de doenças cardiovasculares, apesar das campanhas de conscientização. A ação preventiva contra o tabagismo recebeu importante contribuição com a introdução da Estratégia Saúde da Família que trouxe ganhos significativos, buscando oferecer orientações à população por meio de uma melhor compreensão do histórico e cotidiano do indivíduo, no contexto da comunidade onde vive. Este trabalho teve como objetivo elaborar um plano de intervenção visando reduzir o tabagismo da população adscrita da unidade de saúde da família, Eldorado no município de Monte Belo, Minas Gerais. Para o alcance do objetivo realizou-se uma pesquisa bibliográfica sobre o tema tabagismo e prevenção de doenças cardiovasculares na base de dados da Biblioteca Virtual em Saúde e documentos públicos do Ministério da Saúde, entre outros. Como problema prioritário, foi levantado pela equipe de saúde o alto índice de tabagismo na população. A partir do levantamento dessa demanda elaborou-se um projeto de intervenção seguindo os passos do Planejamento Estratégico Situacional, visando a diminuição do tabagismo e a melhoria da qualidade de vida da população. Portanto, espera-se que com esta proposta de intervenção, com medidas ligadas à mudança no estilo de vida, lazer, atividades físicas e boa alimentação, possa-se contribuir para maior resistência ao vício de fumar e melhor qualidade do acolhimento e assistência na unidade de saúde, favorecendo, assim, o estabelecimento de vínculos entre profissionais, usuários e familiares, bem como, a diminuição do tabagismo na referida população.

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

ABSTRACT

Smoking rates are still considered high in the Brazilian population with direct impacts on health conditions and risks of cardiovascular diseases, despite awareness campaigns. The preventive action against smoking received an important contribution with the introduction of the Family Health Strategy, which brought significant gains, seeking to offer guidance to the population through a better understanding of the individual's history and daily life, in the context of the community where he lives. This study aimed to develop an intervention plan to reduce smoking among the registered population of the family health unit, Eldorado in the municipality of Monte Belo, Minas Gerais. To achieve the objective, a bibliographic research was carried out on the topic of smoking and prevention of cardiovascular diseases in the database of the Virtual Health Library and public documents of the Ministry of Health, among others. As a priority problem, the high level of smoking in the population was raised by the health team. From the survey of this demand, an intervention project was elaborated following the steps of the Situational Strategic Planning, aiming at reducing smoking and improving the quality of life of the population. Therefore, it is expected that with this intervention proposal, with measures related to changes in lifestyle, leisure, physical activities and good nutrition, one can contribute to greater resistance to smoking addiction and better quality of care and assistance in the unit health, thus favoring the establishment of bonds between professionals, users and family members, as well as, the reduction of smoking in that population.

Keywords: Family Health Strategy. Primary Health Care. Hypertension. Smoking.

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

Quadro 1- Dados demográficos da população abrangida pela ESF Eldorado, 2019.....	13
Quadro 2- Dados epidemiológicos da população abrangida pela ESF Eldorado, 2019	14
Quadro 3- Classificação de prioridade para os problemas identificados no diagnóstico da comunidade adscrita à equipe de Saúde Eldorado, Unidade Básica de Saúde Eldorado, município de Monte Belo, estado de Minas Gerais...	19
Quadro 4 - Operações sobre o “nó crítico 1” relacionados ao problema “tabagismo como fator de risco para DCV”, na população sob responsabilidade da Equipe de Saúde da Família Eldorado, do município Monte Belo, estado de Minas Gerais	33
Quadro 5 – Operações sobre o “nó crítico 2” relacionados ao problema “tabagismo como fator de risco para DCV”, na população sob responsabilidade da Equipe de Saúde da Família Eldorado, do município Monte Belo, estado de Minas Gerais	34
Quadro 6 – Operações sobre o “nó crítico 3” relacionados ao problema “tabagismo como fator de risco para DCV”, na população sob responsabilidade da Equipe de Saúde da Família Eldorado, do município Monte Belo, estado de Minas Gerais	35
Quadro 7 – Operações sobre o “nó crítico 4” relacionados ao problema “tabagismo como fator de risco para DCV”, na população sob responsabilidade da Equipe de Saúde da Família Eldorado, do município Monte Belo, estado de Minas Gerais	36

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

ABS	Atenção Básica à Saúde
ABNT	Associação Brasileira de Normas Técnicas
ACS	Agente Comunitário de Saúde
APS	Atenção Primária em Saúde
CAPS	Centro de Atenção Psicossocial
CEMEI	Centro Municipal de Educação Infantil
DM	Diabetes melito (<i>Diabetes mellitus</i>)
ESF	Estratégia Saúde da Família
eSF	Equipe de Saúde da Família
IBGE	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
ICC	Insuficiência Cardíaca Congestiva
MS	Ministério da Saúde
NASF	Núcleo Ampliado a Saúde da Família
PSF	Programa Saúde da Família
SCNES	Sistema Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde
SISAB	Sistema de Informação em Saúde da Atenção Básica
SUS	Sistema Único de Saúde
UBS	Unidade Básica em Saúde
USF	Unidade Saúde da Família

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	11
1.1 Aspectos gerais do município	11
1.2 Aspectos da comunidade	11
1.3 O sistema municipal de saúde	14
1.4 A Unidade Básica de Saúde Eldorado	16
1.5 A Equipe de Saúde da Família Eldorado, da Unidade Básica de Saúde Eldorado	16
1.6 O funcionamento da Unidade de Saúde da Equipe Eldorado	16
1.7 O dia a dia da equipe Eldorado	17
1.8 Estimativa rápida: problemas de saúde do território e da comunidade (primeiro passo)	18
1.9 Priorização dos problemas – a seleção do problema para plano de intervenção (segundo passo)	19
2 JUSTIFICATIVA	20
3 OBJETIVOS	21
3.1 Objetivo geral	21
4 METODOLOGIA	22
5 REVISÃO BIBLIOGRÁFICA	23
5.1 Atenção Primária a Saúde	23
5.2 Estratégia Saúde da Família.....	24
5.3 Atenção Básica, tabagismo e doenças cardiovasculares	26
6 PLANO DE INTERVENÇÃO	32
6.1 Descrição do problema selecionado (terceiro passo)	32
6.2 Explicação do problema (quarto passo)	32
6.3 Seleção dos nós críticos (quinto passo)	32
6.4 Desenho das operações (sexto passo)	33
7 CONSIDERAÇÕES FINAIS	37
REFERÊNCIAS	38

1 INTRODUÇÃO

1.1 Aspectos gerais do município

Monte Belo é uma cidade de 13.166 habitantes, com densidade demográfica estimada em 31,00 hab/km², localizada na região sudeste, distante 365km da capital do Estado. Em 2017, o salário médio mensal era de 2.0 salários mínimos. A proporção de pessoas ocupadas em relação à população total era de 26.2%. O PIB per capita em 2016 foi 19.018,68, a Taxa de Mortalidade em 2017 foi 7,19 óbitos por mil nascidos vivos e o Índice de Desenvolvimento Humano Municipal de 0,688 (IBGE, 2019).

O município teve um crescimento populacional importante nas duas últimas décadas em função da instalação de algumas indústrias, como confecções de lingerie e bancos monetários privados. Como em várias cidades brasileiras, esse crescimento não foi acompanhado do correspondente crescimento econômico, de infraestrutura, e, muito menos, de um desenvolvimento social e político. A cidade vive basicamente da agricultura, principalmente café e cana de açúcar, uma incipiente indústria de confecções de lingerie. A atividade política partidária é polarizada entre dois grupos políticos tradicionais que vêm se revezando à frente da administração municipal ao longo de décadas. Algumas lideranças novas têm surgido e conseguido, a partir da Câmara de Vereadores, fazer um contraponto às práticas políticas tradicionais de cunho clientelista/assistencialista. Culturalmente, a cidade conta com atrações de cunho religioso, folclóricas e encontro de motociclistas (PREFEITURA MUNICIPAL DE MONTE BELO, 2019).

Em relação à educação, município conta com duas escolas estaduais, um Centro Municipal de Educação Infantil (CEMEI) e uma escola municipal, além de duas escolas de anos primários em dois distritos, 98,2% da população de 6 a 14 anos frequentam a escola (IBGE, 2019).

1.2 Aspectos da comunidade

O Bairro Eldorado é uma comunidade de cerca de 2.400 habitantes, segundo dados coletados do e-Sus, sistema onde os pacientes são cadastrados, localizado na cidade

de Monte Belo, que se formou, principalmente, pelo crescimento populacional (PREFEITURA MUNICIPAL DE MONTE BELO, 2019). Atualmente, a população empregada vive basicamente do trabalho agrícola, principalmente café e cana de açúcar, indústrias do ramo da lingerie e bancos. Entretanto, é considerado alto o número de desempregados e subempregados, segundo dados do IBGE em 2010, o percentual da população com rendimento nominal mensal per capita de até meio salário mínimo era de 33,7% (IBGE, 2019).

A estrutura de saneamento básico na comunidade Eldorado é realizada através de rede coletora de esgoto encanado e a coleta de lixo é feita regularmente. Além disso, parte da comunidade vive em moradias pavimentadas. A taxa de analfabetismo é elevada, sobretudo entre os maiores de 40 anos. Em contrapartida, segundo dados do IBGE a taxa de escolarização de seis a 14 anos no ano de 2010, era cerca de 98,2 (IBGE, 2019). Nas últimas administrações municipais, a comunidade tem recebido algum investimento público (escola, centro de saúde, creche, asilo etc.) em função da pressão comunitária, que é bastante ativa.

Existem várias iniciativas de trabalho na comunidade por parte de Igrejas e ONGs. Esses trabalhos estão bastante dispersos e desintegrados e, em sua maioria, voltados para crianças, adolescentes, como a Pastoral da Criança/Adolescente. A população conserva hábitos e costumes próprios da população rural brasileira e gosta de comemorar as festas religiosas, em particular as festas da igreja e folclóricas como folia de reis, congado e outras. O quadro 1, a seguir, apresenta a distribuição de população conforme faixa etária, prevalecendo um número maior de mulheres e adultos (20 a 70 anos).

Quadro1: Dados demográficos da população abrangida pela Estratégia de Saúde da Família Eldorado do município de Monte Belo, Minas Gerais, 2019.

Faixa etária/ano	Masculino	Feminino	Total
< 1	19	30	49
1-4	33	33	66
5-14	128	122	250
15-19	80	85	165
20-29	164	175	339
30-39	175	151	326
40-49	139	140	279
50-59	131	148	279
60-69	118	106	224
70-79	59	62	121
≥ 80	19	28	47
Total	1065	1080	2145

Fonte: SISAB, 2019

Os dados epidemiológicos da população na área de abrangência da Estratégia de Saúde da família (ESF) Eldorado são apresentados no quadro 2. Destaca-se entre as principais doenças que acometem os indivíduos: a Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS), Diabetes *Mellitus* (DM), doenças cardíacas e pacientes com doença respiratória e sofrimento mental. Destaca-se, ainda, o elevado número de fumantes (n=227) que teve ocorrência verificada em 10,58% da população, sendo uma taxa relativamente elevada para a amostra em questão. Diante disso, surgiu o interesse em conhecer melhor tanto as características próprias como o estado de saúde dos tabagistas e o contexto de avanço desse vício na comunidade.

Quadro 2: Perfil epidemiológico da população abrangida pela Estratégia de Saúde da Família Eldorado do município de Monte Belo, Minas Gerais, 2019

Condição de Saúde	Quantitativo n (%)
Hipertensão Arterial Sistêmica	436 (20,32%)
Fumantes	227 (10,58%)
Pessoas com doença cardíaca	127(5,92%)
Diabetes <i>Mellitus</i>	123 (5,73%)
Pessoas com sofrimento mental	116 (5,40%)
Pessoas com doenças respiratórias (asma, DPOC, enfisema, outras)	107 (4,98%)
Pessoas com doença renal (insuficiência renal, outros)	53(2,47%)
Pessoas que fazem uso de álcool	47(2,19%)
Pessoas que tiveram infarto	40(1,86%)
Pessoas que tiveram Acidente Vascular Cerebral	25(1,16%)
Pessoas com câncer	21(0,97%)
Gestantes	18(0,83%)
Usuários de drogas	8(0,37%)
Acamados	7(0,32%)
Pessoas com hanseníase	2(0,09%)
Pessoas com tuberculose	0

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

1.3 O sistema municipal de saúde

No município, a estrutura do sistema de saúde não abrange toda a população, com deficiências em questão de estrutura física, exames de baixa e média complexidade e investimentos financeiros. Há cerca de nove anos o município adotou a ESF para a reorganização da atenção básica e conta hoje com quatro equipes na zona urbana e não possui equipe de ESF na zona rural. Existe ainda um centro de saúde responsável por algumas especialidades (ginecologia, obstetrícia, pediatria) e atendimento

generalista para população não abrangida pelas ESFs. A nível secundário o município possui no município uma unidade de pronto socorro para atendimento de urgências e emergências, com estrutura precária, os casos mais complicados necessitam de transferência.

O município mesmo possuindo quatro ESFs não consegue atender a todos os habitantes, por isso, os usuários que não fazem parte das ESFs são atendidos no Posto Central de Saúde. Estes juntam-se aos pacientes que também têm livre acesso a esse serviço, não necessitando de encaminhamento de sua ESF de origem. A população dos distritos de Juréia e Santa Cruz é atendida em seus respectivos centros de saúde.

O atendimento especializado, que abrange as seguintes áreas cardiologia, urologia, pediatria, ginecologia e obstetrícia, ortopedia, psiquiatria, otorrinolaringologia, faz o papel da atenção secundária no município, juntamente com o pronto socorro municipal, que é capaz de realizar o primeiro atendimento, necessitando de transferência para os hospitais referência da região em casos mais graves.

O município não possui centro de atenção terciária, este setor é representado por municípios vizinhos e pelos hospitais referências. Além disso, existe uma farmácia municipal, ligada ao governo do estado para distribuição de medicamentos (SCNES, 2019). Portanto, o município de Monte belo possui um Centro de Saúde Municipal que abrange atenção primária e secundária, uma vez que atende a população que não é adscrita nas ESFs, principalmente a população residente na zona rural e fornece serviço especializado como citado acima. Recentemente foi inaugurado o Núcleo Ampliado à Saúde da Família da Atenção Básica (NASF-AB), que possui o atendimento de fisioterapeutas, educadores e nutricionistas.

Não existe prontuário eletrônico, cada serviço de saúde tem o seu e todos os registros são manuscritos e não se interligam. No momento, devido aos cadastros dos usuários no E-sus está acontecendo a atualização e cadastramento da população ao Cartão de Identificação dos usuários do Sistema Único de Saúde (SUS). Desta forma, nesse município o sistema de saúde predominante é o fragmentado. Ademais, o sistema de contra referência não é efetivo no município. Os pacientes encaminhados a

especialidades ou aos serviços terciários não trazem contra referência. Assim, a maioria das vezes os pacientes recebem alta de internações hospitalares (inclusive do hospital municipal) sem carta de alta a ESF. A comunicação entre os profissionais e serviços de saúde é muito ineficiente.

1.4 A Unidade Básica de Eldorado

A Unidade da ESF Eldorado foi inaugurada há cerca de dois anos, com área de abrangência composta por 2.145 usuários, instalada em uma casa alugada, porém nova e bem conservada, adaptada para ser uma Unidade de Saúde. A área destinada à recepção é pequena, razão pela qual, nos horários de pico de atendimento (período da manhã), cria-se um certo tumulto na Unidade. Isso dificulta o atendimento e é motivo de insatisfação dos pacientes e profissionais de saúde. Não existe espaço, nem cadeiras para todos, e muitos necessitam aguardar o atendimento em pé.

Essa situação sempre é lembrada nas discussões sobre humanização do atendimento. Não existe sala de reuniões, razão pela qual a equipe utiliza a cozinha para realizar as reuniões de equipe. A população tem muito apreço pela Unidade de Saúde, fruto de anos de luta da população. A Unidade, atualmente, está bem equipada, dentro dos equipamentos básicos, e conta com recursos adequados e em bom funcionamento para o trabalho da equipe, porém em pequenas quantidades. Possui mesa ginecológica, glicosímetro, nebulizador, instrumental cirúrgico para pequenas cirurgias e procedimentos.

1.5 A Equipe de Saúde da Família Eldorado, da Unidade Básica de Saúde Eldorado

A ESF é composta pelos seguintes trabalhadores: seis agentes comunitários de saúde (ACS), um técnico de enfermagem, uma enfermeira, um recepcionista, uma auxiliar de serviços gerais e uma médica.

1.6 O funcionamento da Unidade de Saúde da Eldorado

O trabalho na ESF é voltado predominantemente para consultas médicas, raros atendimentos de puericultura e pré-natal são realizados pela enfermagem. O cuidado procura ser integral, com acompanhamento do paciente ao longo do tempo. No horário de almoço, os ACS se revezam para atender a população na recepção. A profissional mais sobrecarregada é a técnica de enfermagem, pois realiza curativos domiciliares diários, triagem, separação de material, auxilia médico e enfermeira.

1.70 dia a dia da equipe ESF Eldorado

A Unidade de Saúde funciona das 7h:00 às 16h:00 e, para tanto, é necessário o apoio dos ACS, que se revezam durante a semana, segundo uma escala, em atividades relacionadas à assistência, como recepção e arquivo, na hora do almoço da recepcionista. A unidade possui uma recepcionista, o que melhora bastante a organização da agenda e o horário das consultas. A equipe do ESF Eldorado é bastante proativa, as ACS fazem visitas domiciliares e busca ativa todos os dias pela manhã, sempre quando voltam é realizada uma discussão individual de algum caso específico, de alguma dúvida acerca dos pacientes. Além disso, os ACS sempre sabem de informações relevantes quando necessário, isso é decorrente de um conhecimento bastante intenso de suas respectivas áreas.

Nos dois períodos há atendimento médico, com consultas agendadas e demandas espontâneas. Em um período, a médica realiza visitas domiciliares aos pacientes acamados e domiciliados, junto com a ACS. Todos os dias antes das visitas domiciliares são discutidos os casos individuais, para melhor abordagem do paciente. A enfermeira fica responsável pelas questões burocráticas da unidade, por resolver alguns casos específicos, como exames, e sempre são feitas discussões sobre casos de pacientes para obter a melhor resolução em equipe. O técnico de enfermagem fica responsável pela triagem, realização de curativos e também ajuda, sempre, na resolução de casos que necessitam de maior atenção.

A equipe funciona basicamente com atendimento médico em consultas agendadas e havendo horários para atender às demandas espontâneas. Não existe puericultura, equipe de saúde bucal, pré-natal e vacinação, pois estão concentradas em local único, no centro de saúde. Os pacientes que necessitam de medicação no momento do

atendimento (dor forte, picos hipertensivos e outras ocasiões) precisam ser encaminhados ao pronto socorro, pois a unidade não possui ambiente, profissionais suficientes, material e medicações para realização deste procedimento, o que acaba prejudicando o vínculo entre a unidade de saúde e o paciente, fazendo com que os usuários, nessas situações, prefiram procurar o serviço de urgência primeiramente, ocasionando superlotação deste serviço.

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

Na área de abrangência da ESF Eldorado é possível perceber que um dos grandes problemas, é o grande número de pacientes tabagistas. Aproximadamente 10% da população da área são tabagistas de diferentes idades. Essa questão reflete em outras comorbidades como nos vários casos de infarto agudo do miocárdio e acidente vascular cerebral a que os pacientes ficam expostos. Estas doenças geram altos custos para a saúde do país, hospitalizações recorrentes e impactos na economia local, visto a incapacidade do paciente em trabalhar.

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

Quadro 3: Classificação de prioridade para os problemas identificados no diagnóstico da comunidade adscrita à equipe de Saúde Eldorado, Unidade Básica de Saúde Eldorado, município de Monte Belo, estado de Minas Gerais

Problemas	Importância*	Urgência**	Capacidade de enfrentamento***	Seleção/ Priorização****
Alto índice de tabagismo	Alta	12	Parcial	1
Doenças cardiovasculares	Alta	6	Parcial	2
Hipertensão arterial	Alta	3	Parcial	3
Diabetes Mellitus	Alta	3	Parcial	4
Ausência de pré-natal e puericultura	Alta	2	Fora	5
Centralização da Gestão	Alta	2	Fora	6
Falta de comunicação entre os serviços	Alta	2	Fora	7

Fonte: Autora do projeto

*Alta, média ou baixa

** Total dos pontos distribuídos até o máximo de 30

***Total, parcial ou fora

****Ordenar considerando os três itens

2 JUSTIFICATIVA

Tendo em vista que, atualmente, mais de dez por cento da população de adultos e adolescentes são tabagistas, e um quarto deles faz isso há mais de dez anos. Sabe-se que o tabagismo é um dos principais fatores de risco de doenças cardiovasculares, sendo assim, torna-se de grande relevância implantar medidas de conscientização para alertar os pacientes e a comunidade quanto aos impactos do tabagismo sobre a saúde e os principais problemas acarretados pelo uso do tabaco.

Considera-se importante também a análise para oferecer outras opções terapêuticas que envolvam mudança em estilo de vivência e melhor qualidade de vida. Como na Atenção Básica a Saúde (ABS), o paciente é abordado de perto, podendo os profissionais conhecerem seu cotidiano e o contexto da comunidade, torna-se possível definir melhor os condicionantes que atuam no surgimento dos elevados índices tabágicos (BRASIL, 2013). O conhecimento e o controle dos fatores de risco para a ocorrência das doenças cardiovasculares (DCV) são fundamentais para diminuir a sua ocorrência. As equipes de saúde da família que atuam na Atenção Primária à Saúde (APS) precisam estar atentas aos fatores de risco que os usuários apresentam, bem como mapear aqueles com maior risco e vulnerabilidade, com vistas a considerar os benefícios da proximidade, vínculo, das habilidades da comunicação e relacionamento afetivo entre profissionais de saúde e pacientes e/ou familiares.

Os ganhos associados a atenção para as doenças associadas ao tabagismo na APS, podem conduzir a diminuição do uso de tabaco pela comunidade, acarretando redução dos casos de hipertensão arterial, acidente vascular cerebral (AVC), infarto e uma melhor qualidade de vida e redução de custos com medicamentos e outros cuidados de saúde pela administração local (BRASIL, 2015).

3 OBJETIVOS

3.1 Objetivo geral

Elaborar um plano de intervenção visando reduzir o tabagismo da população adscrita da unidade de saúde da família, Eldorado em Monte Belo, Minas Gerais.

4 METODOLOGIA

Este trabalho foi iniciado com a elaboração do diagnóstico situacional da área de abrangência da ESF Eldorado, utilizando o método de estimativa rápida para elencar os problemas prioritários (FARIA, CAMPOS, SANTOS, 2018). Inicialmente, foi discutido com a equipe de saúde qual o problema prioritário. Assim, levantou-se como problema principal o alto índice de tabagismo na população.

Após levantar o problema principal realizou-se uma revisão do assunto. Para isso, utilizou-se as bases de dados científicas dados da Biblioteca Virtual em Saúde (BVS), bem como, e documentos públicos (Ministério da saúde, Sistema Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (SCNES), Sistema de Informação em Saúde da Atenção Básica (SISAB) e Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE).

Para redação do texto foram aplicadas as normas da ABNT e as orientações do módulo Iniciação à Metodologia do Trabalho de Conclusão de Curso (CORRÊA, VASCONCELOS, SOUZA, 2017). Para definição das palavras-chave e keywords foram utilizados descritores em Ciência da Saúde.

5 REVISÃO BIBLIOGRÁFICA

5.1 Atenção primária à Saúde

Atenção primária à Saúde (APS) refere-se a um conjunto de práticas integrais em saúde, direcionadas a responder a necessidades individuais e coletivas, que Brasil, durante o processo de implementação do SUS, passou a ser denominada atenção básica à saúde. A atenção básica constitui a porta de entrada e ao primeiro nível de atenção de uma rede hierarquizada e organizada em complexidade crescente, conforme definido na Constituição Federal de 1988, que criou o SUS (GIOVANELLA, MENDONÇA, 2012).

O Conselho Nacional de Secretários de Saúde (BRASIL, 2004, p.7) define:

[...]a Atenção Primária é um conjunto de intervenções de saúde no âmbito individual e coletivo que envolve: promoção, prevenção, diagnóstico, tratamento e reabilitação. É desenvolvida por meio do exercício de práticas gerenciais e sanitárias, democráticas e participativas, sob a forma de trabalho em equipe, dirigidas a populações de territórios (território processo) bem delimitadas, das quais assumem responsabilidade. Utiliza tecnologias de elevada complexidade e baixa densidade, que devem resolver os problemas de saúde de maior frequência e relevância das populações. É o contato preferencial dos usuários com o sistema de saúde. Orienta-se pelos princípios da universalidade, acessibilidade (ao sistema), continuidade, integralidade, responsabilização, humanização, vínculo, equidade e participação social. A Atenção primária deve considerar o sujeito em sua singularidade, complexidade, integralidade e inserção sociocultural, e buscar a promoção de sua saúde, a prevenção e tratamento das doenças e a redução dos danos ou sofrimentos que possam estar comprometendo suas possibilidades de viver de modo saudável.

A APS pode ser considerada a porta de entrada do SUS e para os outros níveis de atenção à saúde. Quanto a isso, Starfield (2004, p.28) explica:

A Atenção Primária é aquele nível de um sistema de serviços de saúde que oferece a entrada no sistema para todas as novas necessidades e problemas, fornece atenção sobre a pessoa (não direcionada para a enfermidade) no decorrer do tempo, fornece atenção para todas as condições, exceto as muito incomuns e raras, e coordena ou integra a atenção fornecida em outro lugar ou por terceiros.

A ABS ou APS engloba um conjunto de práticas do sistema de saúde responsável por oferecer à população os cuidados e orientações necessários para a resolução de

cerca de 80% dos seus principais problemas de saúde, incluindo medidas preventivas, curativas, de reabilitação e promoção de qualidade de vida. A APS ou ABS constitui-se, portanto, o primeiro contato do indivíduo com a rede assistencial dentro do sistema de saúde, tendo como principal característica a continuidade e integralidade da atenção, além da coordenação da assistência dentro do próprio sistema, da atenção centrada na família, da orientação e participação comunitária, e da competência cultural dos profissionais. Todas as práticas desenvolvidas pelos profissionais além do embasamento científico devem ser social e eticamente aceitas, sendo disponibilizadas a todos os indivíduos e famílias da localidade, num custo suportável pela comunidade e pelo país (FRATESCHI, CARDOSO, 2014; BRUNOZI et al., 2019).

Inúmeros documentos legislativos, normativos e técnicos do SUS apresentam de forma detalhada a competência e funções específicas da ABS. A Lei Nº 12.546/2011 (BRASIL, 2011) e o Decreto Nº 8.262/14 (BRASIL, 2014) trouxeram importante impacto para a saúde pública com a criação de ambientes 100% livre de fumaça de cigarros e as advertências sanitárias RDC Nº 194/17 (BRASIL, 2017) exigindo 30% da embalagem frontal de cigarros com figuras e orientações. Em se tratando de saúde cardiovascular da população atendida, são inúmeras as orientações não apenas de prevenção quanto de procedimentos de diagnósticos que podem ser desenvolvidos no atendimento prestado.

Destacam-se nesse sentido a aferição da pressão arterial, da pulsação e funcionamento cardíaco e outras observações possíveis de serem realizadas diante de suspeitas de problemas cardíacos. O encaminhamento para a realização de exames específicos (ecocardiograma e outros) devem seguir os protocolos vigentes e as adaptações inerentes de cada localidade (BRASIL, 2011; BRASIL, 2013).

A ABS em seu modo operacional engloba a Unidade Básica de Saúde (UBS) e a equipe de atenção básica para populações específicas e os centros de convivências. Todos esses serviços e os atendimentos realizados são de responsabilidade de equipes multiprofissionais, que tem a missão de desenvolver um conjunto de atividades, tanto em nível individual como coletivo, de prevenção e promoção de saúde cardiovascular, diagnóstico e terapêutica adequada, atividades de redução de possíveis danos e atenção especial para indivíduos com agravantes do uso de

cigarros, álcool e outras drogas. Com essa visão holística e adoção de estratégias planejadas, o objetivo é desenvolver a atenção integral que possa contribuir positivamente para a promoção de saúde e autonomia das pessoas e os determinantes e condicionantes de qualidade de vida das coletividades, podendo interagir e participar de ações conjuntas com os outros componentes da rede (BRASIL, 2011).

5.2 Estratégia Saúde da Família

No Brasil, seguindo as exigências legais do Sistema Único de Saúde (SUS) e visando melhor cumprimento de seus objetivos no sistema de saúde e na implementação de políticas públicas, foi criada a Política Nacional de Atenção Básica, englobando a ESF, com seu modelo de APS ou ABS. Na maioria das localidades brasileiras, podendo haver adaptações específicas, a ESF é realizada por meio de uma eSF formada por: um(a) médico(a), um(a) enfermeiro(a), um(a) técnico(a) de enfermagem e ACS (Número ACS será no mínimo um por equipe). A média populacional recomendada para cada equipe é 2.000 a 3.500 pessoas. Esta equipe tem a missão de oferecer serviços de ABS à população de uma comunidade específica delimitada geograficamente, considerando, também, aspectos culturais, econômicos e de acessibilidade à equipe, entre outros (BRASIL, 2017). Na ESF Eldorado a equipe é composta pelos profissionais adscritos, acima, e a colaboração de seis ACS atende de forma satisfatória a área adscrita.

Neste sentido, o Ministério da Saúde (BRASIL, 2013, p.21) destaca que os profissionais que atuam na ABS:

[...] têm importância primordial nas estratégias de prevenção, diagnóstico, monitorização e controle das comorbidades dos pacientes. Devem também, ter sempre em foco o princípio fundamental da prática centrada na pessoa e, conseqüentemente, envolver usuários e cuidadores, em nível individual e coletivo, na definição e implementação de estratégias de controle.

O estabelecimento da ESF trouxe inúmeros ganhos na qualidade de vida dos indivíduos atendidos graças ao novo paradigma para o sistema de saúde brasileiro: visar a orientação e prevenção e não apenas o tratamento da doença, sempre considerando o cidadão em sua integralidade e no contexto da comunidade onde vive. As intervenções em saúde atingiram um novo nível, pautando uma atitude terapêutica que privilegie o cuidado, o vínculo, o acolhimento e a corresponsabilidade entre profissional de saúde e usuário (MUNARI et al., 2008).

Conforme o Ministério da Saúde:

Outro aspecto a ser identificado na organização da linha de atenção refere-se as necessidades das Unidades Básicas de Saúde (UBS) quanto ao sistema logístico para o cuidado dos usuários. São eles: “[...] cartão SUS, prontuário eletrônico, centrais de regulação, sistema de transporte sanitário [...]”. Deve-se pontuar o que já existe e o que necessita ser pactuado com a gestão, seja ela municipal, distrital, regional ou estadual (BRASIL, 2013, p. 22).

5.3 Atenção básica, tabagismo e doenças cardiovasculares

As doenças cardiovasculares (DCV) ainda permanecem como a principal causa de morte da população no Brasil e no mundo. O principal motivo para esse fato é o mau controle dos fatores de risco, sendo que o tabagismo se destaca como fator de risco modificável para tal patologia. O tabagismo é fator de risco de várias morbidades que envolvem o coração e os vasos sanguíneos, e na maioria dos casos, é ocasionado pelo processo de aterosclerose das artérias, culminando em doença coronariana, doença isquêmica cardíaca, AVC, doença cerebrovascular, acometendo vasos periféricos, gerando a hipertensão arterial sistêmica. As internações por DCV apresentam maior custo dentre as causas de internações hospitalares no Brasil, em especial as doenças isquêmicas do coração e as doenças cerebrovasculares (BRASIL, 2015).

O tabagismo tornou-se um grave problema de saúde pública considerando que cerca de 1,2 bilhão de pessoas no mundo possuem o hábito de fumar, e, no Brasil, em torno de 28 milhões são fumantes. Além disso, aproximadamente 10 mil óbitos por dia são resultados do tabagismo. Sabe-se também, que este hábito é responsável por aproximadamente 45% das mortes em homens com menos de 65 anos de idade e por

mais de 20% de todos os óbitos por doença coronariana nos homens com idade maior que 65 anos. Ademais, homens fumantes entre 45 – 54 anos têm cerca de três vezes maior risco de morrer de infarto agudo do miocárdio do que os não fumantes da mesma faixa etária. Em mulheres estima-se que o tabagismo seja responsável por 40% dos óbitos por doença coronariana em pacientes com mais de 65 anos de idade. Uma vez cessado o hábito de fumar, o risco de doença cardiovascular começa a declinar, e após um ano esse risco é reduzido à metade e após dez anos o risco é semelhante a pacientes sem antecedentes de tabagismo. Para a Sociedade Brasileira de Cardiologia (SBC), a epidemiologia das DCV tem o mesmo comportamento neste início de século que tinham as grandes endemias dos séculos passados. E, tendo em vista a grave realidade epidemiológica no Brasil, a diretoria da SBC elaborou o Programa Nacional de Prevenção Cardiovascular com o objetivo de modificar esta realidade epidemiológica (SOCIEDADE BRASILEIRA DE CARDIOLOGIA, 2013).

O tabaco promove modificações na modulação autonômica a qual pode ser avaliada por meio da variabilidade da frequência cardíaca (VFC), uma ferramenta de aplicação simples, não-invasiva e de baixo custo que descreve as oscilações dos intervalos entre batimentos cardíacos consecutivos e reflete a atividade da divisão autônoma do sistema nervoso sobre o nó sinusal. As evidências dos estudos demonstram que o tabagismo está fortemente associado à ocorrência de eventos cardiovasculares e à disfunção autonômica, a qual compromete o adequado funcionamento do coração e, embora os estudos sobre tabagismo e índices de VFC ainda apresentem resultados conflitantes, em geral demonstram que o tabagismo crônico leva a ativação simpática e redução da modulação vagal, o que promove diminuição da VFC, condição considerada de alta morbidade e mortalidade cardíaca. Os estudos apontam ainda que a interrupção do hábito de fumar pode levar à restauração da função autonômica cardíaca, principalmente em indivíduos jovens e, portanto, medidas que visem à cessação do tabagismo devem ser consideradas como forma de prevenir danos irreversíveis à saúde (MANZANO et al., 2010).

Existe relação entre o tabagismo e a hipertensão arterial, envolvendo uma complexa interação entre fatores hemodinâmicos, sistema nervoso autonômico e múltiplos mediadores vasoativos (disfunção endotelial). De forma aguda, a nicotina gera ativação do sistema nervoso simpático e provoca aumento da frequência cardíaca,

pressão arterial e contratilidade miocárdica com redução da oferta de oxigênio aos vasos e miocárdio. Os efeitos em longo prazo do tabagismo na pressão arterial são complexos e os achados contraditórios. Hipertensos fumantes possuem pior prognóstico cardiovascular mesmo quando tratados para hipertensão por um provável efeito farmacológico deletério aos compostos do cigarro. É relevante reconhecer o tabagismo como doença tendo em vista o pior prognóstico com essa associação. Por isso é fundamental entender a abordagem aos fumantes e oferecer tratamento adequado para esta difícil dependência, notadamente ainda negligenciada por clínicos e cardiologistas (SOUSA, 2015).

Em 2006, quase 20% do total gasto para custear as internações realizadas pelo SUS foi utilizado no pagamento de internações por DCV (BRASIL, 2013). Além disso, as DCV são responsáveis por grande número de aposentadorias precoces por invalidez, bem como elevado número de licenças médicas, causando elevado ônus social e econômico para o país. As DCV e as neoplasias foram as principais causas de anos potenciais de vida perdidos, em ambos os sexos, no ano de 2008, em nosso país (BRASIL, 2011).

A obtenção de melhor conhecimento e o controle dos fatores de risco para a ocorrência das DCV são fundamentais para diminuir a sua ocorrência. As equipes de saúde que atuam na APS precisam estar atentas aos fatores de risco que os usuários apresentam, bem como mapear aqueles com maior risco e vulnerabilidade, com vistas a considerar os benefícios da proximidade, vínculo, das habilidades da comunicação e relacionamento afetivo entre profissionais de saúde e pacientes e/ou familiares (BRASIL, 2013).

O infarto agudo do miocárdio (IAM) e AVC são doenças que assumem o *ranking* das DCV que mais afetam os pacientes tabagistas, culminando, dessa forma, em mortes fulminantes precoces, em maiores gastos para a saúde pública, devido internações recorrentes, necessidade de serviços especializados, como unidades de terapia intensiva, equipes multidisciplinares, sobrecarga da previdência social e invalidez. Além disso, as DCV continuarão a ser a principal causa de mortalidade e incapacitação, responsáveis por aproximadamente 16 milhões de óbitos a cada ano, em especial nos países em desenvolvimento devido ao aumento da longevidade, a

mudanças inadequadas no estilo de vida e a condições socioeconômicas insatisfatórias, conforme apontam as projeções da Organização Mundial de Saúde (OMS) para o ano de 2020 (OMS, 2003).

Os indivíduos com HAS têm quatro a seis vezes o risco de desenvolver o AVC e correspondem a 77% das pessoas que apresentam o primeiro episódio dessa doença, 75% das pessoas com insuficiência cardíaca congestiva (ICC), 69% das pessoas com primeiro IAM. Além disso, é a segunda causa principal de doença renal crônica e problemas como a disfunção erétil, demência e perda da visão e doenças respiratórias. Este grave quadro culmina em maiores gastos para a saúde pública, devido recorrentes internações, muitas vezes com necessidade de centros especializados e até mesmo unidades de terapia intensiva, por agravos e exacerbações das comorbidades; invalidez; gastos na previdência pública, devido aposentadoria precoce e desemprego (SOCIEDADE BRASILEIRA DE HIPERTENSÃO, 2010).

O monitoramento dos fatores de risco para as doenças cardiovasculares vem sendo indicado em todo o mundo. Nesse sentido, foi realizado um estudo visando estimar a prevalência de tabagismo, sobrepeso/obesidade, atividade física insuficiente, hipertensão arterial e pressão arterial limítrofe entre homens adscritos à ESF em área urbana de Juiz de Fora, MG. Foi realizado um inquérito domiciliar com 217 homens, entre 20 e 49 anos, selecionados por meio de amostragem sistemática baseada em listagem de moradores desta faixa etária. O sobrepeso/obesidade foi o fator de risco de maior frequência (43,3%). Os sedentários e irregularmente ativos fisicamente totalizaram 28%. O consumo de cigarros era hábito de 25,3% da população. Foram classificados como hipertensos 24% dos entrevistados e 19,4% com pressão arterial limítrofe. A simultaneidade de dois ou mais fatores de risco foi encontrada em 45,2% da população. A magnitude das prevalências sugere que é preciso intensificar as estratégias de promoção de saúde voltadas para a população masculina (VAN EYKEN, MORAES, 2009).

Foi realizado um estudo com o objetivo de avaliar a associação do tabagismo com sexo, metabolismo redox e fatores de risco cardiometabólicos de 381 idosos da ESF de Porto Alegre/RS. Para categorizar o tabagismo, seguiram-se as recomendações

do Center of Diseases Control (CDC) e os marcadores de estresse oxidativo investigados foram: produtos avançados da oxidação proteica (AOPP), metabólitos do óxido nítrico (NOx), capacidade antioxidante medida por meio do ensaio ferric reducing ability of plasma (FRAP). Esses biomarcadores implicam não somente a disfunção endotelial, mas, principalmente, o processo de envelhecimento patológico e a mortalidade. Em relação ao sexo/fumo, foram mais frequentes as mulheres não fumantes. Os homens ex-tabagistas apresentaram maiores concentrações de FRAP, e os tabagistas, maior concentração de NOx, menores médias de circunferência de cintura (CC) e de índice de massa corporal-IMC e maior HDL colesterol (HDL-c). Não foram verificados resultados significativos entre as mulheres. Concluíram que os idosos do sexo masculino tabagistas apresentaram menores valores de CC, IMC e HDL-c, porém os tabagistas apresentaram aumento da concentração do NOx, o qual é um biomarcador de estresse oxidativo associado a doenças cardiovasculares. Diante disso, os autores ressaltaram que é preciso destacar a importância na prevenção e adesão à cessação de tabagismo para evitar comorbidades cardiovasculares (JACONDINO et al., 2019).

Estudo foi realizado visando estimar a prevalência e identificar fatores associados ao acúmulo de comportamentos de risco para doenças cardiovasculares entre 2.732 adultos de ambos os sexos de Pelotas, RS. Os fatores de risco comportamentais investigados foram: tabagismo; inatividade física no lazer; consumo habitual de gordura aparente da carne; e consumo diário de embutidos, carne vermelha e leite integral. A inatividade física foi o fator de risco mais prevalente (75,6%), seguido do consumo habitual de gordura aparente da carne (52,3%). Dois terços da população apresentaram dois ou mais fatores de risco comportamentais. A combinação de inatividade física e consumo habitual de gordura aparente da carne ocorreu em 17,5% da amostra; e inatividade física, consumo habitual de gordura aparente da carne e tabagismo, em 6,7%. Os índices de acúmulo de dois ou mais fatores foram maiores entre homens e associaram-se inversamente com o indicador econômico nacional. Concluíram que o acúmulo de fatores de risco comportamentais para doenças cardiovasculares é elevado na população estudada, sendo necessárias intervenções públicas capazes de prevenir a ocorrência simultânea desses fatores (MUNIZ et al., 2012).

Um estudo de revisão bibliográfica foi realizado com o objetivo de descrever experiências de diferentes países no combate às DCV voltadas à comunidade através da promoção da saúde e da prevenção primária dos fatores de risco; e identificar no Brasil as ações de vigilância dos fatores de risco para as doenças crônicas não transmissíveis, ressaltando-se os desafios estratégicos impostos ao Programa de Saúde da Família (PSF) no enfrentamento das DCV. Os autores observaram que, na perspectiva da prevenção de doenças e agravos, tornam-se fundamentais ações que criem ambientes favoráveis à saúde e favoreçam escolhas saudáveis (RIBEIRO, COTTA, RIBEIRO, 2012).

Nesse contexto, programas de intervenção de base comunitária têm sido introduzidos em diferentes países, desde o início da década de 1970, com o objetivo de modificar fatores de risco cardiovascular e diminuir a morbidade e a mortalidade por DCV. Destaca-se nessas experiências a importância das políticas públicas e dos sistemas de vigilância dos fatores de risco cardiovascular, para conhecer a magnitude do problema e desenvolver ações mais custo-efetivas (RIBEIRO, COTTA, RIBEIRO, 2012).

6 PLANO DE INTERVENÇÃO

Essa proposta refere-se ao problema priorizado “doenças cardiovasculares e tabagismo”, para o qual se registra uma descrição do problema selecionado, a explicação e a seleção de seus nós críticos, de acordo com a metodologia do Planejamento Estratégico Simplificado (FARIA, CAMPOS, SANTOS, 2018).

6.1 Descrição do problema selecionado (terceiro passo)

Dentre alguns problemas citados no diagnóstico situacional, observou-se que o alto índice de tabagismo é um dos principais problemas no território da ESF Eldorado.

6.2 Explicação do problema selecionado (quarto passo)

O problema selecionado relaciona-se ao elevado índice de tabagismo, visto que mais de 10% da população na área adscrita da ESF Eldorado são tabagistas que reflete juntamente as comorbidades associadas dos pacientes, como HAS, dislipidemia, obesidade, no aumento do risco cardiovascular, como casos de IAM e AVC em que os pacientes ficam expostos. Esse tipo de doença gera altos custos para a saúde do país, hospitalizações recorrentes e incapacidade do paciente em trabalhar.

6.3 Seleção dos nós críticos (quinto passo)

Métodos de intervenções capaz de impactar no problema principal, e conseguir uma intervenção efetiva. A seguir são listados alguns nós críticos que podem ajudar a transformar o problema:

- Nível de informação;
- Problemas sociais e estilo de vida;
- Estrutura dos serviços de saúde;
- Trabalho em equipe.

6.4 Desenho das operações (sexto passo)

Quadro 4: Operações sobre o “nó crítico 1” relacionados ao problema “Alto índice de tabagismo”, na população sob responsabilidade da Equipe de Saúde da Família Eldorado, do município Monte Belo, estado de Minas Gerais.

Nó crítico 1	Nível de informação
Operação (operações)	Estabelecer práticas de identificação precoce dos fatores de risco através do aumento do nível de informações sobre os riscos para a saúde causadas pelo tabagismo, através de políticas de saúde na escola, com abordagem desse assunto a partir de alunos do ensino fundamental já com entendimento, até alunos do ensino médio; capacitação de profissionais da área da saúde sobre o tabagismo, seus riscos, para maiores esclarecimentos para os pacientes e tentativa de conscientização através da divulgação com panfletos.
Projeto	Melhor auto estima através do conhecimento
Resultados esperados	Diminuir uso de tabaco, principalmente entre adolescentes. Melhorias nas políticas públicas de saúde, na capacitação dos ACS e obtenção de mais recursos para as campanhas educativas na comunidade.
Produtos esperados	Aumentar a oferta de opções de lazer, atividades físicas e apoio psicológico e espiritual pela contribuição de igrejas cristãs presentes no bairro. Orientar a população, através de palestras e publicações digitais, para que o tema de tabagismo e DCV não seja tratado como um tabu, mas uma condição com tratamento eficazes e orientações para mudanças no estilo de vida.
Recursos necessários	Estrutural: Equipe da estratégia de saúde da família, professores, diretores escolares, equipe assistência social Cognitivo: Folhetos educativos Financeiro: Impressão de panfletos Político: Mobilização social e político
Recursos críticos	Estrutural: Escolas, rede social Cognitivo: Panfletos, palestras com fácil entendimento e compreensão Político: Apoio do secretário da saúde e diretor escolar
Controle dos recursos críticos	Equipe Estratégia Saúde da Família
Ações estratégicas	Programa saúde na escola, desenvolvimento de conteúdos compreensíveis para as variadas faixas etárias; desenvolvimento de folhetos informativos, com explicações dos riscos cardiovasculares desenvolvidos pelo tabagismo. Melhora na qualidade de informações sobre os riscos do fumante ativo e o passivo, aumento na distribuição dessas informações nas escolas, pontos estratégicos da cidade, como unidades de saúde, hospital, supermercados; capacitação dos agentes de saúde, que são primordiais para difusão dessas informações
Prazo	Apresentar e iniciar o projeto em 3 meses
Responsável (eis) pelo acompanhamento das ações	Equipe da estratégia de saúde: pelas palestras em escolas, preparação e distribuição de panfletos; Secretária de saúde: preparação de cursos e capacitação para os profissionais de saúde
Processo de monitoramento e avaliação das ações	Monitoramento: fazer uma equipe incluindo profissionais de saúde, como agente de saúde, enfermeiros, professores, cidadão da área, secretário de saúde, formando um comitê para avaliação e monitorização do funcionamento do projeto. Avaliação das ações: mensalmente

Fonte: Autoria própria

Quadro 5: Operações sobre o “nó crítico 2” relacionados ao problema “Alto índice de tabagismo”, na população sob responsabilidade da Equipe de Saúde da Família Eldorado, do município Monte Belo, estado de Minas Gerais.

Nó crítico 2	Problemas sociais e estilo de vida
Operação (operações)	Projeto com equipe multidisciplinar, para acompanhamento médico, psicólogo e educador físico; relação intersetorial da saúde; realização de um protocolo para seguimento uniforme desses pacientes, desde primeira abordagem, quanto para seguimento e acompanhamento.
Projeto	Vida saudável sem tabagismo
Resultados esperados	diminuição em pelo menos 50% o número de tabagistas, no prazo de 01 ano, consequentemente diminuir o risco cardiovascular desses pacientes, doenças respiratórias e internações.
Produtos esperados	Aumentar a oferta de opções de lazer, atividades físicas e apoio psicológico e espiritual pela contribuição de igrejas cristãs presentes no bairro. Orientar a população, através de palestras e publicações digitais, para que o tema de tabagismo e DCV não seja tratado como um tabu, mas uma condição com tratamento eficazes e orientações para mudanças no estilo de vida.
Recursos necessários	Estrutural: Local adequado para realização de atividades físicas, grupos de palestras e atendimento com nutricionista Cognitivo: Informações com equipe multidisciplinar Financeiro: Secretário de saúde e prefeito Político: Mobilização social e política
Recursos críticos	Estrutural: Atividades físicas, como caminhada, monitorada pelo educador físico, consultas nutricionais e grupos de tabagistas Cognitivo: Informações sobre mudanças do estilo de vida e tabagismo, troca de experiências em grupos operativos Político: Apoio financeiro do secretário de saúde e prefeito Financeiro: Local adequado, financiamento de grupos de tabagistas
Controle dos recursos críticos	Equipe multidisciplinar: psicólogo, nutricionista, educador físico, médico, enfermeiro
Ações estratégicas	Montar um protocolo para melhorar o encontro com os pacientes, para que eles tenham maior aderência, consigam trazer eles de forma passiva a participar do projeto. Esse tipo de protocolo visa uma estrutura homogênea para que todos os agentes de saúde possam seguir uma linha de raciocínio única para seus pacientes; articulação entre os vários setores da saúde pública, referência e contra referência de fácil acesso para encaminhar os pacientes que tenham necessidade, tanto em questões de especialidade, quanto em relação a exames complementares. Projeto com equipe multidisciplinar, para acompanhamento médico, psicólogo, educador físico; relação intersetorial da saúde; realização de um protocolo para seguimento uniforme desses pacientes, desde primeira abordagem, quanto para seguimento e acompanhamento
Prazo	Início em três meses, esse período destinado ao planejamento do projeto, formação da equipe multidisciplinar, tendo como duração 06 meses.
Responsável (eis) pelo acompanhamento das ações	Avaliação médica mensal; nutricional, educador físico e psicólogo avaliações semanais.
Processo de monitoramento e avaliação das ações	Monitoramento: fazer uma equipe incluindo profissionais de saúde, como agente de saúde, enfermeiros, professores, cidadão da área, secretário de saúde, formando um comitê para avaliação e monitorização do funcionamento do projeto. Avaliação das ações: mensalmente

Fonte: Autoria própria

Quadro 6: Operações sobre o “nó crítico 3” relacionados ao problema “Alto índice de tabagismo”, na população sob responsabilidade da Equipe de Saúde da Família Eldorado, do município Monte Belo, estado de Minas Gerais.

Nó crítico 3	Estrutura dos serviços de saúde
Operação (operações)	Projeto com equipe multidisciplinar, para acompanhamento médico, psicólogo e educador físico; relação intersetorial da saúde; realização de um protocolo para seguimento uniforme desses pacientes, desde primeira abordagem, quanto para seguimento e acompanhamento.
Projeto	Saúde integral na comunidade
Resultados esperados	Diminuição em pelo menos 50% o número de tabagistas, no prazo de 01 ano, conseqüentemente diminuir o risco cardiovascular desses pacientes, doenças respiratórias e internações.
Produtos esperados	Melhores condições de atendimento, incluem exames laboratoriais que ficam prontos mais rápidos, instituição de medicamentos na farmácia da prefeitura, com isso há maior aderência a terapia medicamentosa.
Recursos necessários	Estrutural: Local adequado para realização de grupos operacionais. Cognitivo: Informações com equipe multidisciplinar, troca de experiências de pacientes tabagistas que tem a vontade de parar de fumar. Financeiro: Secretário de saúde e prefeito Político: Mobilização social e política
Recursos críticos	Estrutural: Atividades físicas, como caminhada, monitorada pelo educador físico, consultas nutricionais e grupos de tabagistas Cognitivo: Informações sobre mudanças do estilo de vida e tabagismo, troca de experiências em grupos operativos Político: Apoio financeiro do secretário de saúde e prefeito Financeiro: Local adequado, financiamento de grupos de tabagistas
Controle dos recursos críticos	Equipe multidisciplinar: psicólogo, nutricionista, educador físico, médico, enfermeiro
Ações estratégicas	Montar um protocolo para melhorar o encontro com os pacientes, para que eles tenham maior aderência, consigam trazer eles de forma passiva a participar do projeto. Esse tipo de protocolo visa uma estrutura homogênea para que todos os agentes de saúde possam seguir uma linha de raciocínio única para seus pacientes; articulação entre os vários setores da saúde pública, referência e contra referência de fácil acesso para encaminhar os pacientes que tenham necessidade, tanto em questões de especialidade, quanto em relação a exames complementares. Projeto com equipe multidisciplinar, para acompanhamento médico, psicólogo, educador físico; relação intersetorial da saúde; realização de um protocolo para seguimento uniforme desses pacientes, desde primeira abordagem, quanto para seguimento e acompanhamento
Prazo	Início em três meses, esse período destinado ao planejamento do projeto, formação da equipe multidisciplinar, tendo como duração 06 meses.
Responsável (eis) pelo acompanhamento das ações	Avaliação médica mensal; nutricional, educador físico e psicólogo avaliações semanais.
Processo de monitoramento e avaliação das ações	Monitoramento: fazer uma equipe incluindo profissionais de saúde, como agente de saúde, enfermeiros, professores, cidadão da área, secretário de saúde, formando um comitê para avaliação e monitorização do funcionamento do projeto. Avaliação das ações: mensalmente

Fonte: Autoria própria

Quadro 7: Operações sobre o “nó crítico 4” relacionados ao problema “Alto índice de tabagismo”, na população sob responsabilidade da Equipe de Saúde da Família Eldorado, do município Monte Belo, estado de Minas Gerais.

Nó crítico 4	Trabalho em equipe
Operação (operações)	Projeto com equipe multidisciplinar, para acompanhamento médico, psicólogo e educador físico; relação intersetorial da saúde; realização de um protocolo para seguimento uniforme desses pacientes, desde primeira abordagem, quanto para seguimento e acompanhamento.
Projeto	Mãos unidas pelo bem comum
Resultados esperados	diminuição em pelo menos 50% o número de tabagistas, no prazo de 01 ano, conseqüentemente diminuir o risco cardiovascular desses pacientes, doenças respiratórias e internações.
Produtos esperados	Aumentar a oferta de opções de lazer, mais grupos operacionais, atividades físicas e apoio psicológico e espiritual pela contribuição de igrejas cristãs presentes no bairro.
Recursos necessários	Estrutural: Local adequado para realização de grupos operacionais Cognitivo: Informações com equipe multidisciplinar Financeiro: Secretário de saúde e prefeito Político: Mobilização social e política
Recursos críticos	Estrutural: Grupos de tabagistas Cognitivo: Informações sobre mudanças do estilo de vida e tabagismo, troca de experiências em grupos operativos. Político: Apoio financeiro do secretário de saúde e prefeito Financeiro: Local adequado, financiamento de grupos de tabagistas
Controle dos recursos críticos	Realização de uma capacitação para todos os profissionais da ESF Eldorado, para que tenham o conhecimento no assunto, de como funciona os grupos operacionais, terapia medicamentosa, apoio psicológico. Equipe multidisciplinar: psicólogo, nutricionista, educador físico, médico, enfermeiro.
Ações estratégicas	Estruturar um protocolo para as ACS, que são as que estão em contato íntimo com os pacientes diariamente, que visa uma estrutura homogênea para que todos os agentes de saúde possam seguir uma linha de raciocínio única para seus pacientes; articulação entre os vários setores da saúde pública, referência e contra referência de fácil acesso para encaminhar os pacientes que tenham necessidade, tanto em questões de especialidade, quanto em relação a exames complementares, seguimento uniforme desses pacientes, desde primeira abordagem, quanto para seguimento e acompanhamento das consultas mensais, dos encontros dos grupos, da relação de números de cigarros que fumavam antes de entrar para o grupo e que estão fumando atualmente. Rodas de conversa, para debates, tirar as dúvidas. Palestras de pacientes ex-tabagistas, para compartilhar sua história de vida.
Prazo	Início em 03 meses, esse período destinado ao planejamento do projeto, formação da equipe multidisciplinar, tendo como duração 06 meses.
Responsável (eis) pelo acompanhamento das ações	Avaliação médica mensal; nutricional, educador físico e psicólogo avaliações semanais. Avaliação do agente de saúde: semanalmente
Processo de monitoramento e avaliação das ações	Monitoramento: fazer uma equipe incluindo profissionais de saúde, como agente de saúde, enfermeiros, professores, cidadão da área, secretário de saúde, formando um comitê para avaliação e monitorização do funcionamento do projeto. Avaliação das ações: mensalmente

Fonte: Autoria própria

7 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Com a realização deste trabalho foi possível observar, tanto pela revisão de literatura, como na prática diária na comunidade Eldorado, que o estímulo a adoção de estilo de vida mais saudável na unidade de saúde apresenta grande relevância na redução do índice de tabagismo. Destacam-se nesse sentido, as orientações sobre práticas de exercícios físicos, lazer, dieta equilibrada, bem como os investimentos em educação e melhoria de qualidade nas interações estabelecidas com os profissionais de saúde e familiares. O melhor domínio das características das condições de vida e outros fatores ligados ao cotidiano dos pacientes e suas famílias pode oferecer subsídios para a implantação de práticas mais efetivas de enfoque terapêutico.

Mesmo com a intervenção realizada na ABS da comunidade em estudo, ainda persistem limitações consideráveis para a integralização plena do enfoque da redução do tabagismo, principalmente em se tratando de ESF, com destaque para: falhas na formação acadêmica e de educação permanente dos profissionais de saúde para oferecer atendimento a pacientes que sofrem os impactos do tabagismo; acúmulo de trabalho de atendimento dificultando para estabelecer acolhimento mais humanizado; falta de instalações, equipamentos e recursos adequados para equipar os locais da unidade; ausência de vínculos entre pacientes e seus familiares com as equipes de saúde; pouco empenho dos profissionais em oferecer orientações e apoio psicológico para pacientes com alto índice de tabagismo em seu local de atuação.

Foi possível observar que se mostra estratégico e bastante produtiva a dedicação de esforços para a implantação efetiva do programa de atendimento para pacientes tabagistas na ESF Eldorado. O plano de intervenção proposto com estratégias ligadas ao uso de orientações de dieta, campanhas educacionais, atividades físicas e de lazer pode proporcionar maior interação e humanização no atendimento e reabilitação social, redução de custos com uso de medicamentos para DCV e melhor qualidade de assistência médica, favorecendo o estabelecimento de vínculos entre profissionais, usuários e familiares. Com isso, a comunidade poderá desfrutar de atendimento mais integralizado para seus membros reduzindo os impactos do tabagismo no aumento dos casos de DCV.

REFERENCIAS

BRASIL. Conselho Nacional de Secretários de Saúde. **Atenção Primária - Seminário do Conass para construção de consensos/Conselho Nacional de Secretários de Saúde**. Brasília: CONASS, 2004. 44 p. (CONASS Documenta; v.2).

BRASIL. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. **IBGE cidades** [online] 2019. Disponível em: <https://cidades.ibge.gov.br/brasil/mg/santana-da-vargem/panorama>. Acesso em: 10 maio 2019.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Descritores em Ciências da Saúde (DeCS)**. Brasília, [online] 2017. Disponível em: <http://decs.bvs.br/homepage.htm>. Acesso em: 28 ago. 2019.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Estratégias para o cuidado da pessoa com doença crônica: o cuidado da pessoa tabagista** [Internet]. Brasília: Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica; 2013. (Cadernos de Atenção Básica, 40). Disponível em: http://189.28.128.100/dab/docs/portaldab/publicacoes/caderno_40.pdf. Acesso em: 22 jan. 2020.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Número de fumantes no Brasil** [Internet]. Brasília; 2015. Disponível em: <http://www.brasil.gov.br/saude/2015/05/cai-numero-de-fumantes-no-brasil/view>. Acesso em: 20 jan. 2020.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 3.088**, de 23 de dezembro de 2011. Brasília; [online] 2011. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt3088_23_12_2011_rep.html. Acesso em: 01 Set. 2019.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Política Nacional de Atenção Básica (PNAB) Portaria nº 2.436**, de 21 de setembro de 2017. Brasília; [online] 2017. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt3088_23_12_2011_rep.html. Acesso em: 01 Set. 2019.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Resolução N.194**. 12 dezembro 2017. Disponível em: http://www.lex.com.br/legis_27583386_RESOLUCAO_N_194_DE_12_DE_DEZEMBRO_DE_2017.aspx. Acesso em: 02 set. 2019.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Política Nacional de Atenção Básica**. Brasília (DF): MS; 2012.

BRASIL. Presidência da República. **Decreto N.8.262**. [online] 31 maio 2014. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2011-2014/2014/decreto/D8262.htm. Acesso em: 02 set. 2019.

BRASIL. Presidência da República. **Lei N.12.546**. [online] 14 dezembro 2011. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2011-2014/2011/lei/l12546.htm. Acesso em: 02 set. 2019.

BRASIL. Secretaria de Atenção à Saúde. **Sistema de Cadastro Nacional de Estabelecimento de Saúde (SCNES)**. Brasília: Ministério da Saúde. Disponível em: <http://cnes2.datasus.gov.br>. Acesso em: 26 jun 2019.

BRUNOZI, N.A. et al. Grupo terapêutico em saúde mental: percepção de usuários na atenção básica. **Revista Gaúcha de Enfermagem**. 2019. Disponível em: http://www.scielo.br/pdf/rgenf/v40/pt_1983-1447-rgenf-40-e20190008.pdf . Acesso em: 15 jan. 2020.

CORRÊA, E.J.; VASCONCELOS, M.; SOUZA, S.L. **Iniciação à metodologia: Trabalho de Conclusão de Curso**. Belo Horizonte: Nescon/UFMG, 2017. Disponível em: <https://www.nescon.medicina.ufmg.br/biblioteca>. Acesso em: 25 ago. 2019.

FARIA, H.P; CAMPOS, F.C.C.; SANTOS, M.A. **Planejamento, avaliação e programação das ações em saúde**. 2ed. Belo Horizonte: Nescon/UFMG, 2017. Disponível em: <https://www.nescon.medicina.ufmg.br/biblioteca>. Acesso em: 20 jun. 2019.

FRATESCHI, M.S.; CARDOSO, C.L. Saúde mental na atenção primária à saúde: avaliação sob a ótica do usuário. **Physis Revista de Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v.24, n. 2, p.545-565, 2014.

JACONDINO, C.B. et al. Associação de tabagismo com biomarcadores Redox e fatores de risco cardiometabólicos em idosos. **Cadernos Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v.27, n.1, p. 45-52, 2019.

GIOVANELLA, L; MENDONÇA, M. H. Atenção Primária à Saúde. In: GIOVANELLA, L et al. **Políticas e Sistema de Saúde no Brasil**. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 2012.

MANZANO, B.M. et al. Implicações do tabagismo sobre o controle autônomo cardíaco. **Arquivos Ciência Saúde**, Rio de Janeiro, v.17, n.2, p.97-101, abr-jun, 2010.

MUNARI, D.B. et al. Saúde mental no contexto da atenção básica: potencialidades, limitações, desafios do Programa de Saúde da Família. **Revista Eletrônica de Enfermagem**, v.10, n.3, p.784-795, 2008.

MUNIZ, L.C. et al. Fatores de risco comportamentais acumulados para doenças cardiovasculares no sul do Brasil. **Revista Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v.46, n.3, p.534-542, 2012.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE. **Cuidados inovadores para condições crônicas**: componentes estruturais de ação. Relatório mundial. Brasília: OMS, 2003.

PREFEITURA MUNICIPAL DE MONTE BELO. **Conheça Monte Belo**. [online], 2019. Disponível em: <<https://www.montebelo.mg.gov.br/a-cidade/conheca-montebelo>> Acesso em 15 maio 2019.

RIBEIRO, A.G.; COTTA, R.M.M.; RIBEIRO, R.M.R. A promoção da saúde e a prevenção integrada dos fatores de risco para doenças cardiovasculares. **Ciência & Saúde Coletiva**, São Paulo, v.17, n.1, p.7-17, 2012.

SISAB, **Sistema de Informação em Saúde da Atenção Básica**. Brasília: Secretaria de Atenção Primária à Saúde, [online] 2019. Disponível em: <https://sisab.saude.gov.br/>. Acesso em: 30 de abr. 2019.

SOCIEDADE BRASILEIRA DE CARDIOLOGIA. I Diretriz Brasileira de Prevenção Cardiovascular. **Arquivos Brasileiros Cardiologia**, v.101, n.6, Supl.2, Dezembro 2013.

SOCIEDADE BRASILEIRA DE HIPERTENSAO. VI Diretriz Brasileira de Hipertensão. **Arquivos Brasileiros Cardiologia**, v.95(1 Suppl 1), p.1-51, 2010.

SOUSA, M.G. Tabagismo e hipertensão arterial: como o tabaco eleva a pressão. **Revista Brasileira Hipertensão**, v.22, n.3, p.78-83, 2015.

STARFIELD, B. **Atenção Primária**: equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologia. Brasília: Unesco Brasil, Ministério da Saúde; 2004.

VAN EYKEN, E.B.B.D.; MORAES, C.L. Prevalência de fatores de risco para doenças cardiovasculares entre homens de uma população urbana do sudeste do Brasil. **Cadernos Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v.25, n.1, p.111-123, jan. 2009.