

**UNIVERSIDADE FEDERAL DE MINAS GERAIS  
FACULDADE DE MEDICINA. NÚCLEO DE EDUCAÇÃO EM SAÚDE COLETIVA.  
CURSO DE ESPECIALIZAÇÃO GESTÃO DO CUIDADO EM SAÚDE DA FAMÍLIA**

**Roni Arley Silva Duque**

**UMA INICIATIVA DE INTERVENÇÃO PARA O CONTROLE DO TABAGISMO NA  
COMUNIDADE DO BAIRRO VITÓRIA DO MUNICÍPIO DE GOVERNADOR  
VALADARES – MINAS GERAIS**

**Governador Valadares - Minas Gerais**

**2020**

**Roni Arley Silva Duque**

**UMA INICIATIVA DE INTERVENÇÃO PARA O CONTROLE DO TABAGISMO NA  
COMUNIDADE DO BAIRRO VITÓRIA DO MUNICÍPIO DE GOVERNADOR  
VALADARES – 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. Profa. Dra. Maria Rizoneide  
Negreiros de Araújo

**Governador Valadares - Minas Gerais**

**2020**

**Roni Arley Silva Duque**

**UMA INICIATIVA DE INTERVENÇÃO PARA O CONTROLE DO TABAGISMO NA  
COMUNIDADE DO BAIRRO VITÓRIA DO MUNICÍPIO DE GOVERNADOR  
VALADARES – 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. Profa. Dra. Maria Rizioneide Negreiros de Araújo

Banca examinadora

Profa. Dra. Maria Rizioneide Negreiros de Araújo – orientadora (UFMG)

Profa. Maria Dolôres Soares Madureira - UFMG

Aprovado em Belo Horizonte, em:25/04/2020

## RESUMO

O Tabagismo é, hoje, a principal causa global de morbimortalidade prevenível no Brasil, ultrapassando o uso excessivo de bebidas alcoólicas, dietas inadequadas e sedentarismo. Ele atinge todas as idades, sexo e classes sociais brasileiras, tornando-se um importante problema de saúde pública no Brasil e no Mundo. É a partir dele que uma das principais doenças crônicas do mundo, a Doença Pulmonar Obstrutiva Crônica, apresenta-se, atualmente, como a quarta causa mortalidade no mundo e arrastam, em seu conjunto, as doenças cardiovasculares, as pulmonares e sistêmicas em geral. Este trabalho tem como objetivo elaborar um plano de intervenção para tentar reduzir o número de pessoas tabagistas da população adscrita a unidade básica de saúde Vitória. Para subsidiar a realização do plano de intervenção foi realizada uma pesquisa bibliográfica na Biblioteca Virtual em Saúde com a finalidade de levantar as evidências existentes sobre o tema. O plano de ação foi elaborado seguindo os passos do planejamento estratégico situacional. Espera-se com as ações propostas no plano de intervenção alcançar êxito com a redução do tabagismo na população adscrita a Estratégia de Saúde da Família Vitória de Governador Valadares em Minas Gerais.

Palavras-chave: Tabagismo. Atenção Primária à saúde. Doença Pulmonar Obstrutiva Crônica.

## **ABSTRACT**

Smoking is, today, the main global cause of preventable morbidity and mortality in Brazil, overcoming the excessive use of alcoholic beverages, inadequate diets and physical inactivity. It affects all ages, sex and social classes in Brazil, becoming an important public health problem in Brazil and in the world. It is from this that one of the main chronic diseases in the world, Chronic Obstructive Pulmonary Disease, currently presents itself as the fourth leading cause of mortality in the world and, together, carry cardiovascular, pulmonary and systemic diseases in general. This work aims to develop an intervention plan to try to reduce the number of smokers in the population enrolled in the basic health unit Vitória. To support the realization of the intervention plan, a bibliographic search was carried out at the Virtual Health Library in order to raise the existing evidence on the topic. The action plan was prepared following the steps of strategic situational planning. It is hoped that with the actions proposed in the intervention plan to achieve success with the reduction of smoking in the population subscribed to the Family Health Strategy Vitória de Governador Valadares in Minas Gerais.

**Keywords:** Smoking. Primary health care. Chronic obstructive pulmonary disease

## LISTA DE SIGLAS

ACS	Agente Comunitário de Saúde
APS	Atenção Primária à Saúde
CAPS	Centro de Atenção Psicossocial
DCNT	Doenças Crônicas Não Transmissíveis
DPOC	Doença Pulmonar Obstrutiva Crônica
eSF	Estratégia Saúde da Família
IBGE	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
MS	Ministério da Saúde
NASF	Núcleo de Apoio à Saúde da Família
SUS	Sistema Único de Saúde
UBS	Unidade Básica de Saúde
UPA	Unidade de Pronto Atendimento

## LISTA DE ILUSTRAÇÕES

Quadro 1 – Rotina de trabalho da Estratégia de Saúde Vitória do ponto de vista médico.....	13
Quadro 2 – Classificação de prioridade para os problemas identificados no diagnóstico da comunidade adscrita à equipe de Saúde Vitória, Unidade Básica de Saúde Vitória e Novo Horizonte, município de Governador Valadares, estado de Minas Gerais, Brasil.....	16
Quadro 3 – Operações relacionada ao nó crítico 1 relacionado ao problema “Tabagismo na comunidade Vitória e adjacências”, na população sob responsabilidade da Equipe de Saúde da Família Vitória, do município Governador Valadares, estado de Minas Gerais.....	30
Quadro 4 – Operações relacionada ao “nó crítico 2” relacionado ao problema “tabagismo na comunidade Vitória e adjacências”, na população sob responsabilidade da Equipe de Saúde da Família Vitória, do município Governador Valadares, estado de Minas Gerais.....	32

## SUMÁRIO

<b>1 INTRODUÇÃO</b>	9
1.1 Aspectos gerais do município	9
1.2 Aspectos da comunidade	9
1.3 O sistema municipal de saúde	10
1.4 A Unidade Básica de Saúde Vitória e Novo Horizonte	11
1.5 A Equipe de Saúde da Família Vitória, da Unidade Básica de Saúde Vitória e Novo Horizonte	12
1.6 O funcionamento da Unidade de Saúde da Equipe Vitória e Novo Horizonte	12
1.7 O dia a dia da equipe ESF Vitória	13
1.8 Estimativa rápida: problemas de saúde do território e da comunidade (primeiro passo)	14
1.9 Priorização dos problemas – a seleção do problema para plano de intervenção (segundo passo)	15
<b>2 JUSTIFICATIVA</b>	17
<b>3 OBJETIVOS</b>	18
3.1 Objetivo geral	19
3.2 Objetivos específicos	19
<b>4 METODOLOGIA</b>	19
<b>5 REVISÃO BIBLIOGRÁFICA</b>	20
5.1 Atenção Primária à Saúde	20
5.2 Tabagismo	21
5.3 Doença Pulmonar Obstrutiva Crônica	24
<b>6 PLANO DE INTERVENÇÃO</b>	26
6.1 Descrição do problema selecionado (terceiro passo)	26
6.2 Explicação do problema (quarto passo)	27
6.3 Seleção dos nós críticos (quinto passo)	28
6.4 Desenho das operações (sexto passo)	28
<b>7 CONSIDERAÇÕES FINAIS</b>	33
<b>REFERÊNCIAS</b>	34



## INTRODUÇÃO

### 1.1 Aspectos gerais do município

Governador Valadares é o nono município mais populoso de Minas Gerais, somando 279.885 habitantes. Está situado na região Leste de Minas Gerais no Vale do Rio Doce a cerca de 320 quilômetros da capital mineira (Belo Horizonte) (IBGE, 2019)

O município é considerado um relevante polo educacional em Minas Gerais, disponibilizando campi de diversas instituições de ensino superior, a exemplo dos Campus da Faculdade Pitágoras, da Universidade Federal de Juiz de Fora (UFJF) e do Instituto Federal de Minas Gerais (IFMG), além do complexo da Universidade Vale do Rio Doce (UNIVALE), que é um dos maiores do Vale do Rio Doce.

### 1.2 Aspectos da comunidade

Os bairros Vitória, Tiradentes, Castanheiras e Penha formam uma comunidade de cerca de 11.000 habitantes, localizada na periferia de Governador Valadares, que se formou, principalmente, por meio da inauguração do programa do Governo Federal Minha Casa Minha Vida, há cerca de cinco anos. Hoje, a população empregada vive basicamente do comércio, bolsa família e produção própria de alimentos e prestação de serviços. É uma comunidade muito carente de educação, cultura e referências morais e culturais. Muitos não têm recursos sequer para arcar com as despesas de deslocamento caso necessitem de realizar exames no centro da cidade. Nesta comunidade, trabalham duas equipes Estratégias de Saúde da Família – Vitória e Novo Horizonte. Esta última é a que atuo como médico vinculado ao Programa Mais Médico para o Brasil (PMMB) atendendo a uma demanda de cerca de 6.000 habitantes, que ainda estão se deslocando para os bairros supracitados de outros cantos da cidade.

### 1.3 O Sistema Municipal De Saúde

O Sistema de Municipal de Saúde do município de Governador Valadares é estruturado em formato de redes de atenção à saúde, com instituições e serviços voltados para o modelo de condições crônicas e condições agudas conforme a necessidade. Apesar disso, nem sempre se observa uma coerência entre o modelo proposto e a prática do serviço em análise visto que, a cultura da população no modelo de condições agudas prevalece, em muito, sobre a real prioridade do serviço e sua necessidade de sê-lo.

Dessa forma, elencamos abaixo a rede de serviços de saúde disponível no município:

**Atenção primária:** Estratégia de Saúde da Família, UBS e UPA.

**Atenção Especializada:** Policlínica Central, Centro Estadual de Atendimento Especialidade, Centro de Apoio ao Deficiente Físico, Centros de Atenção Psicossociais (CAPS - I, II e III) e clínicas conveniadas pelo SUS.

**Atenção de Urgência e Emergência:** Hospital Municipal de Governador Valadares

**Atenção Hospitalar:** Hospital Beneficência Bom Samaritano (Conveniado pelo SUS) e demais hospitais com convênios particulares.

**Apoio Diagnóstico:** Policlínica Central, Clínicas e laboratórios conveniados pelo SUS.

**Assistência Farmacêutica:** Policlínica Central e Farmácias Distritais.

**Vigilância da Saúde:** Vigilância Epidemiológica e em Saúde.

**Relação com outros municípios:** Governador Valadares é a principal referência para municípios vizinhos de menor porte, absorvendo a maior parte da demanda por meio do estabelecimento de consórcios.

**Consórcio de saúde:** Contratos Organizativos de Ação-Pública estabelecidos entre os municípios da Macrorregião Leste, compondo cerca de 1.4 milhões de habitantes.

#### 1.4 A Unidade Básica de Saúde Vitória e Novo Horizonte

A Unidade Básica de Saúde da Equipe de Vitória e Novo Horizonte foi inaugurada há cerca de sete anos e está situada atrás de uma escola municipal, quase próximo da BR-381. É uma casa construída e adaptada para ser uma Unidade Básica de Saúde. A casa é antiga, porém bem conservada. A área física é inadequada considerando a demanda e a população atendida (6.000 pessoas), bem como condições inadequadas de trabalho; quando ocorrem períodos torrenciais, circunstância em que se limita o número de atendimento das duas equipes, pois ocorrem alagamentos e verdadeiras cachoeiras na unidade.

A área destinada à recepção é pequena, razão pela qual, nos horários de pico de atendimento (manhã), há certo tumulto na Unidade. Isso dificulta sobremaneira o atendimento e é motivo de insatisfação de usuários e dos profissionais de saúde. Não existe espaço nem cadeiras para todos, e muitos têm que aguardar o atendimento em pé. Existe uma sala de reuniões que fica no 2º Andar e tem como via de acesso uma escada, o que limita a participação de pessoas portadoras de necessidades especiais e idosas.

As reuniões com a comunidade (os grupos operativos, por exemplo) são realizadas no corredor principal (onde fica o espaço de recepção e “sala de espera”). Alguns grupos, como Educação Física e Fisioterapia são realizados na Igreja do Bairro.

A população não valoriza muito a Unidade devido à ambiência da mesma, apesar de ter sofrido uma reforma. A Equipe é preparada para a realização das atividades de sua competência, mas enfrenta limitações de distribuição e uso dos espaços físico de tal forma que, o médico tem que atender no escovódromo para manter os atendimentos.

### 1.5 A Equipe de Saúde da Família Vitória, da Unidade Básica de Saúde Vitória e Novo Horizonte

A Equipe é formada por um Médico, uma enfermeira, uma técnica de enfermagem, um cirurgião dentista, um técnico de saúde bucal e sete agentes comunitárias de saúde.

### 1.6 O funcionamento da Unidade de Saúde da Equipe Saúde da Família Vitória

A Unidade Básica de Saúde funciona das 7:00h às 17h e, para tanto, é necessário o apoio dos agentes comunitários de saúde (ACS), que se revezam durante a semana, segundo uma escala, em atividades relacionadas administrativas, como recepção e arquivo, sempre que o auxiliar de enfermagem ou o enfermeiro não estão presentes na Unidade. Antigamente havia uma discussão sobre esse revezamento, especialmente pela falta de ACS para desempenho das funções. Porém, houve a contratação de dois funcionários para a realização dessas atividades que no momento, estão sendo realizadas pelos ACS.

A população sempre reclama da quantidade de consultas ofertadas diariamente, especialmente na parte da manhã, como sendo insuficientes para atender a população que procura o serviço de saúde. Muitas adaptações já foram feitas e, em várias reuniões de equipe, foram assinaladas que há bairros em crescimento contínuo, sem previsão nem de ampliação da estrutura física da unidade como a inclusão de mais uma equipe para atender esse contingente de pessoas que estão chegando aos bairros devido à expansão de oferta de novas habitações.

O trabalho em equipe de saúde da família (eSF) se processa de forma pontual e sobre demanda, não havendo uma proposta clara de unificação e/ou união de esforços, o que faz com que algumas iniciativas sejam fragmentadas e/ou subaproveitadas. O gerenciamento do trabalho em rede limita-se aos processos de referência e contrarreferência dos procedimentos, atendimentos e exames complementares solicitados pelos profissionais habilitados para tal. O Quadro 1 resume a rotina de atendimento e atividades do ponto de vista médico:

**Quadro 1** - Rotina de trabalho da Estratégia de Saúde Vitória do ponto de vista médico, Governador Valadares, Minas Gerais, 2019.

	<b>SEGUNDA</b>	<b>TERÇA</b>	<b>QUARTA</b>	<b>QUINTA</b>	<b>SEXTA</b>
<b>MANHÃ</b>	Demanda Espontânea	Demanda Espontânea	Demanda Espontânea	Grupo Hiperdia	Educação Permanente
<b>TARDE</b>	Visita Domiciliar/Resultado de exames e Matriciamento	Puericultura	Pré-natal	Grupo de Saúde Emocional	Educação Permanente/ Conselho Local de Saúde

### 1.7 O dia a dia da equipe ESF Vitória

Uma visão breve e geral da construção da agenda permite-nos chegar à conclusão que o modelo de condição de saúde da Unidade não é absolutamente nem agudo, nem crônico, sendo, pois, um misto entre ambos. Entrando na particularidade do perfil do atendimento, a natureza deles na demanda espontânea nem sempre se vale para acompanhamento longitudinal da condição de saúde do indivíduo e, não raro, surgem condições agudas que precisam ser abordadas no momento, tais como infecções agudas, acidentes peçonhentos e traumas leves. Nesses casos, não é seguido um protocolo de risco definido como o de Manchester, mas meramente intuitivo. Desenvolvemos na demanda espontânea uma forma de “Acesso Avançado modificado”, no qual todos os usuários passam por uma triagem breve para melhor conduta a fim de promover o atendimento das condições que necessitam de prioridade ao médico; enfermeiro e/ou técnico de enfermagem fazem essa triagem reduzindo filas e atendimentos desnecessários. Há um dia voltado para cuidado de condições agudas, são os atendimentos para resultados de exames alterados, que necessitam de abordagem mais ágil e objetiva. Os demais dias de atendimento são voltados para o cuidado de condições crônicas, como puericultura, pré-natal, doenças crônicas não transmissíveis (Hipertensão e Diabetes) e Saúde Emocional e Mental, nos quais a abordagem é realizada de forma multidisciplinar a fim de minimizar consequências de uma condição crônica não acompanhada.

As decisões clínicas baseiam-se em diretrizes clínicas do Ministério da Saúde ou protocolos locais. Não há ações específicas aos Níveis 1 ou 2 do cuidado de

doenças crônicas, uma vez que a população alvo dessas intervenções sempre está com uma condição de saúde estabelecida e as intervenções se destinam a esses grupos. Uma visão de prevenção e promoção de saúde global ainda não é o foco da equipe, especialmente devido a grande pressão assistencial da comunidade, em que estão cadastrados mais de mil usuários e ainda em processo de cadastramento das famílias do território da unidade.

Na organização do processo de trabalho, percebe-se que se aborda pouco o desempenho da autonomia, atuação e participação do usuário ao seu processo de saúde. Não há a percepção de que o usuário é também um agente do processo e que, se depender dele, as intervenções podem ou não ser efetivadas. Na unidade perdura um modelo ainda verticalizado de tratamento e condução dos casos, o que torna muitas vezes os objetivos/finalidades frustrantes. A interação com a sociedade se limita ao Conselho Local de Saúde recém-reimplantado com baixa participação dos usuários (apesar dos esforços e garantia de participação paritária seguindo legislação de Lei 8142/90) de forma que a maioria é composta por profissionais assíduos da própria Estratégia de Saúde da Família em que trabalho. A respeito da compreensão do território, os momentos mais próximos são aqueles em que se discutem em reuniões de matriciamento com a equipe do Núcleo de Apoio a Saúde da Família (NASF), onde se debate o contexto socio-comunitário, ambiental e cultural dos pacientes e seus familiares.

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

A realização do diagnóstico situacional da comunidade do Bairro Vitória e adjacências nos permitiu avaliar com a equipe e Conselho Local de Saúde a realidade biopsicossocial da nossa população alvo de intervenção. Debateu-se durante as reuniões de equipe e o Conselho Local de Saúde os dados levantados para análises presentes e futuras.

Como produto dessas discussões, foram elencados os seguintes problemas:

- Infraestrutura inadequada e indigna para trabalho da unidade básica de saúde.

- Instabilidade/alta rotatividade funcionários.
- Nível de instrução cultural da população baixo.
- Alto índice de gravidez na adolescência.
- Alto índice de usuários de drogas lícitas e ilícitas.
- Criminalidade.

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

Diante dos problemas supracitados, reuniu-se novamente com a equipe para fazer a seleção de prioridades, baseado no momento explicativo, ou seja, categorizando os problemas conforme alguns critérios: importância, urgência e capacidade de enfrentamento. Dessa forma, pode-se ter uma ideia mais segura da gravidade dos problemas e nossa capacidade de intervenção nos mesmos.

Após os resultados com os critérios de elegibilidade propostos, chegou-se à conclusão de que os esforços seriam mais bem aproveitados sobre os problemas cujos recursos necessários, sejam humanos ou financeiros, estivessem sobre a governabilidade da equipe, e dentro de um prazo factível para ser cumprido. Assim sendo, os problemas como a infraestrutura e questões sociais de formação social individual e coletiva receberam as notas mais baixas, apesar de sua magnitude e transcendência, serem pontuadas com maior expressão. Os problemas relacionados a má gestão dos recursos de saúde pública também foram menos pontuados pelos mesmos motivos acima.

Dessa forma, o problema eleito foi o alto índice de uso de drogas lícitas e ilícitas pelos usuários do serviço de saúde, porém com enfoque na campanha antitabágica cujos recursos são garantidos pelo Ministério da Saúde e Secretaria Municipal de Saúde de Governador Valadares. Possui interesse não somente da população, como da equipe (ESF e NASF) em minimizar o problema e falta-nos nos capacitar para promover início a uma ação efetiva nessa direção.

**Quadro 2** - Classificação de prioridade para os problemas identificados no diagnóstico da comunidade adscrita à equipe de Saúde Vitória, Unidade Básica de Saúde Vitória e Novo Horizonte, município de Governador Valadares, estado de Minas Gerais.

Problemas	Importância*	Urgência**	Capacidade de enfrentamento***	Seleção/Priorização****
Infraestrutura Inadequada	Alta	7	Fora	6
Instabilidade/Alta Rotatividade Funcionários	Média	3	Fora	4
Nível de instrução cultural a população	Baixa	3	Fora	5
Alto índice de gravidez na adolescência	Média	5	Parcial	2
Alto índice de usuários de drogas lícitas e ilícitas	Alta	5	Total	1
Criminalidade	Alta	7	Fora	3

Fonte: autoria própria (2019)

Legenda:

\*Alta, média ou baixa

\*\* Total dos pontos distribuídos até o máximo de 30

\*\*\*Total, parcial ou fora

\*\*\*\*Ordenar considerando os três itens



## 2 JUSTIFICATIVA

“Os principais fatores de risco preveníveis no desenvolvimento das DCNT são o tabagismo, o consumo excessivo de bebidas alcoólicas, as dietas inadequadas e a inatividade” (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2011 *apud* BRASIL, 2015, p.22).

Dentre desse bojo, o tabagismo se destaca pelo fato de que, além de contribuir isoladamente com doenças cardiovasculares, endócrinas e neoplásicas, contribui diretamente, e mais ativamente, para doenças respiratórias crônicas. Dessa forma, ele se destaca tanto pela ação direta quanto indireta no grupo das doenças crônicas não transmissíveis (BRASIL, 2015).

A prevalência de fumantes com idade maior ou igual a 18 no Brasil, entre os anos de 1989 a 2013 apresentou um padrão de queda de 31,7% a 14,7-11,3%, sugerindo que os resultados das políticas públicas contra o tabagismo naquela época foram eficazes (BRASIL, 1990b; 2014). Um paralelo pode ser realizado na população acima de 15 anos, quando, entre 2002 e 2003, havia uma prevalência de 19% e, em 2008, atingiu 17,2% (BRASIL, 2004; 2011).

Entretanto, apesar da tendência observada, um percentual considerável se apresenta em potencial de interromper o consumo de tabaco, porém não o atinge, provavelmente, devido à falta de apoio dos serviços de saúde do Brasil, fato que preocupa e questiona efetividade das eSF's. Esses dados foram observados em pesquisa realizada em 2013 em todo Brasil, chegando a um percentual de 51,1% de pessoas com idade a partir de 18 anos que afirmam terem tentado parar de fumar nos últimos 12 meses, contra 8,8% que afirmaram terem realmente procurado algum profissional de saúde para esse fim (IBGE, 2014).

Agindo nessa direção, o presente trabalho é pertinente considerando que no território da unidade básica de saúde Vitória há um número expressivo de tabagistas.

### **3 OBJETIVOS**

#### **3.1 Objetivo geral**

Elaborar um plano de intervenção para tentar reduzir o número de pessoas tabagista da população adscrita a unidade básica de saúde Vitória.

#### **3.2 Objetivos específicos**

Estimular a adesão da população tabagista da comunidade ao tratamento e prevenção primária contra o tabagismo;

Capacitar os servidores da unidade básica de saúde Vitória sobre as ações do Programa Nacional de Controle ao Tabagismo.

## 4 METODOLOGIA

O plano de intervenção baseou-se inicialmente, o diagnóstico situacional elaborado em conjunto com a eSF Vitória e NASF, bem como nas reuniões de Conselho Local de Saúde e ainda com os dados referentes ao município constantes no Índice Brasileiro de Geografia e Estatística e fontes de dados da Secretaria Municipal de Saúde.

Para estruturação do referido diagnóstico e desenvolvimento do plano de intervenção, foram utilizados o referencial de Faria, Campos e Santos (2018).

O referencial teórico para o desenvolvimento da intervenção sobre o problema priorizado e seus desdobramentos acerca do Programa Nacional de Controle ao Tabagismo, buscou-se na Biblioteca Virtual em Saúde as evidências sobre o tema, por meio dos seguintes descritores:

Tabagismo.

Atenção Primária à saúde.

Doença Pulmonar Obstrutiva Crônica

Para redação do texto foram aplicadas as normas da Associação Brasileira de Normas Técnicas (ABNT) e as orientações do módulo de Iniciação à metodologia: Trabalho de Conclusão de Curso (CORRÊA; VASCONCELOS; SOUZA, 2017).

## 5 REVISÃO BIBLIOGRÁFICA

### 5.1 Atenção Primária à Saúde

O sistema de saúde brasileiro, embora com inúmeros desafios, a partir da promulgação da nova constituição brasileira em 1988 definiu que a saúde é um direito social inalienável (BRASIL, 1990a).

O PSF (Programa de Saúde da Família) surgiu no Brasil em 1994, veiculando ser uma estratégia para reorientar/reorganizar/reformular o modelo assistencial em saúde, que estava centrado na doença e no médico, não no indivíduo como sujeito de direitos, e nem na equipe de saúde como deveria ser. Este modelo é denominado de modelo médico-hegemônico (BRASIL, 2002 *apud* DALPIAZ; STEDILE, 2011, p. s/d)

O Sistema Único de Saúde (SUS) apoia-se no entendimento de que, para seu funcionamento, é preciso que haja uma rede de atenção à saúde articulada, com fluxos definidos e conexão integral de suas atividades a fim de que, as pessoas não se percam na rede, nem o serviço perca essas pessoas. Esse mesmo fluxo necessita de ser regulado pelos próprios usuários, gestores e sociedade civil organizada, definida por critérios socioeconômicos e epidemiológicos claros. (MENDES, 2011). Porém, segundo Oliveira; Pereira (2013), a lógica dos serviços públicos de saúde do Brasil, apesar dos avanços, ainda se organiza de forma fragmentada e descontínua em decorrência, em muito, da fragilidade de gestão e gerência desse serviço, e da concepção conservadores e/ou tradicional de assistência à saúde dos próprios profissionais que compõe o SUS, o que dificulta a efetivação de políticas públicas e sua continuidade na ponta do serviço. Dentro desse cenário, o Brasil figura-se como uma nação que passa por uma transição demográfica acelerada, em decorrência do envelhecimento da população, da queda de fecundidade e do incremento na expectativa de vida. O percentual de jovens menores de 14 anos, que era de 42% em 1960, atingiu 30% em 2000 e a expectativa para 2050 é que caia para 18%. Por outro lado, a população acima de 65 anos que era 2,7% em 1960 pode atingir 19% até 2050 (BRITO, 2007). Essa informação, do ponto de vista clínico-epidemiológico representa uma mudança no perfil de doenças da população, sobrepujando-se, crescentemente, as condições

crônicas de saúde. Nesse sentido, as doenças crônicas não transmissíveis (DCNT) representam a principal carga de doença no continente, sendo as doenças cardiovasculares, as neoplasias e o diabetes mellitus as mais destacadas (BRASIL, 2015). Para essas mesmas doenças, os principais fatores de risco para o desenvolvimento do DCNT são o tabagismo, o consumo excessivo de bebidas alcoólicas, dietas inadequadas e inatividade física (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2014). Ressalta-se que o tabagismo é, hoje, uma principal causa de morbimortalidade prevenível no Brasil (BRASIL, 2001).

Diante desse cenário, a APS é de grande relevância e privilégio, não somente para a redução do tabagismo, mas como para qualquer outra doença crônica dentro do SUS. Como condições almeçadas, espera-se que a APS seja resolutiva por meio de um cuidado qualificado e abrangente que possa resolver até 80% dos problemas de saúde da comunidade, trabalhando nas vertentes de promoção, prevenção, tratamento, recuperação e reabilitação desses agravos e condições de saúde (BRASIL, 2015).

De acordo com Starfield (2002) *apud* Oliveira; Pereira (2013, p. 159) a atenção primária à saúde

Orienta-se por eixos estruturantes que, na literatura internacional, recebem o nome de atributos essenciais: atenção ao primeiro contato, longitudinalidade, integralidade e coordenação; e atributos derivados: orientação familiar e comunitária e competência cultural.

## 5.2 Tabagismo

O tabaco é consumido há milhares de anos pela humanidade, possuindo significados simbólicos e sociais diferentes ao longo do tempo e das sociedades. Notadamente no mundo ocidental, o uso de tabaco foi recentemente travestido de um significado social e de *status quo* muito importante, especialmente a partir da sua industrialização e uso intensivo da indústria de *marketing*. Apesar desse uso, os agravos relacionados ao tabagismo foram crescendo de tal forma que hoje ele se destaca como a principal causa global de morbimortalidade prevenível,

ultrapassando o uso excessivo de bebidas alcoólicas, dietas inadequadas e sedentarismo (BRASIL, 2015).

Os riscos dessa prática atingem desde a adolescência à população idosa, podendo contribuir para acelerá-la o processo de envelhecimento, comprometendo não somente a expectativa de vida, como a sua qualidade. Além disso, segundo Goulart *et al.* (2010), fumantes de 50 anos e mais são propícios a adquirirem dependência a nicotina, utilizar mais cigarros por dia, mais comorbidades e doenças relacionados ao uso do fumo e mais dificuldade em parar de fumar. Esse comportamento é analogamente preocupante na população gestante, pois o tabaco é responsável por aproximadamente 20% das crianças nascidas com baixo peso ao nascer, 8% dos partos prematuros e 5% do total das mortes perinatais (LEOPERCIO; GIGLIOTTI, 2004).

Em 1986, o Ministério da Saúde lançou o Programa Nacional de Controle ao Tabagismo (PNCT) com o objetivo eliminar a prática do tabagismo seja evitando o aumento do número de novos fumantes ou promovendo o abandono dessa prática. Apesar dos esforços hercúleos, vem se observando sinais de retomada desses números a despeito dos crescentes esforços desde início do PNCT, especialmente nas capitais brasileiras mais industrializadas. A retomada do vício vem ocorrendo em ambos os sexos, sendo mais comum em homens, alertando a ênfase que deve ser dada nessas localidades onde o acesso ao tabaco é mais popularizado e facilitado (CAMPOS; GOMIDE, 2015).

Para mitigar essa ascensão, a partir da Portaria n. 571 do Ministério da Saúde (BRASIL, 2013), houve novo incentivo ao controle de tabagismo com a estruturação das orientações sobre o cuidado da pessoa tabagista.

Dessa forma, o Brasil tem se destacado com os resultados dos esforços para reduzir do tabagismo na população, enfrentando o grande desafio em ser um dos maiores países produtores de tabaco e um dos que mais consome no mundo (CAVALCANTE, 2005).

Em 2002, um inquérito nacional evidenciou que o fumante brasileiro é um dos mais motivados a deixar de fumar no mundo (GIGLIOTTI, 2003), sinalizando que, apesar das grandes críticas que os investimentos nessa direção sofrem, os resultados têm demonstrado avanços.

O Brasil se tornou referência mundial no combate ao tabagismo, desenvolvendo protocolos reconhecidos desde o acolhimento ao acompanhamento do tratamento da pessoa tabagista. Várias modalidades de instrumentos foram criadas para estratificar o grau de dependência a nicotina do tabagista, porém o mais utilizado e reconhecido para essa finalidade é o Questionário de Tolerância de Fagerstrom por possuir uma abordagem prática, rápida e de fácil compreensão (BRASIL, 2015).

O principal instrumento para a Avaliação Quantitativa da pessoa tabagista é o Questionário de Tolerância de Fagerström. Este instrumento fornece uma medida quantitativa, de 0 a 10 pontos, que avalia o grau de dependência física à nicotina, incluindo o processo de tolerância e a compulsão: quanto maior o escore obtido, maior o grau de dependência física. O Questionário de Fagerström é amplamente usado devido ao seu fácil entendimento e rápida aplicação, podendo ser aproveitado por qualquer membro da equipe de saúde. O instrumento auxilia o profissional nas primeiras abordagens frente à questão do tabagismo com o usuário, de modo a provocar uma reflexão acerca do processo de dependência e da possibilidade de se procurar o tratamento (FAGERSTRÖM; SCHNEIDER, 1989 *apud* BRASIL, 2015, p. 49).

Outras escalas são sugeridas para abordagem integral pelo PNCT, como a Escala de Razões para Fumar (BRASIL, 2015).

O controle do tabagismo engloba não somente medidas de suporte à abstinência, mas também atinge a necessidade de endurecimento da legislação, acolhimento adequado, campanhas de promoção e prevenção à saúde, estratificação de risco habitual, tratamento não farmacológico e farmacológico e, finalmente, acompanhamento/supervisão dos casos que se incluíram no programa. Atualmente, o Ministério da Saúde fornece aos municípios que apresentam proposta de combate ao tabagismo, um arsenal de medicamentos e adjuvantes como estímulo aos indivíduos que se enquadram como candidatos ao programa nacional, desde a medicação oral de escolha (Bupropiona) e até adesivos de nicotina e gomas,

reforçando o seu compromisso com a campanha instituída. Diante de todo esse contexto, a APS assume posição central e privilegiada no combate ao tabagismo, como para outras diversas condições crônicas, devido aos seus atributos essenciais, a saber: primeiro acesso, integralidade, longitudinalidade, e coordenação do cuidado (BRASIL, 2015). Dessa forma, não há como se pensar em política de controle ao tabagismo sem ter como foco a atuação dos profissionais vinculados à APS.

### 5.3 Doença Pulmonar Obstrutiva Crônica

A Doença Pulmonar Obstrutiva Crônica (DPOC) é uma síndrome caracterizada pela obstrução crônica e difusa das vias aéreas inferiores, de caráter irreversível, com destruição progressiva do parênquima pulmonar. Seu espectro de apresentação clínica pode ser compreendido, sinteticamente, em doença controlada ou exacerbada com variações dentro dessas mesmas subdivisões. Ela figura-se entre a quarta causa de mortalidade no mundo, projetando-se para atingir a terceira causa no ano de 2020 (GLOBAL INITIATIVE FOR CHRONIC OBSTRUCTIVE LUNG DISEASE, 2020) Os fatores de risco para o desenvolvimento dessa síndrome são múltiplos, destacando-se o tabagismo, poluição (intradomiciliar e extradomiciliar), infecções pulmonares graves na infância, pobreza e causas genéticas (menos comuns) (CARAM *et al.*, 2016).

A DPOC não age como uma doença isolada ao pulmão, causando um estado de sobrecarga cardiorrespiratória crônica com repercussões para os diversos órgãos e sistemas, como as doenças cardiovasculares, osteoporose, disfunção hepática crônica e depressão, bem como outras condições pulmonares tais como asma, câncer de pulmão e *cor pulmonale* (FERNANDES *et al.*, 2017; HANANIA *et al.*, 2011).

Para estabelecimento do risco relacionado ao tabagismo, é importante a definição da carga-tabágica do indivíduo tabagista, sendo considerado um risco importante aqueles que atingiram ou atingirão uma carga tabágica superior à 40 maços-ano, ou seja, fumo de um maço de cigarro (totalizando 20 cigarros industriais) por dia por ano. Sabe-se que a maioria dos indivíduos que possui DPOC atingiu ou atingirá uma carga tabágica superior à mencionada, sendo raro abaixo de 20 maços-ano por



exemplo (GLOBAL INITIATIVE FOR CHRONIC OBSTRUCTIVE LUNG DISEASE, 2020).

Além disso, indivíduos portadores de DPOC possuem risco adicional de câncer de pulmão como um fator independente ao tabagismo, ou seja, uma vez instalado a doença pulmonar, a abstinência tabágica não reduz o risco isolado do DPOC, porém o eleva (FERNANDES; TANNI, 2019).

A Iniciativa para Doença Obstrutiva Crônica dos Pulmões é uma ação conjunta mundial em que muitos profissionais da área de diversos países se reúnem anualmente desde 1998 para definição de estratégias para reduzir as doenças pulmonares crônicas. Ela tem como norte ações de prevenção, manejo e tratamento adequado dos pacientes portadores desse espectro de doenças, mas tem a DPOC como pilar central, investindo em divulgação de informações para combate a essa doença com enfoque especial na Atenção Primária a Saúde (GLOBAL INITIATIVE FOR CHRONIC OBSTRUCTIVE LUNG DISEASE, 2020).

É neste âmbito que os médicos clínicos generalistas ou Médicos de Família e Comunidade podem induzir ações de prevenção e tratamento adequados com recursos que, muitas vezes, estão a serviço dos profissionais na ponta, porém com utilidade reservada devido a carência de informação (FERNANDES; TANNI, 2019).

Soma-se a isso o fato de que as ações preventivas e profiláticas em relação à DPOC são financeiramente mais eficazes do que o tratamento de exacerbações e agudizações da doença que requerem intervenções tecnológicas mais elaboradas, bem como recursos humanos mais especializados, que estão escassos no âmbito do Sistema Único de Saúde (MARICOTO *et al.*, 2016).

## 6 PLANO DE INTERVENÇÃO

O desenho do plano de intervenção baseou-se no modelo do Planejamento Estratégico Situacional de Carlos Matos, abordado na disciplina Planejamento, Avaliação e Programação de Saúde e em conformidade com as orientações emitidas por Faria, Campos e Santos (2018).

A construção do desenho, desde a enumeração dos problemas selecionados e relatados no presente trabalho foi desenvolvida em conjunto com a ESF Vitória e NASF adstrito à nossa comunidade, bem como pelo Conselho Local de Saúde do Bairro Vitória e conselheiros de Saúde de Governador Valadares. A proposta do plano de intervenção é a criação de um grupo operativo que vise estimular o autocuidado tanto na promoção quanto na prevenção de saúde ao controle do tabagismo, bem como, por meio desse mesmo grupo, identificar os usuários eleitos como aptos a participarem do programa farmacológico e não-farmacológico específico para abstinência tabágica. Paralelo a esse grupo, pretende-se criar uma grupo de capacitação de todos os servidores interessados a trabalhar com os usuários a promoção, prevenção e controle do tabagismo, fazendo com que eles auxiliem na identificação, acolhimento e tratamento dos mesmos.

### 6.1 Descrição do problema selecionado (terceiro passo)

O tabagismo, no Brasil, se encontra como uma das principais condições de saúde preveníveis e exerce grande impacto na saúde da população. As estatísticas apresentadas demonstram uma tendência de queda ao longo do tempo no percentual de pessoas tabagistas em nosso país, porém apresenta oscilações ao longo do tempo a depender da importância temporal que as instituições de saúde estatais ou privadas durante esse mesmo tempo de análise. Por se tratar de uma condição que depende de uma ação intersetorial dos diversos atores sociais, nota-se que uma ação conjunta é necessária. Isso ocorre de forma heterogênea em longo de todo Brasil como se percebe na oscilação entre os diversos estados.

O real impacto dessa política no município de Governador Valadares, em especial no Bairro Vitória, não é sabido devido a baixa adesão das próprias eSF ao programa e a inexistência de uma quantificação e avaliação clara dos resultados obtidos com a

implantação de grupos de controle ao tabagismo em tempo hábil. Além disso, não se sabe o produto registrado da população real do bairro que é considerada tabagista, pois não há estímulo para que essa demanda surja no bairro.

Postula-se que, com a introdução dos programas de controle ao tabagismo em outras unidades em Governador Valadares, houve uma redução tanto do uso de tabaco, como de outras drogas secundárias relacionados a esse comportamento, bem como maior conscientização dos mesmos com a proposta.

## 6.2 Explicação do problema selecionado (quarto passo)

Observa-se que os indivíduos fumantes possuem determinado comportamento biopsicossocial que os conduzem à manutenção do hábito ainda que, em mente, manifestem desejo de parar de fumar, a saber: a estimulação, o prazer, o ritual, a redução da ansiedade e estresse, o hábito e a própria dependência em si. Outro fator importante relatado pelos usuários e pelos Agentes Comunitários de Saúde é que esse comportamento se inicia na fase da infância e adolescência, muitas vezes, intradomiciliar, passando-se através das gerações na ausência de propostas ativas de conscientização sobre males e consequências desse hábito, perdurando-se, assim, através das gerações sem qualquer intervenção. Soma-se a esses fatores, a intensa propaganda a indústria do tabagismo nos meios de comunicação e redes sociais a despeito da legislação ter sido endurecida no Brasil desde de 1996 com a Lei Federal nº 9294, de julho de 15 de 1996. Na comunidade do Bairro Vitória e adjacências a aquisição do tabaco estende-se a um problema cultural, pois o hábito da produção caseira de tabaco, sem qualquer filtro de proteção à nicotina e seus derivados, torna o problema silencioso e de difícil controle, transpassando-se através das gerações.

### 6.3 Seleção dos nós críticos (quinto passo)

Para o desempenho do plano de intervenção, propõem-se atuar em dois nós críticos especificamente: Usuários e servidores.

Em relação aos usuários, haverá uma proposta de trabalho com metodologias ativas e mistas de abordagem na intenção de estimular o autocuidado e conscientização do usuário quanto a sua importância no processo de abstinência tabágica para ele próprio como para os indivíduos ao seu entorno. Será estabelecido um fluxo de acolhimento, atendimento e tratamento dentro da realidade local da comunidade do bairro Vitória e adjacências. As reuniões serão pactuadas em horário considerados “zona verde”, realizadas de maneira rápida e prática acerca das informações básicas diante da pessoa tabagista, tendo como respaldo as orientações do Ministério da Saúde (BRASIL, 2015). Propõe-se realizar reuniões técnicas para orientação de abordagem e reuniões de monitoramento das ações em momentos diferentes, ambas dentro da “zona verde” inicialmente proposta. O apoio da Secretaria Municipal de Saúde se dará por meio do fornecimento de recurso terapêutico necessário segundo a portaria municipal específica por meio da triagem dos pacientes eleitos para tal. A proposta inicial é que o Grupo Operativo se mantenha mesmo após o término do plano de intervenção para instituir-se como uma atividade educativa contra o tabaco no cotidiano da UBS nos moldes de uma educação permanente.

### 6.4 Desenho das operações sobre os nós críticos – operações, projeto, resultados e produtos esperados, recursos necessários e críticos (sexto passo) – e viabilidade e gestão (sétimo ao décimo passo)

O desenho das operações buscou obedecer ao modelo sugerido por Calos Matos em suas múltiplas possibilidades. Entende-se que as propostas ficam melhor esclarecidas e sintetizadas com uma abordagem global e resumida a fim de evitar recortes que dificultam ou delongam o desenvolvimento as operações.

Buscou-se evitar a dependência de recursos financeiros, utilizando local, material e recursos humanos da própria ESF ou já pactuados com a própria gestão municipal. Dessa forma, os recursos terapêuticos específicos ao controle do tabagismo já são

fornechos pela Secretaria Municipal de Saude de Governador Valadares, por6m o fluxo ainda n6o est6 definido na ESF Vit6ria, o que 6 o foco da nossa interven76o. O Referencial Te6rico seguir6 as orienta76es do Minist6rio da Saude (BRASIL, 2015) com foco na pessoa tabagista, buscando adequar os protocolos e as orienta76es dos documentos do Minist6rio da Saude com a realidade da ESF Vit6ria do ponto de vista dos recursos humanos e financeiros dispon6vel.

Assim sendo, entende-se, em conjunto, que o plano operativo tem grandes chances de 6xito a depender do empenho m6ltiplo de toda a equipe convidada a participar. A seguir, segue os desenhos sint6ticos das opera76es propostas.

**Quadro 3** – Opera76es relacionada ao n6o cr6tico 1 relacionado ao problema “ tabagismo na comunidade Vit6ria e adjac6ncias”, na popula76o sob responsabilidade da Equipe de Saude da Fam6lia Vit6ria, do munic6pio Governador Valadares, estado de Minas Gerais.

<b>N6o cr6tico 1</b>	<b>Ades6o dos usu6rios de saude ao projeto</b>
<b>Opera76es</b>	Sala de espera Grupo operativo Respirando Vida Cria76o de convites operativos
<b>Projeto</b>	Despertando a popula76o para autocuidado
<b>Resultados esperados</b>	Aumento do n6mero de participantes em rela76o ao ano anterior Aumento da ades6o e manuten76o ao tratamento Maior conscientiza76o quanto ao autocuidado em rela76o ao tabagismo
<b>Produtos esperados</b>	Tratamento completo de todos os indiv6duos iniciais
<b>Recursos necess6rios</b>	<b>Estrutural:</b> recursos humanos para desenvolver as atividades, criar os convites e convidar os usu6rios <b>Cognitivo:</b> informa76es sobre o Programa Nacional de Controle ao Tabagismo; e protocolo de tratamento da Secretaria Municipal de Saude; <b>Financeiro:</b> para confec76o dos convites <b>Pol6tico:</b> apoio de institui76es n6o-governamentais e governamentais; apoio de Institui76es religiosas para divulga76o do trabalho
<b>Recursos cr6ticos</b>	<b>Estrutural:</b> n6o existe <b>Cognitivo:</b> n6o existe <b>Pol6tico:</b> resist6ncia de ades6o 6 campanha e/ou assumir responsabilidade de divulga76o <b>Financeiro:</b> n6o existe

<b>Controle dos recursos críticos</b>	Diálogo abertos com as instituições para promover a conscientização e promover parcerias futuras
<b>Ações estratégicas</b>	<p>Criação de convites de cordéis, desenhos e animações;</p> <p>Convite para participar do Grupo Operativo Respirando Vida;</p> <p>Elaboração de dinâmicas de apresentação e metodologia ativa para o grupo operativo;</p> <p>Elaboração de um protocolo de atendimento aos grupos.</p> <p>Tratamento dos indivíduos eleitos de acordo com o protocolo interno.</p> <p>Acompanhamento dos indivíduos eleitos.</p>
<b>Prazo</b>	Três meses
<b>Responsáveis pelo acompanhamento das ações</b>	<p>eSF Vitória</p> <p>Núcleo de Apoio de Saúde da Família</p>
<b>Processo de monitoramento e avaliação das ações</b>	<p>Número de convites entregues e indivíduos que iniciarão a participação no grupo operativo;</p> <p>Lista de Frequência de participação</p> <p>Índice de satisfação dos usuários ao final das intervenções</p> <p>Quantidade de indivíduos com trabalho completo</p> <p>Reuniões interprofissionais para melhora e planejamento das intervenções e tratamento individualizado.</p>

Fonte: Autoria própria (2019)

**Quadro 4** – Operações relacionada ao “nó crítico 2” relacionado ao problema “tabagismo na comunidade Vitória e adjacências”, na população sob responsabilidade da Equipe de Saúde da Família Vitória, do município Governador Valadares, estado de Minas Gerais.

<b>Nó crítico 2</b>	<b>Adesão e capacitação dos servidores ao projeto</b>
<b>Operações</b>	Estabelecer cronograma de reuniões flexíveis Apresentar proposta pedagógica do projeto Definição de funções individuais e compartilhadas
<b>Projeto</b>	Recurso Humano Eficiente, paciente contente
<b>Resultados esperados</b>	Maior capacidade técnica de abordagem sobre o tabagismo Aumento de adesão da eSF e do NASF Padronização de fluxos de atendimento Manutenção das ações após término do projeto
<b>Produtos esperados</b>	Capacitação e modelo de educação permanente ao controle do tabagismo
<b>Recursos necessários</b>	<b>Estrutural:</b> recursos humanos (eSF e NASF) para desenvolver as atividades <b>Cognitivo:</b> informações sobre o Programa Nacional de Controle ao Tabagismo; e protocolo de tratamento da Secretaria Municipal de Saúde; <b>Financeiro:</b> recursos farmacológicos para arsenal terapêutico específico ao programa de controle do tabagismo. <b>Político:</b> apoio de instituições não-governamentais e governamentais; Apoio do NASF
<b>Recursos críticos</b>	<b>Estrutural:</b> não existe <b>Cognitivo:</b> não existe <b>Político:</b> resistência de adesão aos servidores, especialmente em relação à carga horária. <b>Financeiro:</b> não existe
<b>Controle dos recursos críticos</b>	Flexibilização da carga para desempenho de reuniões e/ou realização de subgrupos de intervenção.
<b>Ações estratégicas</b>	Definir com eSF e NASF a periodicidade das reuniões técnicas e de monitoramento Levantar e organizar pautas para as principais reuniões Discutir e adaptar as recomendações técnicas do programa de controle ao tabagismo com a realidade da equipe e comunidade
<b>Prazo</b>	Três meses
<b>Responsáveis pelo acompanhamento das ações</b>	eSF Vitória Núcleo de Apoio de Saúde da Família
<b>Processo de</b>	Lista de Frequência de participação das reuniões técnicas e

<b>monitoramento e avaliação das ações</b>	de monitoramento Índice de satisfação dos usuários ao final das intervenções Avaliação periódica das intervenções realizadas Manutenção das ações após término do projeto
--	--

Fonte: Autoria própria (2019)



## **7 CONSIDERAÇÕES FINAIS**

Buscamos evitar a dependência de recursos financeiros, utilizando local, material e recursos humanos da própria Estratégia da Saúde da Família ou já pactuados com a própria gestão municipal. Dessa forma, os recursos terapêuticos específicos ao controle do tabagismo já são fornecidos pela Secretaria Municipal de Saúde, porém o fluxo ainda não está definido na nossa eSF, o que é o foco da nossa intervenção.

O Referencial Teórico com as orientações do Ministério da Saúde (BRASIL, 2015), com foco na pessoa tabagista, buscando adequar os protocolos de normas e condutas a realidade da ESF Vitória do ponto de vista dos recursos humanos e financeiros disponível é a nossa meta.

Assim sendo, entendemos, em conjunto com os demais integrantes da equipe, que o plano de intervenção tem grandes chances de êxito a depender do empenho múltiplo de toda a equipe e dos convidados a participarem do processo.

## REFERÊNCIAS

BRASIL. **Constituição da República Federativa do Brasil**. Promulgada em 5 de outubro de 1988. 4 ed. São Paulo: Saraiva, 1990a.

BRASIL. Ministério da Saúde; Instituto Nacional de Alimentação e Nutrição. **Pesquisa Nacional sobre Saúde e Nutrição — PNSN-1989**. Arquivo de dados da pesquisa. Brasília: INAN, 1990b.

BRASIL. Ministério da Saúde. Coordenação de Prevenção e Vigilância (CONPREV). **Abordagem e tratamento do fumante – consenso**. Rio de Janeiro: INCA, 2001.

BRASIL. Instituto Nacional de Câncer José Alencar Gomes da Silva; Organização Pan-Americana da Saúde. **Pesquisa especial de tabagismo – PETab**: relatório Brasil. Rio de Janeiro: INCA, 2011. 199 p. Disponível em: <[http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/pesquisa\\_especial\\_tabagismo\\_petab.pdf](http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/pesquisa_especial_tabagismo_petab.pdf)>. Acesso em: 15 de abril. 2020

BRASIL. Portaria GM/MS nº 571, de 5 de abril de 2013. Atualiza as diretrizes de cuidado à pessoa tabagista no âmbito da Rede de Atenção à Saúde das Pessoas com Doenças Crônicas do Sistema Único de Saúde (SUS) e dá outras providências. 2013. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, n. 66, 8 abr. 2013. Seção 1, p. 56-57.

BRASIL. Ministério da Saúde; Secretaria de Vigilância em Saúde. **Vigitel Brasil 2013**: vigilância de fatores de risco e proteção para doenças crônicas por inquérito telefônico. Brasília, 2014. 120 p.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à saúde. Departamento de Atenção Básica. **Estratégias para o cuidado da pessoa com doença crônica**: o cuidado da pessoa tabagista. Brasília: Ministério da Saúde, 2015. (Cadernos da atenção Básica, n. 40) Disponível em: <[http://189.28.128.100/dab/docs/portaldab/publicacoes/caderno\\_40.pdf](http://189.28.128.100/dab/docs/portaldab/publicacoes/caderno_40.pdf)>. Acesso em: 11 de jan. 2020

FAGERSTRÖM, K. O.; SCHNEIDER, N. G. Measuring nicotine dependence: a review of the Fagerström Tolerance Questionnaire. **Journal of Behavioral Medicine**, [S.l.], v. 12, n. 2, p. 159-182, 1989. Available from <<https://doi.org/10.1007/BF00846549>>. Acesso em: 08 Mar. 2020.

FARIA, H. P.; CAMPOS, F. C. C.; SANTOS, M. A. **Planejamento, avaliação e programação das ações de saúde**. Belo Horizonte: Nescon/UFMG, 2018. <<https://www.nescon.medicina.ufmg.br/biblioteca>>. Acesso em: 27 jun. 2019.

FERNANDES, F. L. A. *et al.* Recomendações para o tratamento farmacológico da DPOC: perguntas e respostas. **J. bras. pneumol.**, São Paulo, v. 43, n. 4, p. 290-301, Aug. 2017. Disponível em <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1806-37132017000400290&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1806-37132017000400290&lng=en&nrm=iso)>. Acesso em: 01 Mai 2020. <http://dx.doi.org/10.1590/s1806-37562017000000153>.

FERNANDES, F. L. A; TANNI, S. E. O futuro é agora. **J. bras. pneumol.**, São Paulo , v. 45, n. 6, e20190354, 2019 . Disponível em <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1806-37132019000600102&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1806-37132019000600102&lng=en&nrm=iso)>. Acesso em: 01 Mai 2020. Epub Dez 09, 2019. <http://dx.doi.org/10.1590/1806-3713/e20190354>.

GIGLIOTTI, A. P. **Hábitos, atitudes e crenças de fumantes em quatro capitais brasileiras: uma comparação com 17 países europeus**. Tese (Mestrado), Escola Paulista de Medicina, 2003. Disponível em: <<http://www.repositorio.unifesp.br/handle/11600/18457>>.

GLOBAL INITIATIVE FOR CHRONIC OBSTRUCTIVE LUNG DISEASE (GOLD). **Global strategy for the diagnosis, management, and prevention of chronic obstructive pulmonary disease**, 2020 [Internet]. EUA: GOLD; 2020. Disponível em: <https://goldcopd.org/wp-content/uploads/2019/11/GOLD-2020-REPORT-ver1.0wms.pdf>. Acesso em: 08 abril. 2020.

GOULART, D. *et al.* Tabagismo em idosos. **Rev. bras. geriatr. gerontol.**, Rio de Janeiro , v. 13, n. 2, p. 313-320, Aug. 2010. Available from <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1809-98232010000200015&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1809-98232010000200015&lng=en&nrm=iso)>. access on 11 Mar. 2020. <https://doi.org/10.1590/S1809-98232010000200015>.

HANANIA, N. *et al.* Determinants of depression in the ECLIPSE chronic obstructive pulmonary disease cohort. **American journal of respiratory and critical care medicine**, v. 183, n. 5, p. 604-611, 2011. Available from <<https://www.atsjournals.org/doi/full/10.1164/rccm.201003-0472oc>>. Access on 02 Mar. 2020. <https://doi.org/10.1164/rccm.201003-0472OC>

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. Fundação Oswaldo Cruz. **Pesquisa Nacional de Saúde 2013: Percepção do estado de saúde, estilo de vida e doenças crônicas**. Rio de Janeiro: IBGE, 2014.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. **IBGE Cidades@**. ..... Brasília, [online], 2019. Disponível em: <https://cidades.ibge.gov.br/>>. Acesso em: 03 Abril. 2019.

INSTITUTO NACIONAL DO CÂNCER. **(Inquérito Domiciliar sobre Comportamentos de Risco e Morbidade Referida de Doenças e Agravos Não Transmissíveis**. Rio de Janeiro: INCA, 2004.

LEOPÉRCIO, W.; GIGLIOTTI, A. Tabagismo e suas peculiaridades durante a gestação: uma revisão crítica. **J Bras Pneumol**, v. 30, n. 2, p. 176-85, 2004. Disponível em: < <http://www.scielo.br/pdf/jbpneu/v30n2/v30n2a16>>. Acesso em: 27 jun. 2019.

MARICOTO, T. *et al.* Educational interventions to improve inhaler techniques and their impact on asthma and COPD control: a pilot effectiveness-implementation trial. **J. bras. pneumol.**, São Paulo , v. 42, n. 6, p. 440-443, Dec. 2016 . Available from <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1806-37132016000600440&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1806-37132016000600440&lng=en&nrm=iso)>. access on 03 Apr. 2020. <https://doi.org/10.1590/s1806-37562016000000098>.

MENDES, E. V. **As redes de atenção à saúde**. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde, 2011. Disponível em: [https://www.paho.org/bra/index.php?option=com\\_docman&view=download&category\\_slug=servicos-saude-095&alias=1402-as-redes-atencao-a-saude-2a-edicao-2&Itemid=965](https://www.paho.org/bra/index.php?option=com_docman&view=download&category_slug=servicos-saude-095&alias=1402-as-redes-atencao-a-saude-2a-edicao-2&Itemid=965)

OLIVEIRA, M. A. C.; PEREIRA, I. C. Atributos essenciais da Atenção Primária e a Estratégia Saúde da Família. **Rev. bras. enferm.**, Brasília , v. 66, n. spe, p. 158-164, Sept. 2013. Available from <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0034-71672013000700020&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-71672013000700020&lng=en&nrm=iso)>. access on 08 Apr. 2020. <https://doi.org/10.1590/S0034-71672013000700020>.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **Noncommunicable diseases country profiles 2014**. Disponível em: <[https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/128038/9789241507509\\_eng.pdf](https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/128038/9789241507509_eng.pdf)>. Acesso em: 27 jun. 2019.