

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

LIDIANE MÁRCIA PENIDO

**PROPOSTA DE ENFRENTAMENTO DO TABAGISMO NA
ESTRATÉGIA DE SAÚDE DA FAMÍLIA SETTE DE BARROS II,
PONTE NOVA – MINAS GERAIS**

**JUIZ DE FORA – MINAS GERAIS
2016**

LIDIANE MÁRCIA PENIDO

**PROPOSTA DE ENFRENTAMENTO DO TABAGISMO NA
ESTRATÉGIA DE SAÚDE DA FAMÍLIA SETTE DE BARROS II,
PONTE NOVA – MINAS GERAIS**

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

Orientadora: Profa. Ms. Eulita Maria Barcelos

**JUIZ DE FORA – MINAS GERAIS
2016**

LIDIANE MÁRCIA PENIDO

**PROPOSTA DE ENFRENTAMENTO DO TABAGISMO NA
ESTRATÉGIA DE SAÚDE DA FAMÍLIA SETTE DE BARROS II,
PONTE NOVA – MINAS GERAIS**

Banca Examinadora

Profa. Ms. Eulita Maria Barcelos - orientadora

Profa. Dra. Maria Rizioneide Negreiros de Araújo - UFMG

Aprovado em Belo Horizonte, em: 06/01/2017

DEDICATÓRIA

Dedico este trabalho aos meus pacientes, razão da minha profissão e esforço.

AGRADECIMENTOS

Agradeço, acima de tudo, à Deus, pela força, proteção e inspiração em cada passo do meu caminho.

À minha família, especialmente à minha mãe, pela paciência e aceitação da ausência física que as atividades cotidianas me impõem, e ao meu pai, que mesmo não estando mais entre nós, sempre foi meu exemplo de vida e motivo de orgulho.

Aos amigos, que sempre me incentivaram a buscar ser uma profissional cada vez melhor, não deixando de evoluir também como ser humano.

“O correr da vida embrulha tudo, a vida é assim: esquenta e esfria, aperta e daí afrouxa, sossega e depois desinquieta. O que ela quer da gente, é coragem.”

(João Guimarães Rosa)

RESUMO

O tabagismo é atualmente, considerado um grave problema de saúde pública. É fator de risco para diversas doenças, como enfisema e câncer pulmonar, acidente vascular encefálico, hipertensão arterial sistêmica, entre outras. O uso do tabaco é responsável por milhões de mortes por ano, sendo considerada a maior causa prevenível de morte, além de reduzir a expectativa de vida entre os usuários. Comporta-se como uma doença crônica e seu tratamento deve ser valorizado, fazendo parte das rotinas de atendimento de unidades de saúde do Sistema Único de Saúde. O tabagismo deve ser tratado como uma doença. Há, portanto, necessidade de educar profissionais de saúde e população em geral de que o tabagismo, por ser uma doença crônica, não pode ter seu tratamento limitado, por exemplo, em um número específico de sessões. É essencial para seu controle a terapia cognitivo-comportamental, farmacológica e psicológica individualizadas, levando em conta aspectos da vida do paciente e seu contexto. Sendo assim, o presente trabalho objetivou aumentar o nível de conscientização sobre o tabagismo, apoiando também aqueles que desejam parar de fumar na área de abrangência da Equipe de Saúde da Família Sette de Barros II, favorecendo dessa forma a diminuição do número de fumantes no território.

Palavras-chave: Tabaco. Abandono do uso de tabaco. Estratégia Saúde da Família

ABSTRACT

Smoking is currently considered a serious public health problem. It is a risk factor for several diseases, such as emphysema and lung cancer, stroke, hypertension, among others. Tobacco use is responsible for millions of deaths each year and is considered the most preventable cause of death and reduce life expectancy among users. It behaves as a chronic disease and its treatment it must be valued as part of the service routines SUS health units. Smoking should be treated as a disease. There is therefore need to educate health professionals and the general public that smoking, being a chronic illness, cannot be limited in treatment, for example, a specific number of sessions. It is essential to control your cognitive behavioral therapy, pharmacological and psychological individualized, taking into account aspects of the patient's life and its context. Therefore, this study aimed to increase the level of awareness about smoking, supporting also those who wish to quit smoking in the area covered by the Family Health Team Sette Barros II, favoring thereby decreasing the number of smokers in the territory.

Key-words: Smoking. Tobacco use cessation. Family Health Strategy.

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

ABS	Atenção Básica à Saúde
ACS	Agente Comunitário de Saúde
DPOC	Doença Pulmonar Obstrutiva Crônica
ESF	Estratégia Saúde da Família
IBGE	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
INCA	Instituto Nacional do Câncer
MS	Ministério da Saúde
NASF	Núcleo de Apoio a Saúde da Família
OMS	Organização Mundial da Saúde
PES	Planejamento Estratégico Situacional
PROVAB	Programa de Valorização dos Profissionais da Atenção Básica
PSF	Programa Saúde da Família
SIAB	Sistema de Informação de Atenção Básica
SUS	Sistema Único de Saúde
TRN	Terapia de Reposição Nicotínica
UBS	Unidade Básica de Saúde

LISTA DE QUADROS

Quadro 1 - Principais problemas detectados na comunidade do bairro Triângulo Novo, Ponte Nova – Minas Gerais.....	31
Quadro 2 – Operações sobre os “nós críticos” relacionados a alta prevalência de tabagismo e falta de ações de conscientização na área de abrangência da Equipe de Saúde da Família Sette de Barros II, em Ponte Nova, Minas Gerais.....	34
Quadro 3 – Recursos Críticos para o desenvolvimento das operações definidas para o enfrentamento dos “nós críticos” do problema.....	36
Quadro 4 – análise da viabilidade do plano operativo.....	36
Quadro 5 – Propostas de ações para a motivação dos atores envolvidos	37
Quadro 6 – Plano operativo.....	38
Quadro 7 - Acompanhamento do projeto.....	39

SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO.....	12
2	JUSTIFICATIVA.....	15
3	OBJETIVOS.....	16
4	METODOLOGIA.....	17
5	REVISÃO DA LITERATURA.....	19
6	PROPOSTA DE INTERVENÇÃO.....	30
7	CONSIDERAÇÕES FINAIS	40
	REFERÊNCIAS.....	41

1 INTRODUÇÃO

1.1 Identificação do município

Ponte Nova é uma cidade de 60.005 habitantes, segundo estimativa do IBGE (2010) para o ano de 2015, localizada na Zona da Mata, a uma distância de 170 km de Belo Horizonte. Situa-se na bacia do Rio Doce, e é banhada pelo Rio Piranga, um de seus afluentes. Em divisão territorial datada de 2001 o município é constituído de 3 distritos: Ponte Nova, Rosário do Pontal e Vau-Açu assim permanecendo na última atualização, em 2014.

As principais atividades econômicas são a agropecuária e as indústrias, como frigoríficos, laticínios e transportadoras.

1.2 Sistema municipal de saúde

Na área da saúde, a cidade é sede da microrregião, sendo referência para atenção terciária de maior complexidade. Conta com dois hospitais, o Hospital Arnaldo Gavazza e o Hospital Nossa Senhora das Dores. Em relação à atenção primária, possui uma estrutura de Estratégia Saúde da Família (ESF) na zona urbana, na zona rural e distritos municipais, que atende aproximadamente 2/3 da população.

Abordando a unidade de saúde, da equipe Sette de Barros II atende o bairro Triângulo Novo, que possui uma população de 2.848 moradores agrupados em 899 famílias, divididos em cinco microáreas. Entre os habitantes, 1.333 (46,80%) são homens e 1.515 (53,20%) são mulheres.

Este bairro está localizado na periferia da cidade de Ponte Nova. A população local conta com coletas diárias de lixo, saneamento básico e água tratada. As crianças frequentam a escola em sua maioria absoluta, apesar de haver uma alta taxa de analfabetismo entre maiores de 50 anos no local.

Na Unidade Básica de Saúde (UBS) Sette de Barros funcionam duas ESF, o Sette de Barros I e o Sette de Barros II, que atendem, respectivamente, os bairros Triângulo Velho e Triângulo Novo/São Judas Tadeu.

A UBS mudou-se para um prédio próprio que foi inaugurado em dezembro de 2014, e se situa no limite do bairro vizinho chamado Rasa.

A unidade recém-construída possui infraestrutura adequada; rampa de acesso, recepção com cadeiras, quatro consultórios médicos e dois odontológicos, um escovódromo (local destinado à instruções sobre escovação dental), sala de curativos, sala de vacinas, sala de reunião da equipe, cozinha e auditório. O auditório é pequeno para o tamanho da população, assim os grupos operativos são realizados no salão paroquial da igreja do bairro. Possui equipamentos como mesa ginecológica, sala de nebulização, glicosímetro, e material para realização de curativos e outros procedimentos.

A população relata a dificuldade para chegar à unidade, devido à falta de linha de ônibus no local, a antiga localização da unidade permitia o acesso fácil aos moradores por se localizar na rua principal do bairro.

A Equipe Sete de Barros II é formada por cinco agentes comunitárias de saúde, uma técnica de enfermagem, uma enfermeira, uma médica do PROVAB, uma médica auxiliar, um médico pediatra, dois médicos ginecologistas e obstetras, uma cirurgiã-dentista, uma auxiliar de saúde bucal, e conta com a ajuda da equipe do Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF), que é composta por nutricionista, psicóloga, educador físico, fisioterapeuta, terapeuta ocupacional, fonoaudióloga e assistente social.

O horário de funcionamento da unidade é de 07:00 às 17:00 horas, de segunda a sexta-feira e fecha para almoço de 11:00 as 13:00 horas. Quinzenalmente a UBS abre a noite, no período de 17:30 às 21:00 horas, no intuito de atender os trabalhadores, que geralmente não conseguem ir no turno da manhã ou da tarde.

No cotidiano a equipe desenvolve atividades diárias que se concentram no atendimento das consultas agendadas e demanda espontânea, esta última bastante sobrecarregada nos últimos tempos, devido à epidemia de dengue na localidade. Há também os programas de saúde bucal, pré-natal, puericultura, “preventivo” de câncer de mama e ginecológico, realização de curativos e atendimento a hipertensos e diabéticos. Realiza-se também visitas domiciliares semanalmente, sendo as mesmas agendadas sob demanda observada entre as áreas de cada ACS.

A equipe Sette de Barros II realiza periodicamente reuniões para discussão de assuntos diversos, e os principais problemas. É um espaço aberto a reclamações e sugestões de melhorias. Durante essas reuniões, e também por meio de observação e conversa com informantes da comunidade, a equipe destacou alguns problemas em ordem de importância e capacidade de enfrentamento:

- Alta prevalência de tabagismo.
- Dislipidemia/doenças cardiovasculares.
- Alta incidência do dengue.
- Falta de alcance da meta mensal de coleta de Papanicolau.
- Alta prevalência de verminose entre a população adulta.
- Lotes vagos com lixo acumulado.
- Grande número de consultas por condições agudas.
- Falta de contra referência.
- Alta rotatividade de profissionais médicos.

A priorização dos problemas é importante na medida em que possibilita à equipe a percepção de qual o problema de maior importância e sobre qual ela terá maior capacidade de enfrentamento, já que será difícil resolver todos os problemas ao mesmo tempo.

Dentre os problemas levantados, talvez o tabagismo seja um dos que mais mereçam atenção, tanto pela alta prevalência como pelas consequências deletérias que causa, preveníveis pela cessação de seu uso.

O tabagismo é um grave problema de saúde pública e fator de risco para inúmeras doenças, como câncer de pulmão, enfisema pulmonar, hipertensão arterial sistêmica, acidente vascular encefálico e outras, sendo que somente no Brasil mata cerca de 200 mil pessoas por ano, segundo Viegas (2004).

Comporta-se como uma doença crônica e seu tratamento deve ser valorizado, fazendo parte das rotinas de atendimento de unidades de saúde do SUS, da mesma forma como é feito para hipertensão e diabetes.

2 JUSTIFICATIVA

A equipe de saúde Sette de Barros II realizou o diagnóstico situacional e levantamento dos principais problemas, sendo identificada alta prevalência de tabagismo e falta de ações de conscientização contra o uso do tabaco na comunidade.

O território de abrangência da ESF possui muitos pacientes com condições causadas ou agravadas pelo uso do cigarro, como enfisema pulmonar, doença pulmonar obstrutiva crônica (DPOC), hipertensão arterial e acidente vascular encefálico.

Jandira Torreiro de Carvalho em seu livro "O Tabagismo visto sob vários aspectos" (2000) aborda que o tabagismo é responsável por mais de quatro milhões de mortes anuais no mundo, determinadas pelo aumento da prevalência das doenças relacionadas com o hábito de fumar. Constitui a maior causa isolada de doença evitável que se conhece entre as não imunizáveis. Agente mórbido introduzido e mantido pelo próprio homem, por razões tão diversas como as de ordem econômica, social, cultural e de droga-dependência, converte-se em uma das epidemias de mais difícil redução.

Sendo assim, e devido ao fato do tabagismo ser uma condição de saúde passível de intervenções, é necessária a realização de ações de promoção, prevenção e tratamento, evitando novos casos e reduzindo complicações nos casos presentes.

A equipe, após análise da situação levantada, considerou que o nível local apresenta recursos humanos e materiais para realização do Projeto de Intervenção, considerando o projeto viável.

3 OBJETIVOS

3.1 Geral

Elaborar um projeto de intervenção para reduzir o índice de tabagistas na área de abrangência da Equipe de Saúde da Família Sette de Barros II em Ponte Nova – Minas Gerais.

3.2 Específicos

Capacitar os profissionais da equipe de saúde da família na abordagem inicial dos tabagistas.

Aumentar o nível de conhecimento e conscientização dos pacientes tabagistas sobre os malefícios do tabagismo.

Aumentar a frequência dos tabagistas no grupo de tabagismo da cidade.

Apoiar aqueles que desejam parar de fumar.

4 METODOLOGIA

Para o desenvolvimento do plano de intervenção foi utilizado o método de Planejamento Estratégico Situacional (PES) conforme o módulo de Planejamento e Avaliação das Ações em Saúde e uma revisão narrativa da literatura sobre o tema.

Inicialmente foi realizado pela equipe o diagnóstico situacional com a utilização do método da estimativa rápida. Este método permite identificar todos os problemas que afetam a população. Ele é simples, rápido e de baixo custo e permite articular o conhecimento teórico com o saber prático. As fontes principais consultadas nos registros escritos existentes ou fontes secundárias; em entrevistas com informantes-chaves e na observação ativa da área. Foram identificados dados referentes à saúde da população, condições socioeconômicas, condições de moradia e saneamento básico e inúmeros problemas.

No momento seguinte, para fundamentar a prática, foi necessário recorrer ao suporte científico, a revisão narrativa de literatura. Foi utilizado os artigos eletrônicos por meio da seleção do material da biblioteca virtual na plataforma do Curso, busca em base de dados como Biblioteca Regional de Medicina (BIREME), LILACS Literatura Latino-americana e do Caribe em Ciências da Saúde (LILACS), Scientific Electronic Library On-line (SciELO) e base de dados do Ministério da Saúde. Para a busca nos sites foram utilizados os seguintes descritores: tabaco, abandono do uso de tabaco e estratégia da saúde da família.

Na UBS o problema identificado foi a alta prevalência de tabagistas na área de abrangência e a falta de ações de conscientização sobre os prejuízos do ato de fumar.

Uma vez definidos os problemas e as prioridades (1º e 2º passos), a próxima etapa foi a descrição do problema selecionado. Para descrição do problema priorizado, nossa equipe utilizou alguns dados fornecidos pelo Sistema de Informação da Atenção Básica (SIAB) e outros que foram produzidos pela própria equipe por meio das diferentes fontes de obtenção de dados. Foram selecionados indicadores de frequência de alguns dos problemas e também da ação da equipe frente aos mesmos. A partir da explicação do problema, foi elaborado um plano de ação,

entendido como uma forma de sistematizar propostas de solução para o enfrentamento do problema em questão.

Com o problema explicado e identificado a causa considerada mais importante, passou-se a pensar nas soluções e estratégias para o enfrentamento do mesmo, iniciando a elaboração do plano de ação propriamente dito e o desenho das operações.

Foram identificados os recursos críticos a serem consumidos para execução das operações, que constitui uma atividade fundamental para análise da viabilidade do plano. Após identificação dos atores que controlavam os recursos críticos e sua motivação em relação a cada operação, foi proposto em cada caso ações estratégico para motivar os atores selecionados.

Finalmente, para a elaboração do plano operativo, a equipe se reuniu com todas as pessoas envolvidas no planejamento, definindo por consenso a divisão de responsabilidades por operação e os prazos para a realização de cada produto.

5 REVISÃO DA LITERATURA

5.1 Estratégia Saúde da Família

O movimento que originou a proposição do Sistema Único de Saúde (SUS) era representado por setores da sociedade que defendiam que a saúde era um direito de todos, e que deveria ser de caráter universal e integral, buscando melhores condições de saúde a toda a população, incluindo todas as classes econômicas.

Em 1994, o Ministério da Saúde propôs o Programa de Saúde da Família (PSF), na busca de uma reorientação do modelo assistencial, antes focado na doença e no caráter apenas curativo, para um modelo que buscasse a prevenção e promoção da saúde, focado no indivíduo em seu contexto socioeconômico e cultural. Assim, o PSF veio a ser um programa com foco na Atenção Básica e destinado a ser a porta de entrada para o SUS (BRASIL, 1996).

[...] Assim, o PSF se apresenta como uma nova maneira de trabalhar a saúde, tendo a família como centro de atenção e não somente o indivíduo doente, introduzindo nova visão no processo de intervenção em saúde na medida em que não espera a população chegar para ser atendida, pois age preventivamente sobre ela a partir de um novo modelo de atenção (ROSA; LABATE, 2005, sp).

Segundo o Ministério da Saúde (BRASIL, 2000) as equipes de saúde, funcionando adequadamente, no Programa de Saúde da Família têm a capacidade de resolver 85% dos problemas de saúde em sua área de abrangência, prestando atendimento de bom nível, prevenindo doenças, evitando internações desnecessárias e melhorando a qualidade de vida da população.

Desde 2006 o PSF passou a ser definido com Estratégia Saúde da Família (ESF), ao invés de programa, visto que o termo programa aponta para uma atividade com início, desenvolvimento e finalização. O PSF é uma estratégia de reorganização da atenção primária e não prevê um tempo para finalizar esta reorganização.

Ao buscar a ruptura com o modelo curativo e focado na doença, a ESF passa a objetivar a família e o contexto em que vive como objeto de atenção. Segundo Oliveira (2012, p. 203)

[...] O estreitamento nas relações entre os profissionais de saúde e as famílias, em um território delimitado, é uma forma a garantir os princípios da Atenção Básica de territorialização, longitudinalidade, intersetorialidade, descentralização, corresponsabilidade e equidade.

O Ministério de Saúde (BRASIL, 2000) aborda que ESF é uma estratégia de assistência à saúde que tem como objetivo atender o indivíduo e a família de forma integral e contínua, desenvolvendo ações de promoção, proteção e recuperação da saúde, como também reorganizar a prática assistencial, centrada no hospital, passando a focar a família em seu ambiente físico e social. Veio para contribuir para a reorientação do modelo assistencial a partir da atenção básica, em conformidade com os princípios do Sistema Único de Saúde (SUS) do Brasil, orientando uma nova dinâmica de atuação nas unidades básicas de saúde, definindo as responsabilidades entre os serviços de saúde e a população (BRASIL, 1997).

O Ministério da Saúde definiu os profissionais que compõem a equipe de saúde e suas atribuições e também “[...] as ações de prevenção, promoção e recuperação da saúde das pessoas, de forma integral e contínua, criando assim, vínculos de corresponsabilidade, o que facilita a identificação e o atendimento aos problemas de saúde da comunidade” (ROSA; LABATE, 2005, sp). Segundo as autoras, as equipes da ESF são capacitadas para conhecer a realidade das famílias pelas quais são responsáveis, por meio de cadastramento e diagnóstico de suas características sociais, demográficas e epidemiológicas; identificar os principais problemas de saúde e situações de risco aos quais a população que ela atende está exposta, elaborar, com a participação da comunidade, um plano local para enfrentar os determinantes do processo saúde/doença; prestar assistência integral, respondendo de forma contínua e racionalizada à demanda, organizada ou espontânea, na Unidade de Saúde da Família, na comunidade, no domicílio e no acompanhamento ao atendimento nos serviços de referência ambulatorial ou hospitalar, desenvolver ações educativas e intersetoriais para enfrentar os

problemas de saúde identificados. Todas estas ações são citadas pelo Ministério da Saúde (BRASIL, 1997).

Apesar das conquistas decorrentes da implantação do SUS e das atuais políticas que regem os sistemas de saúde, o modelo assistencial baseado no modelo curativo ainda não é hegemônico em muitos locais, por diversos motivos, quer por dificuldade em identificar as necessidades em saúde de diferentes grupos sociais, mesmo dentro de uma mesma comunidade, quer por falta de tecnologias ou por falta de conhecimento sobre como utilizá-las.

Ainda há muito que percorrer para que a Atenção Básica, - sendo a ESF sua principal ferramenta – deixe de ser plena apenas no papel e nas teorias, e passe a ser atuante e funcionante, propiciando a implantação efetiva dos princípios do SUS e cada vez mais a melhoria das condições de vida e saúde da população brasileira.

Rosa e Labate em 2005 realizaram um estudo analítico intitulado “Programa saúde da família: a construção de um novo modelo de assistência”:

[...] a análise possibilitou perceber o trabalho em equipe e com a família como um progresso do PSF, entretanto, se faz necessário ter um olhar mais amplo para a formação dos profissionais para trabalharem a nova proposta e, também, na implantação das equipes.

Faz parte dos programas preconizados pelo Ministério da Saúde em parceria com o INCA o Programa Nacional de Controle do Tabagismo (PNCT) que será abordado no decorrer da revisão de literatura.

5.2 Abandono do uso do tabaco

O hábito de fumar pode ser considerado uma forma de obter segurança e evidência de autoafirmação, fatores essenciais à existência das pessoas. Assim, jovens, o principal alvo da indústria tabágica, começam a fumar como forma de rebeldia, visando ter independência, ou até mesmo por reprodução, com o intuito de inclusão no grupo (CARVALHO, 2000).

O tabagismo é uma importante causa de doenças e mortes, sendo que a mortalidade relacionada a fumantes é duas vezes maior do que a relacionada a não fumantes. “É responsável por cerca de 90% de câncer de pulmão em homens e 70%

de câncer de pulmão em mulheres”. O tabaco também é uma das principais causas de câncer de orofaringe, bexiga, pâncreas, laringe, esôfago, cólon e colo do útero. “O tabagismo passivo, ou seja, a exposição à fumaça ambiental, é uma das causas de câncer de pulmão” (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2002 citado por NUNES; CASTRO, 2011, p. 17).

Segundo a Organização Mundial de Saúde (OMS) (2008) estima-se que, em todo o mundo, por ano, ocorram 5 milhões de mortes relacionadas ao ato de fumar, aproximadamente 10 mil mortes por dia, reduzindo a expectativa de vida em 15 anos. Por isso, o controle do tabagismo, ou hábito de fumar, deve ser considerado como uma das prioridades da Saúde Pública, na medida em que este se constitui um grave problema, e a principal causa de morte prevenível no mundo.

“O tabagismo e a exposição à fumaça do cigarro estão associados a pelo menos 443.000 mortes prematuras, aproximadamente 5,1 milhões de anos de vida perdidos” (NUNES; CASTRO, 2011, p. 13). O cigarro é fator de risco para inúmeras doenças, sendo as mais importantes; câncer, doença cardiovascular, doenças pulmonares, úlcera péptica entre outras.

O controle do tabagismo é um tema muito abrangente, que diz à produção, políticas públicas, prevenção, exposição tabágica e cessação. Com relação ao tabaco, o Brasil possui números paradoxais. Segundo Nunes e Castro (2011, p. 15), “o Brasil passou da terceira para a segunda posição no ranking dos maiores produtores de tabaco no mundo (atrás da China)”. Por outro lado, “o Brasil é um dos líderes mundiais na questão legal do controle do tabaco.”.

O tabagismo deve ser tratado como uma doença e uma adição. Há, portanto, necessidade de educar profissionais de saúde e população em geral de que o tabagismo é uma doença crônica, e, portanto seu tratamento não pode ser limitado, por exemplo, em um número específico de sessões. É essencial para seu controle a terapia cognitivo-comportamental, farmacológica e psicológica individualizadas, levando em conta aspectos da vida do paciente e seu contexto recomendado pelo INCA no seu Consenso sobre Abordagem e Tratamento do Fumante (BRASIL, 2001).

5.3 Abandono do uso do tabaco

Bem antes de o PSF ser implantando, o Ministério de Saúde já estava preocupado com o alto índice de fumantes no Brasil e com as morbidades decorrentes do hábito de fumar, principalmente o câncer de pulmão, enfisema pulmonar e outras. Então iniciaram, no final da década de 1980, as articulações do Ministério da Saúde através do INCA, sob a ótica da promoção da saúde, a gestão e a governança do controle do tabagismo no Brasil que inclui as ações que compõem o Programa Nacional de Controle do Tabagismo (PNCT). O Programa tem como objetivo reduzir a prevalência de fumantes e a consequente morbimortalidade relacionada ao consumo de derivados do tabaco, seguindo um modelo no qual ações educativas, de comunicação, de atenção à saúde, associadas às medidas legislativas e econômicas, se potencializam para prevenir a iniciação do tabagismo, promover a cessação de fumar e proteger a população da exposição à fumaça ambiental do tabaco, segundo o INCA (BRASIL, 2001).

Nas últimas décadas o combate ao fumo e seus malefícios ganhou fôlego, com uma crescente conscientização por parte dos profissionais da saúde e da população sobre os danos à saúde representados pelo tabagismo. A atenção primária é de importância ímpar no tratamento do tabagismo, possui ferramentas essenciais para se alcançar a adesão e sucesso no tratamento, e os profissionais inseridos neste nível de atenção precisam estar capacitados para agir frente a este alarmante problema (AZEVEDO, 2008 citado por FRANCISCHINI, 2013, p. 16).

Percebemos que existem diversas barreiras ao tratamento de dependentes do tabaco. As principais consistem em resistência do paciente a procurar tratamento, e também a falta de preparação dos profissionais da saúde em abordar e manejar o problema do tabagismo.

Cerca de 80% dos fumantes desejam parar de fumar. No entanto, apenas 3% conseguem a cessação a cada ano, e a maioria para sem auxílio. Com abordagem e tratamento do fumante, esses percentuais aumentam, atingindo 20% a 30% em um ano (BRASIL, 2001, p. 23).

Na abordagem de Nunes, Castro e Matsuo (2010, p.19) “o tratamento para cessar o uso do tabaco deverá considerar o contexto do paciente, a gravidade da

dependência da nicotina, motivação para cessar, idade de início, comorbidades, situações e expectativas do indivíduo”.

De acordo com Nunes *et al.* (2011, p.83) “o aconselhamento dos profissionais de saúde para os usuários de tabaco deve ser feito de modo empático e sem julgamentos, procurando fazer com que entendam os benefícios para saúde que a cessação vai produzir”.

No decorrer do seu artigo, Nunes *et al.* (2011) citando Viegas; Presman; Gigliotti (2006) apontam que o processo de abandono do uso do tabaco é lento. Inicia-se com a decisão de parar de fumar e termina somente após um período considerável de abstinência, e em todas as etapas desse processo o profissional de saúde deve estar aconselhando e apoiando o indivíduo. É importante salientar que, apesar dos estímulos feitos pelos profissionais de saúde e das ferramentas utilizadas para este fim (medicamentos, terapia cognitivo-comportamental), o elemento mais importante do processo de abandono é o próprio paciente e sua força de vontade. O tabagista é sujeito ativo de sua própria recuperação e mudança, e isto deve ficar claro desde o início do tratamento.

O aconselhamento breve para parar de fumar em geral dobra as taxas de abandono, de aproximadamente 5% para 10%. As abordagens para aumentar a motivação dos pacientes para mudança geralmente incluem o fornecimento de informações e retorno sobre os riscos do tabagismo e os motivos para parar, que são específicos para cada paciente. Os motivos mais comuns são melhorar a saúde e responder à pressão social (AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION, 2008 *apud* NUNES *et al.*, 2011, p.175).

A abordagem intensiva é aquela exercida mediante uso de terapia cognitivo comportamental e uso de medicamentos. Como dito anteriormente, é de extrema importância que o profissional de saúde acompanhe todo o processo, inclusive nas recaídas que porventura haja durante um período de abstinência.

5.4 Tratamento e estratégias de abordagem

Em relação ao Plano Nacional de Combate ao Tabagismo, o INCA (BRASIL, 2015, p.2) destaca que

[...] Entre as várias ações do PNCT estão as que objetivam o aumento do acesso da população fumante a métodos eficazes de cessação do tabagismo. As estratégias na busca desse objetivo são: sensibilização e capacitação de profissionais de saúde para tratamento do tabagismo, inserção do tratamento do tabagismo na rotina de assistência à saúde e a organização da rede de saúde para atendimento da demanda de fumantes querendo parar de fumar, e também de profissionais de saúde interessados em tratar o tabagismo na rede SUS.

Para que se obtenha sucesso na abordagem do fumante é necessário compreender que a cessação do tabagismo é um processo que leva tempo, por envolver mudanças de comportamento e de hábitos de vida, situação que não acontece de um dia para o outro. Em sua diretriz, Araújo *et al.* (2004, p.30) estima que “são necessárias em média três tentativas ou mais até que se consiga a cessação definitiva do hábito de fumar.”

São três os aspectos a serem considerados ao lidar com um fumante: a dependência física, psicológica e os condicionamentos ao fumar. A dependência física varia de indivíduo para indivíduo. Alguns tabagistas são fisicamente mais dependentes do cigarro que outros. A dependência psicológica é a necessidade de se utilizar uma droga (no caso, o cigarro) para que se tenha a sensação de que o organismo está funcionando de modo pleno, livre de tensões, pelo menos momentaneamente. Segundo Araújo *et al.*, (2004, p. 30), “o indivíduo busca no cigarro alívio de sensações desagradáveis, como angústia, ansiedade, tristeza, medo, estresse, entre outras.” Nesta situação, o fumante utiliza o cigarro como meio de conseguir sensação de prazer e bem estar. Os condicionamentos ao fumar se caracterizam pelas associações que os fumantes fazem com situações corriqueiras, e sempre que elas ocorrem há a necessidade de iniciar o ato de fumar.

É necessário, para correta abordagem do tabagismo, que se trabalhe sobre estes três elementos.

Para Araújo *et al.*, (2004) os estágios de mudança do comportamento do fumante são importantes para que o profissional da saúde consiga compreender em qual situação o indivíduo se encontra. São eles:

- Pré-contemplação: o fumante não pensa em parar de fumar

- Contemplação: o fumante reconhece que necessita parar de fumar
- Ação: o fumante para de fumar
- Manutenção: o fumante parou de fumar, mas neste período deve ficar atento para não voltar.
- Recaída: o fumante voltou a fumar

5.5 O tratamento da dependência de nicotina

[...] O eixo central do tratamento da dependência à nicotina é a abordagem cognitivo comportamental, incorporando intervenções cognitivas e treinamento de habilidades comportamentais, visando cessação e prevenção de recaídas. Pode-se aliar tratamento medicamentoso ou não (ARAÚJO *et al.*, 2004, p.31).

Segundo os autores esse tipo de abordagem objetiva a detecção de situações que levem o indivíduo a fumar, auxiliando no desenvolvimento de estratégias de enfrentamento dessas situações. O tabagista é estimulado a tornar-se agente de mudança do seu próprio comportamento.

Os medicamentos devem ser utilizados com a finalidade de reduzir os sintomas provocados pela abstinência do cigarro, facilitando o processo de cessação e a própria abordagem cognitivo-comportamental.

Segundo Araújo *et al.*, (2004, p. 32) abordagem cognitivo-comportamental é classificada em:

- abordagem breve: pode ser realizada pelo médico em sua consulta de rotina, dentro do consultório. Consiste em perguntar o paciente se é tabagista, classificar o grau de dependência e motivação, e aconselhar a parar de fumar, expondo os riscos e doenças advindas deste hábito. Estudos mostram que uma abordagem breve de duração de até 5 minutos já se mostra benéfica, podendo fazer um paciente mudar de estágio, por exemplo, de pré-contemplação a contemplação.
- abordagem básica: consiste na abordagem breve seguida de acompanhamento de possíveis recaídas.
- abordagem intensivo-específica: consiste na estruturação de um ambulatório específico de apoio aos fumantes, podendo acontecer em grupo ou individualmente.

- abordagem dos fumantes que sofreram recaída: deve-se tentar estabelecer as circunstâncias que levaram à recaída, apoiar o indivíduo a tentar novamente, fazendo da recaída um aprendizado.

- abordagem do fumante que não deseja parar de fumar: várias são as razões para que um indivíduo não queira cessar o tabagismo, seja pela falta de informação acerca dos prejuízos que ele acarreta para a saúde, seja por receio, crenças e insegurança quanto ao próprio processo de cessação, ou porque realmente não há interesse. Neste caso, o profissional de saúde deve estimular o paciente a parar de fumar em todas as oportunidades possíveis.

Ainda de acordo com Araújo *et al.*, (2004) abordagem cognitivo comportamental consiste em cinco procedimentos: perguntar, avaliar, aconselhar, preparar e acompanhar.

- Perguntar: é muito importante saber o grau de dependência no início da abordagem do tabagista. Para isso, deve-se fazer as seguintes perguntas: há quanto tempo fuma? Quantos cigarros ao dia? Quanto tempo, após acordar, fuma o primeiro cigarro? Está interessado em parar de fumar? Houve tentativas anteriores?
- Avaliar: Pelas respostas obtidas o médico faz a avaliação do grau de dependência do usuário tabagista. “Se o paciente fuma mais de 20 cigarros por dia, ou acende seu primeiro cigarro até 30 minutos após acordar, conclui-se que há dependência elevada” (ARAÚJO *et al.*, 2004, p. 32).
- Aconselhar: todos os tabagistas devem ser encorajados a parar de fumar, alertando enfaticamente que tal fato deve ocorrer o mais brevemente possível. Há de se alertar ainda que provavelmente haverá períodos de abstinência e fissura, orientando o paciente de seu tempo de duração, e munindo-o de ferramentas para que ele mesmo possa superar esses obstáculos. É importante que o tabagista entenda os motivos que o levam a fumar, para que se possa traçar um plano de ação no qual ele irá aprender a substituir ou lidar com estes momentos sem fumar.
- Preparar: esta é a etapa da elaboração e realização do plano de ação propriamente dito. Devem-se evitar, nesta etapa, aqueles fatores ou situações que levam o indivíduo a fumar, como por exemplo, beber café, ingerir bebidas alcoólicas, estar em companhias que também fumam, etc. Trabalhar com o paciente a habilidade de lidar com momentos de estresse e ansiedade

também se mostra importante nesta etapa, sendo estes momentos os principais gatilhos para recaídas. Fundamental aconselhar o paciente a adotar outros hábitos de vida saudáveis, como atividades físicas e alimentação equilibrada.

- Acompanhar: deve-se acompanhar todos os pacientes em processo de cessação do tabagismo, discutindo dificuldades e progressos vivenciados. “O retorno deve ser marcado na primeira, segunda e quarta semanas de parada, pois nessa fase os sintomas de abstinência são mais intensos, e a taxa de insucesso é maior” (ARAÚJO *et al.*, 2004, p. 34). Após isso, estipular consultas mensais, até completarem-se três meses sem fumar, sempre incentivando o paciente a contar e refletir sobre as experiências vivenciadas durante o processo. Os próximos retornos deverão, subsequentemente, acontecer após seis meses e um ano de cessação do tabagismo, respectivamente. O ex-fumante deve sempre ficar atento a situações que possam fazer com que ele volte a fumar.
- Recaída: caso aconteça, o profissional de saúde deve manter a postura de compreensão, mantendo o vínculo de apoio e confiança com o indivíduo. Deve-se estimular o paciente a tentar novamente, avaliando as causas de insucesso da tentativa anterior.

“Quando a abordagem cognitivo-comportamental é insuficiente, ou mesmo naqueles casos em que há uma elevada dependência de nicotina, o tratamento medicamentoso deve ser instaurado” (ARAÚJO *et al.*, 2004, p. 36).

Os medicamentos são classificados em dois grupos: os nicotínicos (Terapia de Reposição Nicotínica – TRN) e não nicotínicos (antidepressivos). Os fármacos considerados de primeira linha são os TRN e a bupropiona.

O uso de medicamentos está indicado para facilitar a abordagem cognitiva comportamental, sempre com avaliação clínica, sempre que presente pelo menos um dos seguintes critérios (ARAÚJO *et al.*, 2004, p. 36):

1. Fumantes de 10 ou mais cigarros ao dia
2. Sintomas expressivos de abstinência, mesmo que consumo seja menor
3. Fumar o primeiro cigarro menos de 30 minutos após acordar
4. Insucesso com metodologia comportamental

5. Levar em conta o desejo do paciente em usar a medicação, desde que não haja contraindicação (melhoria da adesão do paciente)

Os fármacos nicotínicos ajudam a reduzir a fissura por cigarros, e a diminuir os sintomas de abstinência, aumentando a chance de abandonar o tabaco. A reposição de nicotina pode ser feita em forma de adesivo, goma de mascar, spray nasal, inalação e pastilhas, sendo que no Brasil dispomos somente da goma de mascar ou adesivos.

Os fármacos não nicotínicos, mais especificamente a bupropiona, são utilizados como adjuvante no tratamento farmacológico da dependência de nicotina, no entanto ainda não se sabe o seu verdadeiro mecanismo de ação, apesar dos diversos estudos existentes.

6 PROPOSTA DE INTERVENÇÃO

Esse projeto tem por finalidade intervir com os pacientes tabagistas da área de abrangência da equipe de saúde Sette de Barros II para diminuir ou cessar o uso do tabaco e servirá como ferramenta indispensável para o trabalho da equipe.

Todo projeto tem um método de planejamento que é constituído de etapas com uma sequência lógica e cronológica de ações ou atividades a serem desenvolvidas para que não prejudique o resultado final. Para cada problema diagnosticado em um território deve ser selecionado apenas um projeto de intervenção, pois é necessário avaliar a viabilidade do mesmo, porque a equipe não tem capacidade financeira e nem possui recursos humanos para implantar mais de um projeto ao mesmo tempo (CARDOSO *et al.*, 2008).

6.1 Definição dos problemas

Conforme dito anteriormente, durante as reuniões foram destacados alguns dos principais problemas pelos quais a comunidade passa, como alta prevalência de tabagismo, epidemia de dengue, presença na comunidade de lotes vagos com acúmulo de lixo, grande acometimento da população por verminose, dislipidemia/doenças cardiovasculares e outras. A comunidade sofre pela alta rotatividade de profissionais médicos na unidade.

Há ainda, destacado pela equipe, o não cumprimento da meta mensal de coleta de exame histopatológico de colo de útero, devido à adesão insuficiente das mulheres do território.

6.2 Priorização dos problemas

Realizamos a priorização dos problemas que serão enfrentados, utilizando os critérios para seleção: importância do problema, sua urgência, a própria capacidade para enfrentá-lo, a viabilidade e os recursos, distribuindo pontos conforme sua urgência; definindo se a solução do problema está dentro, fora ou parcialmente dentro da capacidade de enfrentamento da equipe responsável pelo mesmo (CAMPOS; FARIA; SANTOS, 2010).

Assim sendo os problemas identificados foram priorizados.

Quadro 1 – Principais problemas detectados na comunidade do bairro Triângulo Novo, Ponte Nova – Minas Gerais.

Comunidade Triângulo - Ponte Nova – MG – Priorização dos problemas				
Principais problemas	Importância	Urgência	Capacidade de enfrentamento	Seleção
Alta prevalência tabagismo	Alta	9	Parcial	1
Dislipidemia/doenças cardiovasculares	Alta	8,5	Parcial	2
Alta incidência de dengue	Alta	8	Parcial	3
Não-alcance da meta de coleta de Papanicolau	Alta	7	Total	4
Verminose	Alta	7	Parcial	5
Lotes vagos com lixo acumulado	Alta	6	Parcial - baixa	6
Grande número de consultas por condições agudas	Alta	6	Parcial	7
Falta de contra referência	Alta	5	Parcial - baixa	8
Alta rotatividade de médicos	Alta	5	Parcial - baixa	9

Fonte: autoria própria

Dentre os problemas levantados encontramos alguns onde o poder de resolutividade e governabilidade é baixa, ou seja, a equipe não tem condições por si só de resolvê-los, envolvendo outras instâncias públicas.

6.3 Descrição do problema

O tabagismo é um grave problema de saúde pública, e conta com alta prevalência no Brasil. Segundo dados da Pesquisa Nacional de Saúde, realizada em 2013 pelo

Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE) em parceria com Ministério da Saúde (MS), a prevalência de fumantes atuais de cigarro, no Brasil, foi de 14,5%, sendo a prevalência em homens 18,9% e em mulheres, 11,0%. O cigarro industrializado foi o produto do tabaco mais utilizado.

Apesar de há muitos anos o tabagismo vem sendo combatido, ainda hoje ele persiste como uma das principais causas de mortes preveníveis no mundo. Segundo dados do INCA, em 2004, o tabagismo matava cerca de 5 milhões de pessoas por ano, o que corresponde a cerca de seis mortes a cada segundo. No Brasil, cerca de 200 mil mortes por ano podem ser creditadas ao uso do cigarro.

Na comunidade do Bairro Triângulo Novo, através de observação direta, discussão com a equipe de saúde e entrevista com informantes chave foi concluído que o tabagismo possui uma alta prevalência entre os usuários. A estimativa é que, no território de atuação da ESF haja em média 152 tabagistas atualmente.

6.4 Explicação do Problema

Figura 1- Árvore explicativa do problema “alta prevalência de tabagismo”.



Fonte: autoria própria

6.5 Seleção dos nós críticos

Campos, Faria e Santos (2010) descrevem os “nós críticos” como aquelas causas principais e importantes que dão origem ao problema e que merecem ser enfrentadas para solucioná-lo. O nó crítico está dentro do espaço de governabilidade da equipe, “ou, então, o seu enfrentamento tem possibilidades de ser viabilizado pelo ator que está planejando”.

Em se tratando do tabagismo, possui diversos determinantes. Muitos deles não estão dentro da governabilidade da equipe de saúde, como falta de políticas públicas que contribuam para a cessação do seu uso, a aceitação social do ato de fumar, a baixa divulgação e pouco incentivo à implantação do Programa Nacional de Controle do Tabagismo na rede de saúde.

No entanto, outros “nós críticos” estão dentro da capacidade de enfrentamento da ESF, como:

- Baixo nível de conhecimento sobre os danos causados pelo tabagismo. Neste caso, devem ser realizadas capacitação e educação em saúde para os profissionais da unidade e para a população, respectivamente.
- Permanência do vício. Muitos tabagistas não realizam tentativas de cessação do tabagismo por falta de quem o estimule, e essa ação é primordial na Atenção Básica.
- Baixo apoio aos tabagistas ofertado pela equipe. É importante salientar que a equipe de saúde deve acompanhar todo o processo de tratamento do tabagista, mostrando ao indivíduo que ele é o principal agente transformador de seu processo de saúde. É importante também apoiar os pacientes caso haja recaídas.

6.6 Desenho das operações

A proposta para resolução dos nós críticos é composta de operações estruturadas para enfrentar as causas mais importantes do problema selecionado. Estas operações são específicas para cada nó crítico e vêm acompanhadas dos

resultados esperados, dos produtos e dos recursos necessários para sua operacionalização (CAMPOS; FARIA; SANTOS, 2010).

As operações sobre cada um dos “nós críticos” relacionados ao problema de alta prevalência de tabagismo e falta de ações de conscientização na população sob responsabilidade da Equipe de Saúde da Família Sette de Barros II, no município Ponte Nova, estado de Minas Gerais, estão descritos no quadro a seguir.

Quadro 2 – Operações sobre os “nós críticos” relacionados a alta prevalência de tabagismo e falta de ações de conscientização na área de abrangência da Equipe de Saúde da Família Sette de Barros II, em Ponte Nova, Minas Gerais.

Nó crítico	Operação/projeto	Resultados esperados	Produtos	Recursos
Baixo nível de conhecimento sobre consequências do uso do tabaco	Conhecer para agir -Difundir para a comunidade informações sobre as consequências do tabagismo. -Capacitar a equipe para abordar o paciente tabagista	Criação da cultura do autocuidado a partir do compartilhamento de informações sobre o tabagismo, implicando em deixar o vício, ou não iniciá-lo Capacitação da equipe	Redução do percentual de fumantes na área de abrangência do PSF Sette de Barros. Avaliação do nível de informação da população exposta ao risco Equipe capacitada	Cognitivos: (informação sobre o tema e sobre estratégias pedagógicas) Organizacional: (agenda de eventos, mobilização da equipe) Políticos: (capacitação da equipe, articulação intersetorial com a educação) Financeiros: (confecção de material informativo; cartazes, panfletos, cartilhas)
Permanência do vício	Pulmão limpo, vida saudável - Auxiliar o fumante a deixar o vício	-Captação e auxiliar indivíduos dispostos a deixar o vício	Redução da dependência do cigarro entre usuários	Cognitivos: (estratégias de comunicação) Financeiros: (disponibilização de

			cadastrados. Aumento da frequência dos tabagistas em grupos de apoio.	medicamentos na farmácia do município)
Baixo apoio aos tabagistas	<p>Vencendo obstáculos</p> <ul style="list-style-type: none"> - Auxiliar o tabagista no enfrentamento das dificuldades durante a abstenção - Conhecer as dificuldades sofridas e recursos que auxiliem o processo de abstenção. <p>Oferecer novas alternativas para o paciente deixar de fumar.</p>	Elucidação das principais dúvidas e conhecer as principais dificuldades a serem enfrentadas	<p>Redução número de desistências do programa.</p> <p>Aumento autoconfiança</p>	<p>Cognitivo: (saber orientar e abordar)</p> <p>Organizacional: (promover a intersectorialidade e multidisciplinaridade)</p>

Fonte: autoria própria

6.7 Identificação dos recursos críticos

A equipe deve ter clareza de quais recursos críticos irá utilizar para operacionalizar os projetos, e criar estratégias para que se possa viabilizá-los. Os recursos críticos são aqueles indispensáveis para a execução de uma operação e que não estão disponíveis (CAMPOS; FARIA; SANTOS, 2010).

Quadro 3 – Recursos Críticos para o desenvolvimento das operações definidas para o enfrentamento dos “nós críticos” do problema

Operação	Recursos necessários
<i>Conhecer para agir</i>	Cognitivos: conhecimento sobre tema Financeiros: aquisição de material de divulgação/ educação em saúde (panfletos, cartilhas)
<i>Pulmão limpo, vida saudável</i>	Financeiros: disponibilização de medicamentos na farmácia do município
<i>Vencendo obstáculos</i>	Organizacional: promover intersetorialidade/multidisciplinaridade no cuidado

Fonte: Autoria própria (2016)

6.8 Análise de viabilidade do plano

Quadro 4 – análise da viabilidade do plano operativo

Operação	Recursos necessários	Ator que controla	Motivação	Ações estratégicas
<i>Conhecer para agir</i>	Cognitivos (informação sobre o tema) Organizacionais (organização da agenda) Financeiros (financiamento de material educativo)	Médico Enfermeiro ACS	Favoráveis	-----
<i>Pulmão limpo, vida saudável</i>	Cognitivos (estratégias de comunicação) Financeiros (disponibilização de	Médico, enfermeiro e ACS Secretaria de	Favoráveis	-----

	medicamentos)	Saúde	Indiferente	Apresentar o projeto
Vencendo obstáculos	Cognitivo (saber orientar e abordar)	Médico, enfermeiro, ACS	Favoráveis	-----
	Organizacionais (intersectorialidade e multidisciplinaridade)	Equipe + NASF (psicólogo, farmacêutico, etc)	Favoráveis	-----

Fonte: autoria própria

A ideia de construir ou criar viabilidade para o plano sustenta-se em possibilidades trabalhadas pelo PES, que colocam como sendo, até certo ponto, possível transformar as motivações dos atores. Isto pode ser conseguido por meio de ações estratégicas que buscam mobilizar, convencer, cooptar ou mesmo pressionar certos atores para que mudem sua posição.

A equipe identificou os atores que controlavam os recursos críticos e sua motivação em relação a cada operação, propondo em cada caso ações estratégicas para motivar os atores identificados, como sintetizado no Quadro 5.

Quadro 5 – Propostas de ações para a motivação dos atores envolvidos

Operação	Recursos críticos	Ator que controla	Motivação	Ação estratégica
Conhecer para agir	Cognitivos: conhecimento sobre tema Financeiros: aquisição de material de divulgação/ educação em saúde (panfletos, cartilhas)	Médico Enfermeiro ACS	Favoráveis	Não é necessária
Pulmão limpo, vida	Financeiros: disponibilização de medicamentos na farmácia do município	Secretaria de Saúde	Indiferente	Apresentar o projeto

saudável				
Vencendo o obstáculo	Organizacional: promover intersetorialidade/multidisciplinaridade e no cuidado	Equipe + NASF (psicólogo, farmacêutico, etc)	Favoráveis	Apresentar o projeto

Fonte: autoria própria

6.9 Elaboração do plano operativo

A equipe, em reunião com todas as pessoas envolvidas no planejamento, definiu por consenso a divisão de responsabilidades por operação e os prazos para a realização de cada produto, conforme o Quadro 6.

Quadro 6 – Plano operativo

Operação	Responsável	Prazo
Conhecer para agir	Médica, enfermeira e ACS	4 meses
Pulmão limpo, vida saudável	Médica, enfermeira e ACS	4 meses
Vencendo obstáculos	Médica, enfermeira	4 meses

6.10 Avaliação e acompanhamento do plano

É preciso desenvolver e estruturar um sistema de gestão que dê conta de coordenar e acompanhar a execução das operações, indicando as correções necessárias. Esse sistema de gestão deve também garantir a eficiente utilização dos recursos, promovendo a comunicação entre os planejadores e executores. “O sucesso de um plano, ou pelo menos a possibilidade de que ele seja efetivamente implementado, depende de como será feita sua gestão” (CAMPOS; FARIA; SANTOS 2010, p.19).

O quadro a seguir sintetiza a situação do plano de ação da equipe.

Quadro 7 – Acompanhamento do projeto

Operação	Responsáveis	Duração	Situação	Novo prazo
Conhecer para agir	Lidiane, Nilceia e todas as ACS	4 meses	Em andamento	-----
Pulmão limpo, vida saudável	Lidiane, Nilceia e todas as ACS	4 meses	Em andamento	-----
Vencendo obstáculos	Lidiane e Nilceia	4 meses	Em andamento	-----

7 CONSIDERAÇÕES FINAIS

O tabagismo, sendo um grave problema de saúde pública e causa de grande número de doenças e mortes preveníveis, deve ser objeto de preocupação dos profissionais de saúde, principalmente aqueles da Atenção Básica.

É importante realizar uma conscientização dos profissionais de saúde e da população como um todo da importância de discutir esse assunto e dos inúmeros danos que o cigarro pode causar na situação de saúde de um indivíduo.

Em relação ao tabagista, muitas vezes uma abordagem breve já pode ser o incentivo ao abandono do tabaco, segundo muitos estudos mostraram. Em relação aos profissionais de saúde, deve-se enfatizar a importância de considerar, para garantir maiores taxas de sucesso, que o tratamento deve ser único e individualizado, levando em consideração o contexto social, econômico e afetivo do indivíduo.

REFERÊNCIAS

ARAUJO, A. J. *et al.* Diretrizes para Cessação do Tabagismo. **Jornal Brasileiro de Pneumologia**. São Paulo, v. 30, supl. 2, p. S1-S76, 2004. Disponível em http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1806-37132004000800002. Acesso em 23 ago. 2016.

BRASIL. IBGE. **Cidades: Informações completas**. 2010. Disponível em: <<http://www.cidades.ibge.gov.br/xtras/perfil.php?lang=&codmun=314700>>.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde. **A implantação da Unidade de Saúde da Família: caderno 1**. Brasília (DF): Departamento de Atenção Básica; 2000.

BRASIL. Ministério da Saúde. Instituto Nacional de Câncer **Plano Nacional de Combate ao Tabagismo**, 2015.

BRASIL. Ministério da Saúde. Instituto Nacional de Câncer, Coordenação de Prevenção e Vigilância. **Consenso sobre Abordagem e Tratamento do Fumante**, BRASIL. Rio de Janeiro, 2001.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Saúde da Família: uma estratégia para a reorganização do modelo assistencial**. Brasília: Ministério da Saúde, 1997.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria Nacional de Assistência à Saúde. Instituto Nacional de Câncer. **Atualidades em Tabagismo e Prevenção do Câncer**. Rio de Janeiro: MS/INCA, v. 9, jan./jun. 2000.

BRASIL. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. **Pesquisa Nacional de Saúde 2013** [Internet]. Rio de Janeiro: IBGE; 2013. Disponível em: <http://www.ibge.gov.br/home/estatistica/populacao/pns/2013/>. Acesso em: 14 set. 2016.

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

CARDOSO, F.C.; FARIA, H. P.; SANTOS, M. A. **Organização do Processo de Trabalho na Atenção Básica à Saúde**. Belo Horizonte: NESCON/UFMG, 2008.

CARVALHO, J, T. O tabagismo visto sob vários aspectos. **Boletim de Pneumologia Sanitária**, v.8, n.1, p. 69, Rio de Janeiro, jun. 2000.

CASTRO, M. R. P.; MATSUO, T.; NUNES, S. O. V. Características clínicas e qualidade de vida de fumantes em um centro de referência de abordagem e tratamento do tabagismo. **J. bras. pneumol.** v.36, n.1, p. 19, São Paulo Jan./Fev. 2010.

CORRÊA, E, J.; VASCONCELOS, M.; SOUZA, M. S. L. **Iniciação à metodologia: textos científicos**. Belo Horizonte: Nescon/UFMG, 2013. Disponível em: <<https://www.nescon.medicina.ufmg.br/biblioteca/registro/Modulo/3>>. Acesso em: 15 jun. 2016.

FRANCISCHINI, M. N. B.; **Combate ao tabagismo: a experiência de grupos de aconselhamento em uma Equipe de Saúde da Família**. Universidade Federal de Minas Gerais. Faculdade de Medicina. Núcleo de Educação em Saúde Coletiva. Corinto, 2013. 43f. Monografia (Especialização em Atenção Básica em Saúde da Família).

NUNES, S, O. V. *et al.* Avaliação das características clínicas dos fumantes que buscaram tratamento em um Centro de Referência do Sistema Único de Saúde (SUS). **Biosaúde**, v. 8, n. 1, p. 3-24, 2006.

NUNES, S, O, V.; CASTRO, M. R. P. **Tabagismo: Abordagem, prevenção e tratamento**. Londrina: EDUEL, 2011. Disponível em <http://static.scielo.org/scielobooks/sj9xk/pdf/nunes-9788572166751.pdf>. Acesso em 16 jun. 2016.

NUNES, S. O. V. *et al.* Abordagem breve. In NUNES. S. O. V; CASTRO. M. R. P. **Tabagismo: Abordagem, prevenção e tratamento** [online]. Londrina: EDUEL, 2011. p. 83-93. Disponível em <http://books.scielo.org/id/sj9xk/pdf/nunes-9788572166751-05.pdf>. Acesso em 16 jun. 2016.

OLIVEIRA, M. A. C; SILVA, T. M. R. Avaliação de necessidades em saúde: um requisito para qualificar a atenção à saúde. **Revista Brasileira de Enfermagem**, v. 65, n. 2, p. 203, 2012. Disponível em <<http://www.scielo.br/pdf/reben/v65n2/v65n2a01.pdf>>. Acesso em 16 jun. 2016.

PRESMAN, S; CARNEIRO, E; GIGLIOTTI, A. Tratamentos não-farmacológicos para o tabagismo. **Rev. Psiq. Clín.** v. 32, n. 5, p. 267-275, 2005

WORLD HEALTH ORGANIZATION. Report on the Global Tobacco Epidemic 2008. **The MPowerPackage**, Geneve, WHO, 2008.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. The World Health Report. **Reducing Risks, Promoting Healthy Life**. GENEVA, 2002.