

**UNIVERSIDADE FEDERAL DO TRIÂNGULO MINEIRO
CURSO DE ESPECIALIZAÇÃO GESTÃO DO CUIDADO EM SAÚDE DA FAMÍLIA**

RONNY HERMANN NOGUEIRA DE SÁ

**PROJETO DE INTERVENÇÃO PARA REDUÇÃO DO NÚMERO DE
TABAGISTAS NA UNIDADE BELA VISTA NO MUNICÍPIO DE
MONTES CLAROS - MINAS GERAIS**

**MONTES CLAROS - MINAS GERAIS
2019**

RONNY HERMANN NOGUEIRA DE SÁ

**PROJETO DE INTERVENÇÃO PARA REDUÇÃO DO NÚMERO DE
TABAGISTAS NA UNIDADE BELA VISTA NO MUNICÍPIO DE
MONTES CLAROS - MINAS GERAIS**

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

Orientadora: Profa. Maria Dolôres Soares Madureira

**MONTES CLAROS - MINAS GERAIS
2019**

RONNY HERMANN NOGUEIRA DE SÁ

**PROJETO DE INTERVENÇÃO PARA REDUÇÃO DO NÚMERO DE
TABAGISTAS NA UNIDADE BELA VISTA NO MUNICÍPIO DE
MONTES CLAROS - MINAS GERAIS**

Banca Examinadora

Profa. Profa. Maria Dolôres Soares Madureira – orientadora- UFMG

Profa. Dra. Maria Rizoneide Negreiros de Araújo - UFMG

Aprovado em Belo Horizonte, 06 de agosto de 2019.

DEDICATÓRIA

Dedico este trabalho à Equipe da Saúde da Família do Bela Vista.

AGRADECIMENTOS

Agradeço a Deus, aos meus pais, amigos e familiares pelo apoio incondicional.

Agradeço à Equipe da Estratégia da Saúde da Família do Bela Vista por colaborar direta ou indiretamente com este trabalho.

“Apressa-te a viver bem e pensa que cada dia é, por si só, uma vida.”

Sêneca

RESUMO

O tabagismo é identificado como uma doença crônica provocada pela dependência à nicotina. É um fator causal de quase 50 doenças diferentes, que podem ser fatais como: infarto do miocárdio, câncer de pulmão, doença pulmonar obstrutiva crônica, derrames, câncer de pescoço, esôfago e pâncreas, problemas de patologias buco-dentais, podendo desencadear e agravar problemas de hipertensão, diabetes e tuberculose. Por isso o presente trabalho teve como objetivo elaborar um plano de intervenção para a redução do número de tabagistas na área adscrita à Equipe de Saúde da Família do Bela Vista no município de Montes Claros, Minas Gerais. Foram realizados o diagnóstico situacional, revisão bibliográfica sobre o tema e o plano de intervenção de acordo com os passos do planejamento estratégico situacional. Foram identificados os principais “nós críticos” do problema: estilo de vida, pouca informação sobre o tabagismo e como tratá-lo, dependência ao tabaco, falta de grupo operativo para os tabagistas.

Palavras-chaves: Tabagismo. Atenção Primária à Saúde. Educação em Saúde.

ABSTRACT

Smoking is identified as a chronic disease caused by nicotine addiction. It is a causal factor of almost 50 different diseases, which can be fatal such as myocardial infarction, lung cancer, chronic obstructive pulmonary disease, stroke, neck, esophageal and pancreatic cancer, problems of oral and dental pathologies that can trigger and aggravate. problems of hypertension, diabetes and tuberculosis. Therefore, the present work aimed to develop an intervention plan to reduce the number of smokers in the area assigned to the Bela Vista Family Health Team in the municipality of Montes Claros, Minas Gerais. The situational diagnosis, literature review and intervention plan were carried out according to the steps of the strategic situational planning. The main "critical nodes" of the problem were identified: lifestyle, little information about smoking and how to treat it, tobacco dependence, lack of operative group for smokers.

Keywords: Smoking. Primary Health Care. Health Education.

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

ACS	Agente Comunitário de Saúde
CQCT	Convenção Quadro para Controle do Tabaco
DM	Diabetes mellitus
ESF	Estratégia Saúde da Família
eSF	Equipe de Saúde da Família
HAS	Hipertensão Arterial Sistêmica
HIPERDIA	Sistema de Cadastramento e Acompanhamento de Hipertensos e Diabéticos
IBGE	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
INCA	Instituto Nacional de Câncer
NASF	Núcleo de Apoio à Saúde da Família
OMS	Organização Mundial de Saúde
PES	Planejamento Estratégico Situacional
PIB	Produto Interno Bruto
PMAQ	Programa de Melhoria do Acesso e da Qualidade
PNCT	Programa Nacional de Controle do Tabagismo
PNCTOFR	Programa Nacional de Controle do Tabagismo e Outros Fatores de Risco de Câncer
PSF	Programa Saúde da Família
SIAB	Sistema de Informação da Atenção Básica
SUS	Sistema Único de Saúde
UBS	Unidade Básica de Saúde

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

Tabela 1 - Perfil Epidemiológico da população adscrita à Equipe de Saúde da Família (eSF) Bela Vista – no ano de 2018.	16
Quadro 1 - Classificação de prioridade para os problemas identificados no diagnóstico da comunidade adscrita à equipe de Saúde Bela Vista, Unidade Básica de Saúde Bela Vista.	17
Quadro 2 - Operações sobre o “nó crítico 1” relacionado ao problema “Tabagismo”, na população sob responsabilidade da Equipe de Saúde da Família Bela Vista, do município Montes Claros, estado de Minas Gerais.	28
Quadro 3 - Operações sobre o “nó crítico 2” relacionado ao problema “Tabagismo”, na população sob responsabilidade da Equipe de Saúde da Família Bela Vista, do município Montes Claros, estado de Minas Gerais.	29
Quadro 4 - Operações sobre o “nó crítico 3” relacionado ao problema “Tabagismo”, na população sob responsabilidade da Equipe de Saúde da Família Bela Vista, do município Montes Claros, estado de Minas Gerais.	30
Quadro 5 - Operações sobre o “nó crítico 4” relacionado ao problema “Tabagismo”, na população sob responsabilidade da Equipe de Saúde da Família Bela Vista, do município Montes Claros, estado de Minas Gerais.	31

SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO.....	12
1.1	Aspectos gerais do município	12
1.2	Aspectos da comunidade	13
1.3	O sistema municipal de saúde	13
1.4	A Unidade Básica de Saúde Bela Vista	15
1.5	A Equipe e o seu funcionamento da Unidade de Saúde da Família Bela Vista	16
1.6	Problemas de saúde do território e da comunidade (primeiro passo)	17
1.7	Seleção do problema para plano de intervenção (segundo passo)	17
2	JUSTIFICATIVA	19
3	OBJETIVO	20
4	METODOLOGIA.....	21
5	REVISÃO BIBLIOGRÁFICA.....	22
6	PLANO DE INTERVENÇÃO	26
6.1	Descrição do problema selecionado (terceiro passo).....	26
6.2	Explicação do problema selecionado (quarto passo)	26
6.3	Seleção dos nós críticos (quinto passo).....	27
6.4	Desenho das operações (sexto passo)	27
7	CONSIDERAÇÕES FINAIS	32
	REFERÊNCIAS.....	33

1 INTRODUÇÃO

1.1 Aspectos gerais do município

Montes Claros é um município pertence à unidade federativa de Minas Gerais, fundado em 3 de julho de 1857, e atualmente é o sexto maior município do estado. Sua área geográfica equivale a 3.582 km², sendo que 38,70 km² estão em perímetro urbano e os 3.543,33 km² restantes em área rural e possui 404.804 habitantes (IBGE, 2017).

O município está localizado na bacia do alto médio São Francisco, nos vales do rio Verde Grande, Pacuí e São Lamberto situado ao Norte do Estado de Minas Gerais. Possui clima tropical, com aproximadamente 1.074mm² de chuva anualmente com uma temperatura média anual de 24,2 °C e tem altitude de 678 metros (ALENCAR *et al.*, 2017).

Segundo Alencar *et al.* (2017), a renda *per capita* de Montes Claros cresceu 98,51%, passando de R\$ 327,75 no ano de 1991 para R\$ 485,55 em 2000. Em 2016, tinha um Produto Interno Bruto (PIB) *per capita* de R\$ 21.934,89 e de acordo com o Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE) neste mesmo ano, o salário médio mensal era de 2.1 salários mínimos.

As principais atividades econômicas em Montes Claros estão distribuídas em: indústria com uma renda de 1.571.742,29 no ano de 2016, agricultura e a pecuária com uma renda de 126.828,73 no ano de 2016 e o comércio que é bastante diversificado (IBGE, 2016; ALENCAR *et al.*, 2017).

Pesquisa realizada pela prefeitura de Montes Claros mostra que “a cidade é considerada polo de desenvolvimento da região norte do estado, exercendo notória influência sobre as demais cidades da região e do sul da Bahia” desempenhando um papel importante como centro urbano comercial, industrial e de prestação de serviços (MONTES CLAROS, 2019, sp.).

Montes Claros conta com água tratada, energia elétrica, esgoto, limpeza urbana. De acordo com os dados da prefeitura de Montes Claros em 2002, cerca de 90,42% das casas possuíam rede geral de abastecimento de água, 90,04% das moradias possuíam coleta de lixo e 90,03% das casas possuíam rede de esgoto (MONTES CLAROS, 2019).

O município conta com hospitais, prontos-socorros, unidades básicas de saúde e serviços odontológicos. As unidades básicas de saúde foram capacitadas para atender pelo menos 45 mil pessoas/mês distribuídos nos 15 postos de saúde, três policlínicas e oito hospitais (MONTES CLAROS, 2019).

Além disso, a cidade conta com importantes centros universitários e faculdades, como a Universidade Estadual de Montes Claros (UNIMONTES), um dos campi da Universidade Federal de Minas Gerais (UFMG) e do Instituto Federal do Norte de Minas Gerais (IFNMG), instituições na rede privada de ensino, que contribui para a formação e fornecimento de mão-de-obra especializada para o município, afetando de forma positiva o desenvolvimento do mesmo (MONTES CLAROS, 2019).

1.2 Aspectos da comunidade

Segundo estudos realizados por Leite e Pereira (2005) o crescimento desordenado da população na década de 70, gerou um crescimento urbano desigual, com vários focos de pobreza. Ainda segundo os autores, a organização espacial da população está relacionada à condição social dos moradores, onde bairros mais próximos ao centro da cidade possuem condições financeiras maior do que os moradores da periferia, causando desigualdade social no município.

Já em relação ao índice de alfabetização, o Censo de 2010 relata que 86,17% dos adultos são alfabetizados (IBGE, 2017). Leite *et al.* (2009) relataram que nos anos 2000 a faixa etária predominante da população era de 10 a 19 anos, cerca de 22,4% da população, seguida das faixas etárias de 20 a 29 anos (19,1%) e de 30 a 39 anos (14,8%), onde 48,3% são do sexo masculino e 51,7% do sexo feminino e a estimativa de vida era de 72 anos.

Segundo dados do censo de 2010, a população do município era composta por: católicos, evangélicos e espíritas e um pequeno número de pessoas não tem religião ou simpatizam com mais de uma religião (IBGE, 2017).

1.3 O sistema municipal de saúde

Desde 1988, com a criação da Constituição Federal, o direito à saúde no Brasil passou a ser global, deixando para trás o antigo modelo que contemplava apenas aos participantes do mercado formal de trabalho e a contribuintes da previdência social, passando a adotar a política de que a saúde é direito de todos e dever do estado (GIOVANELLA *et al.*, 2002).

Com a criação do Sistema Único de Saúde (SUS) o setor foi redemocratizado, o sistema passou a ser responsável pelo simples atendimento para a avaliação da pressão arterial até o transplante de órgãos, garantindo tratamento integral, universal e gratuito para a população do país (GIOVANELLA *et al.*, 2002).

Com a criação da Constituição Federal Brasileira e das Leis Orgânicas da Saúde (8080/90 e 8142/90), os municípios passaram a ser os responsáveis pelas ações e serviços de saúde formando um modelo de gestão descentralizado (GIOVANELLA *et al.*, 2002).

Os recursos do SUS são de responsabilidade dos governos municipais, estaduais e federais. O governo federal faz os repasses por meio de programas como de atenção básica, programas de agentes comunitários de saúde, programa de assistência farmacêutica, programa de saúde bucal, programa de saúde da família (PSF) e Programa de Melhoria de Acesso e Qualidade (PMAQ).

O governo estadual se dá por meio do programa de financiamento da atenção primária e outros incentivos como doação de veículos para programa de saúde da família em áreas rurais. Já o governo municipal aplica 15% dos recursos municipais conforme lei complementar de arrecadação própria à saúde (SCHNEIDER *et al.*, 2005).

Segundo Alencar *et al.* (2017, p.24) o sistema municipal de saúde de Montes Claros foi implementado através de uma proposta política administrativa com a intenção de potencializar a cooperação entre governo e sociedade local, os autores citam:

De forma a atender à população conforme o perfil epidemiológico local e regional, a Agenda de Saúde foi consensuada e aprovada pelo Conselho Municipal de Saúde que segue os seguintes eixos prioritários: Fortalecimento da Gestão, Atenção Primária, Vigilância em Saúde, Atenção a Média e Alta Complexidade e Controle Social. Com essas diretrizes, foi elaborado o Plano Municipal de Saúde 2014/2017, através de um planejamento estratégico e participativo, devidamente alinhado com o Plano de Governo Municipal.

O Sistema Único de Saúde busca alternativas para incrementar a qualidade da assistência de acordo com as novas demandas vindas da população. Com a finalidade de reordenar o modelo assistencial foi criado em 1994 o Programa de Saúde da Família que, atualmente, tem sido denominado Estratégia de Saúde da Família (ESF). O PSF trouxe no seu esboço a definição de trabalhar com a concepção de território, população adscrita, trabalho em equipes e com responsabilidade sanitária (BRASIL, 2012).

1.4 A Unidade Básica de Saúde Bela Vista

A Unidade Básica de Saúde (UBS) Bela Vista presta atendimento às famílias residentes nos bairros Bela Vista e Vila Atlântida. Inaugurada há mais de 15 anos, localiza-se na Rua Guarani numero 99. Como muitas outras unidades de saúde de Montes Claros, é uma casa residencial que foi adaptada para o funcionamento da unidade de saúde, sendo bem repartidos os cômodos onde temos três consultórios sendo um para o médico, um para a enfermeira e outro para o cirurgião dentista da unidade; as administrações de injetáveis são feitas em um cômodo no fundo da unidade.

A recepção dos pacientes da unidade é realizada pelos próprios agentes comunitários de saúde (ACS) juntamente com o médico e a enfermeira; não temos à disposição pessoal específico.

Nas segundas-feiras é realizado o acolhimento na UBS onde são agendadas as consultas para os pacientes e uma quantidade de vagas são disponibilizadas para demandas espontâneas e emergenciais. A unidade também conta com um pequeno grupo de acadêmicos de enfermagem que já iniciaram suas práticas; os mesmos realizam um mapeamento da região buscando indicadores de doenças e visitas a pacientes que realizam tratamento contínuo.

Na área de atuação é prestado um atendimento à população de aproximadamente 2.900 pessoas; a equipe possui uma boa relação com os moradores do bairro, fruto de vários anos prestando um bom atendimento à saúde da população.

Tabela 1 - Perfil Epidemiológico da população adscrita à Equipe de Saúde da Família Bela Vista no ano de 2018.

Indicadores	Número
População de idosos: 60 anos e mais	240
Pop. alvo para rastreamento de câncer de mama	174
Pop. alvo para rastreamento de câncer de colo	543
Pop. alvo para rastreamento de câncer de próstata	203
Portadores de hipertensão arterial esperados	690
Portadores de hipertensão arterial cadastrados - SISAB	483
Relação hipertensos esperados/cadastrados	207
Portadores de diabetes esperados	93
Portadores de diabetes cadastrados - SISAB	62
Relação diabéticos esperados/cadastrados	31

Fonte: dados da Equipe de Saúde da Família Bela Vista.

1.5 A Equipe e o seu funcionamento da Unidade de Saúde da Família Bela Vista

A Equipe de Saúde da Família (eSF) do município de Bela vista é composta por um médico, uma enfermeira, seis agentes comunitários de saúde, um cirurgião dentista, um auxiliar de saúde bucal, um técnico de enfermagem e uma faxineira.

A eSF Bela Vista desenvolve suas ações de atenção à saúde no horário de 07h30min às 11h30min e de 13h00min às 17h00min de segunda a sexta feira. A cada dia, os ACS se revezam para abrir a unidade e os mesmos já vão recebendo os pacientes e escutando as suas queixas para passar ao médico e ver quais apresentam maior necessidade de atenção. A equipe inicia seus trabalhos com todos os agentes comunitários de saúde realizando suas atividades e um fica responsável para atender a recepção.

Após fazerem suas anotações, iniciam suas visitas diárias e caso eles identifiquem algum paciente enfermo ou que necessita de atenção, ligam para a Esf e passam o caso ao médico para ver a gravidade e se for necessário, faz-se uma visita domiciliar de emergência para atender a queixa do paciente e levar o tratamento ou controle de sua enfermidade.

Em anos anteriores a equipe tentou realizar a formação de grupos de pacientes Tabagistas, Hipertensos e Diabéticos. Mas depois de certo período os grupos foram perdendo força pela ausência da grande maioria dos pacientes que não compareciam mais nas reuniões marcadas levando ao fracasso as reuniões depois de certo período.

1.6 Problemas de saúde do território e da comunidade (primeiro passo)

Discutidos os diagnósticos com minha equipe, acatei sugestões em relação à lista de problemas levantados. Em minha área existem diversos problemas, como infraestrutura deficiente, falta de alguns equipamentos de trabalho e falta de pessoal, dificuldade de acesso a algumas ruas pela sua situação precária do asfalto ou falta dele e esgoto a céu aberto; nível de escolaridade baixa.

Não há contrarreferência. Os principais problemas de saúde incluem o alto índice de descontrole de doenças crônicas não transmissíveis, como: Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS), Diabetes Mellitus (DM), Transtornos Mentais e Tabagismo. Segundo o Sistema de Informação da Atenção Básica (SIAB), em dezembro de 2017 havia 178 pacientes de saúde mental cadastrados no Bairro Oitis.

1.7 Seleção do problema para plano de intervenção (segundo passo)

O quadro 1 apresenta a classificação de prioridade para os problemas identificados no diagnóstico da comunidade adscrita da equipe de Saúde Bela Vista, da Unidade Básica de Saúde Bela Vista localizado no município de Montes Claros, estado de Minas Gerais.

Quadro 1 - Classificação de prioridade para os problemas identificados no diagnóstico da comunidade adscrita à equipe de Saúde Bela Vista, Unidade Básica de Saúde Bela Vista.

Problemas	Importância*	Urgência**	Capacidade de enfrentamento***	Seleção/ Priorização****
Alta incidência de tabagismo	Alta	10	Parcial	1
HAS descompensada	Alta	8	Parcial	2
DM descompensado	Média	8	Parcial	3
Transtornos Mentais	Média	7	parcial	4

Fonte: Autoria própria

*Alta, média ou baixa

** Total dos pontos distribuídos até o máximo de 30

***Total, parcial ou fora

****Ordenados considerando os três itens

Deste modo, podemos verificar que a dependência do tabagismo é alta na área de abrangência da equipe de saúde Bela Vista, seguido da Hipertensão Arterial descompensada, Diabetes Mellitus descompensada pela não adesão ao tratamento do grupo HIPERDIA (Hipertensão Arterial e Diabetes Mellitus), além dos Transtornos Mentais.

Conforme mostra o quadro 1, a alta dependência ao tabagismo foi considerada o problema prioritário para a intervenção.

2 JUSTIFICATIVA

O tabagismo é um fator causal de aproximadamente 50 doenças diferentes que pode ser fatais ou causar incapacitação do paciente (INCA, 2007). Ainda de acordo com o Instituto Nacional do Câncer (INCA) o tabagismo pode responder por 45% das mortes por infarto do miocárdio, além de 90% dos casos de câncer de pulmão que ocorrem em fumantes, 85% das mortes por doença pulmonar obstrutiva crônica (enfisema), 25% das mortes por doença cerebrovascular (derrames) e 30% das mortes por câncer. Podendo também desencadear e agravar problemas de hipertensão, diabetes e tuberculose.

Portanto, justifica-se o presente estudo devido ao alto número de tabagistas na UBS Bela Vista, no município de Montes Claros onde são notados por meio das consultas médicas e em outros grupos que são realizados na unidade como HIPERDIA. Contudo, mesmo com a alta incidência, na unidade de atuação não foram apurados os números de cadastros destes pacientes, para a realização do grupo operativo, dado este caso, o projeto será por meio do cadastramento dos tabagistas e a vontade destes de ficarem livres do tabaco, proporcionando-lhes uma condição de vida melhor.

3 OBJETIVO

Elaborar um plano de intervenção para a redução do número de tabagistas na área adscrita à Equipe de Saúde da Família Bela Vista no município de Montes Claros, Minas Gerais.

4 METODOLOGIA

Foi realizado o diagnóstico situacional na área de abrangência da ESF Bela Vista com o objetivo de identificar os principais problemas de saúde e definir ações a serem implementadas junto à equipe de saúde. Com as informações do diagnóstico situacional e da revisão de literatura foi proposto um plano de intervenção, elaborado de acordo com o método de Planejamento Estratégico Situacional (PES), seguindo os seus passos (FARIA; CAMPOS; SANTOS, 2018).

A revisão bibliográfica foi realizada na Biblioteca Virtual em Saúde, base de dados da Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde (LILACS), *Scientific Electronic Library Online* (SciELO) e documentos do Ministério da Saúde. Foram utilizados os descritores: Tabagismo, Atenção Primária à Saúde, Educação em Saúde.

Para sistematizar o plano de ação, realizou-se uma reunião com o coordenador da Atenção Básica do município para apresentação do plano de ação e em seguida uma reunião com a equipe profissional envolvida no desenvolvimento das ações.

5 REVISÃO BIBLIOGRÁFICA

O tabagismo é causado pela dependência à nicotina presente nos produtos à base de tabaco, que pode ser encontrado em mercado nacional e internacional e são consumidos de diferentes formas: fumado/inalado, aspirado, mascado, absorvido pela mucosa oral (INCA, 2018).

O tabagismo é considerado uma doença crônica não transmissível. E é o responsável pela causa de mais de cinquenta doenças diferentes, tais como infarto do miocárdio, enfisema pulmonar, derrames, câncer de pulmão, bexiga, pâncreas, fígado, esôfago, rins, laringe (cordas vocais), cavidade oral (boca), faringe (pescoço), câncer de estômago, entre outros (INCA, 2007; INCA, 2018).

Cerca de 5 milhões de pessoas morrem anualmente por alguma doença desencadeada pelo uso de tabaco. No Brasil, em torno de 200 mil pessoas morrem anualmente. A taxa de mortalidade acarretada pelo tabagismo é superior à soma das mortes provocadas por “alcoolismo, AIDS, acidentes de trânsito, homicídios e suicídios” (INCA, 2007, p.7).

“Os produtos de tabaco matam seis em cada dez consumidores”, sendo que no Brasil cerca de quatrocentos e vinte e oito pessoas morrem por dia por causa do tabagismo, além de um custo de 56,9 bilhões de reais devido a despesas médicas e perda de produtividade (INCA, 2018, sp.).

Segundo o Instituto Nacional de Câncer (INCA, 2007, p.7), “o tabagismo está na Décima Revisão da Classificação Internacional de Doenças (CID-10), juntamente com o grupo dos transtornos mentais e de comportamento decorrentes do uso de substância psicoativa”.

Pessoas que não fumam diretamente (que absorvem de forma passiva os resíduos da nicotina) também correm sérios riscos de adquirir as doenças provocadas pelo tabagismo. Estudos mostram que 30% destas pessoas tem um risco maior de desenvolver câncer de pulmão e 25% de desenvolver doenças cardiovasculares, asma, pneumonia, sinusite, dentre outras, sendo considerado a 3ª causa de morte evitável no mundo (INCA, 2007).

O tabagismo é uma epidemia provocada pelo comércio e por várias estratégias para aumentar o consumo dos produtos de tabaco tais como:

[...] propaganda e promoção; baixo preço dos produtos; facilitação do acesso aos produtos; mercado ilegal

(contrabando e falsificação); *lobby* econômico e político através de incentivos fiscais que impedem medidas para reduzir o consumo, [...] fazendo com que o uso de tabaco continue a crescer em todo o mundo (INCA, 2007, p.9).

Devido a isso, membros de 192 países adotaram o primeiro tratado internacional de saúde pública denominado Convenção Quadro para Controle do Tabaco (CQCT) coordenado pela Organização Mundial de Saúde (OMS). O Brasil aderiu a este tratado em novembro de 2005 através do Congresso Nacional com o objetivo de “proteger as gerações presentes e futuras das devastadoras consequências sanitárias, sociais, ambientais e econômicas geradas pelo consumo e pela exposição à fumaça do tabaco...” a fim de reduzir o consumo e a exposição à fumaça do tabaco na população (INCA, 2007, p.10 ; BRASIL, 2007).

Segundo o Instituto Nacional de Câncer (2007, p.11) as principais medidas pretendem:

- Proteger a população contra a exposição à fumaça do tabaco em ambientes fechados;
- Regulamentar os conteúdos e emissões dos produtos;
- Desenvolver programas de educação e conscientização sobre os malefícios do tabagismo;
- Proibir a publicidade, promoção e patrocínio dos produtos de tabaco;
- Implementar programas de tratamento da dependência da nicotina;
- Promover medidas de preços e impostos eficientes para redução do consumo;
- Eliminar o contrabando;
- Restringir o acesso dos produtos para os jovens;
- Promover alternativas econômicas para a produção de tabaco e proteger o meio ambiente e a saúde do trabalhador dos riscos causados pelas atividades de produção de tabaco.

O Ministério da Saúde, em parceria ao Instituto Nacional de Câncer, criou o Programa Nacional de Controle do Tabagismo (PNCT), atualmente denominado Programa Nacional de Controle do Tabagismo e Outros Fatores de Risco de Câncer (PNCTOFR), sendo considerado referência mundial (SILVA *et al.*, 2014).

Os programas desenvolvidos pelo Ministério da Saúde e o INCA tem a intenção de levar a comunidade conhecimento e prevenção ao tabagismo. Foi aplicado nas escolas ações como “Saber Saúde”, que permite o desenvolvimento de ações preventivas para o controle do tabaco no ambiente escolar, capacitando professores para inclusão de discussão sobre o tema tabagismo como forma de prevenir a iniciação, tendo como objetivo formar cidadãos críticos, capazes de fazer

opções conscientes, na busca de melhor qualidade de vida (INCA, 2007; SILVA *et al.*, 2014).

E nos ambientes de trabalho foi implementado o programa "Unidades de Saúde Livres do Cigarro - Saúde e Coerência" com ações educativas e regulatórias para promover ambientes de trabalho livres de fumo, que inclui entre suas ações, a capacitação de profissionais de saúde para apoiarem a suspensão do fumo entre funcionários da unidade de Atenção Primária à Saúde (APS), além de a admissão desta rotina de atendimento à população (INCA, 2007; SILVA *et al.*, 2014).

O tratamento do tabagismo foi assumido pelo Sistema Único de Saúde de acordo com as Portarias GM/MS Nº 1035/04 e SAS/MS/nº 442/ de 13 de agosto de 2004, definem que:

[...] o tratamento do tabagismo deve ser realizado através da abordagem cognitivo-comportamental obrigatória e apoio medicamentoso quando indicado, e poderá ser realizado por qualquer unidade de saúde pertencente ao SUS, de qualquer nível hierárquico, segundo critério do gestor municipal, desde que preencha os critérios de credenciamento definidos pelo Plano de Implantação (INCA, 2007, p.13).

Ainda segundo as medidas de prevenção do tabagismo pelo SUS a Portaria nº 1.105/GM de 5 de julho de 2005, reiterada pela Portaria nº 2.084 de outubro do mesmo ano destacam:

Os medicamentos utilizados no apoio à abordagem cognitivo-comportamental do fumante no componente estratégico do Elenco de Medicamentos para Atenção Básica, passo fundamental no processo de consolidação da atenção ao fumante no SUS (INCA, 2007, p.14).

Silva *et al.* (2014) apontam que houve uma redução significativa do número de pessoas fumantes deste o início dos programas, de 1989 a 2003 apresentou uma queda de 35% dos fumantes. Em 1989 cerca de 34,8% dos adultos eram tabagistas já pesquisa realizadas em 2018 mostra que apenas 9,3% dos adultos fumam (INCA, 2001).

Pantani *et al.* (2011) apontam que o Brasil está em estágios avançados no combate ao tabaco, e os programas estão tentando proteger ainda mais a população contra os danos causados à saúde pelo uso deste produto.

O Ministério da Saúde juntamente com o Instituto Nacional de Câncer José Alencar Gomes da Silva (INCA), vêm promovendo o controle do tabagismo no Brasil através de ações nacionais que compõem o Programa Nacional de Controle do Tabagismo (PNCT) que tem como objetivo reduzir a predominância de fumantes e

conseqüentemente a morbimortalidade relacionada ao consumo de derivados de tabaco no Brasil (INCA, 2019).

De acordo com o INCA (2019, sp.) o modelo consiste em “ações educativas, de comunicação, de atenção à saúde, junto com o apoio a adoção ou cumprimento de medidas legislativas e econômicas” que fortalece a iniciativa para prevenir o tabagismo, sobretudo entre adolescentes e jovens, protegendo a população da exposição da fumaça do tabaco e reduzir os danos individuais, sociais e ambientais dos produtos derivados do tabaco.

O Programa Nacional de Controle do Tabagismo promove a articulação entre as Redes de Tratamento do Tabagismo no SUS, o Programa Saber Saúde e as Campanhas e outras ações educativas para promover ambientes livres de tabacos auxiliando a população no combate e controle do tabagismo (INCA, 2019).

6 PLANO DE INTERVENÇÃO

Este plano de intervenção refere-se ao problema priorizado “alta incidência de tabagismo” entre a população adscrita à eSF Bela Vista. Após identificar e priorizar os problemas na introdução deste trabalho, seguem-se os outros passos do plano: descrição do problema selecionado, explicação do problema, seleção de seus “nós críticos” e desenho das operações, de acordo com a metodologia do Planejamento Estratégico Simplificado (FARIA; CAMPOS; SANTOS, 2018).

6.1 Descrição do problema selecionado (terceiro passo)

Na área de abrangência da eSF Bela Vista verifica-se alta dependência do tabagismo por adultos e idosos, que prejudicam a saúde, principalmente no que diz respeito a algumas patologias que são correlacionadas sendo elas: Hipertensão Arterial Sistêmica, Câncer, Doença pulmonar obstrutiva crônica (DPOC).

Contudo, não possuímos dados sobre o problema, o presente projeto de intervenção vem com o intuito de cadastrar estes pacientes como fumantes no E-SUS, e iniciar o tratamento com grupos de Tabagistas, onde a intenção é iniciar com dois grupos de no máximo 15 pessoas para conseguirmos um atendimento personalizado e individualizado, contando com o apoio do médico, enfermeira e profissionais do Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF).

6.2 Explicação do problema selecionado (quarto passo)

O problema é produzido principalmente por maus hábitos de vida, em geral, os fumantes iniciaram ainda na fase da adolescência o uso do tabaco; encontramos ainda, uma população vulnerável economicamente e culturalmente. Outro problema é o transtorno de ansiedade devido à falta de oportunidade tanto financeira como educacional, conflitos familiares, corroborados pelo alto percentual de analfabetismo, vê-se o tabagismo como uma fuga aos problemas, levando ao vício (OLIVEIRA; FUREGATO, 2014).

O tabagismo “é considerado também uma doença pediátrica, pois a idade média da iniciação é 15 anos” (INCA, 2007, p.9); algumas das causas da população começar tão cedo o uso do fumo é devido ao baixo preço do produto, a facilidade de

compra e o comércio ilegal. Os adolescentes passam a ser dependentes da nicotina tomando-se adultos dependentes. Segundo o Instituto Nacional de Câncer (2007, p.7) “a nicotina do tabaco causa dependência química similar à dependência de drogas como heroína ou cocaína”.

6.3 Seleção dos nós críticos (quinto passo)

Para Faria, Campos e Santos (2018, p.60), “nó crítico” é “um tipo de causa de um problema que, quando “atacada”, é capaz de impactar o problema principal e efetivamente transformá-lo”.

Assim definido, ele também traz “a ideia de algo sobre o qual eu posso intervir, ou seja, que está dentro do meu espaço de governabilidade. Ou então, o seu enfrentamento tem possibilidades de ser viabilizado pelo ator que está planejando” (FARIA; CAMPOS; SANTOS, 2018, p.60).

Respaldando-se nos autores citados acima, os principais “nós críticos” relacionados ao problema do tabagismo foram:

- Estilo inadequado de vida;
- Pouca informação sobre o tabagismo e como tratá-lo.
- Dependência ao tabaco;
- Falta de grupo operativo para os tabagistas;

6.4 Desenho das operações (sexto passo)

Após selecionar e explicar o problema, identificar as suas principais causas, “é necessário pensar as soluções e estratégias para o enfrentamento do problema, iniciando a elaboração do plano de intervenção, propriamente dito” (FARIA; CAMPOS; SANTOS, 2018, p.61).

Para o enfrentamento de cada “nó crítico” foi elaborado o desenho de suas operações. Estes desenhos estão apresentados nos quadros 2, 3, 4 e 5, a seguir.

Quadro 2 - Operações sobre o “nó crítico 1” relacionado ao problema “Tabagismo”, na população sob responsabilidade da Equipe de Saúde da Família Bela Vista, do município Montes Claros, estado de Minas Gerais.

Nó crítico 1	Estilo inadequado de Vida
Operações	Conscientizar as pessoas sobre alimentação mais saudável, prática de atividades físicas e de lazer.
Projeto	Vida Plena
Resultados esperados	Melhorar hábitos de vida como alimentação e sedentarismo de 50% dos pacientes da unidade.
Produtos esperados	Realizar palestras com o nutricionista. Criar grupo com o profissional da educação física do NASF para atividade física rotineira.
Recursos necessários	Estrutural: Profissionais qualificados Cognitivo: Mais informação sobre o tema. Político: Apoio com recursos gráficos. Financeiro: Recursos para compra de material para as classes.
Recursos críticos	Estrutural: profissionais Cognitivo: nenhum Político: Adesão do gestor local Financeiro: recursos para impressão de folder
Controle dos recursos críticos	Equipe de saúde da família
Ações estratégicas	Contar com associação de moradores para atingir a todos usuários
Prazo	Seis meses
Responsáveis pelo acompanhamento das ações	Nutricionista e profissional da educação física
Processo de monitoramento e avaliação das ações	Serão realizadas a cada seis meses avaliação e entrevista com os pacientes envolvidos no projeto, acompanhando melhoras no condicionamento físico, disposição diária e taxas sanguíneas.

Quadro 3 - Operações sobre o “nó crítico 2” relacionado ao problema “Tabagismo”, na população sob responsabilidade da Equipe de Saúde da Família Bela Vista, do município Montes Claros, estado de Minas Gerais.

Nó crítico 2	Informação sobre o tabagismo e como tratá-lo
Operações	Conscientizar as pessoas sobre o mal causado pelo uso de tabacos e as doenças que acarreta o seu uso.
Projeto	Combate ao tabagismo
Resultados esperados	Espera-se uma melhora nos hábitos de vida dos pacientes avaliados e uma diminuição de 75% do uso de tabaco pelos pacientes da unidade.
Produtos esperados	Realizar palestras e reuniões em grupos com os profissionais de saúde da unidade.
Recursos necessários	Estrutural: Profissionais qualificados Cognitivo: Mais informação sobre o tema. Político: Apoio com recursos gráficos. Financeiro: Recursos para compra de material para as classes.
Recursos críticos	Estrutural: profissionais Cognitivo: nenhum Político: Adesão do gestor local Financeiro: recursos para impressão de folder
Controle dos recursos críticos	Equipe de saúde da família
Ações estratégicas	Contar com associação de moradores para atingir a todos os usuários
Prazo	Seis meses
Responsáveis pelo acompanhamento das ações	Equipe de saúde da família
Processo de monitoramento e avaliação das ações	Levantamento e orientação dos pacientes usuários de tabaco

Quadro 4 - Operações sobre o “nó crítico 3” relacionado ao problema “Tabagismo”, na população sob responsabilidade da Equipe de Saúde da Família Bela Vista, do município Montes Claros, estado de Minas Gerais.

Nó crítico 3	Dependência ao tabaco
Operações	Conscientizar as pessoas sobre os riscos do uso do tabaco.
Projeto	Vida nova
Resultados esperados	Diminuir 75% do número de usuários de tabaco em um ano.
Produtos esperados	Palestras e programa de apoio.
Recursos necessários	Estrutural: Pessoal de apoio para palestras. Cognitivo: Mais informação sobre o tema. Político: Conseguir o local. Financeiro: Recursos para as campanhas.
Recursos críticos	Estrutural: profissionais Cognitivo: nenhum Político: Adesão do gestor local Financeiro: recursos para impressão de folder alimentos para manipular na eSF
Controle dos recursos críticos	Equipe de saúde da família
Ações estratégicas	Contar com associação de moradores para atingir a todos os usuários
Prazo	Seis meses
Responsáveis pelo acompanhamento das ações	Enfermeiro, médico.
Processo de monitoramento e avaliação das ações	Orientação e acompanhamento dos pacientes usuários de tabaco.

Quadro 5 - Operações sobre o “nó crítico 4” relacionado ao problema “Tabagismo”, na população sob responsabilidade da Equipe de Saúde da Família Bela Vista, do município Montes Claros, estado de Minas Gerais.

Nó crítico 4	Falta de grupo operativo com os tabagistas
Operações	Grupo de tabagistas
Projeto	Sem Tabaco
Resultados esperados	Criar 2 grupos para tabagistas com 15 pacientes por vez em cada.
Produtos esperados	Consultas individuais, palestras em grupo.
Recursos necessários	Estrutural: Pessoal do próprio NASF. Cognitivo: Mais informação sobre o tema. Político: Apoio com recursos gráficos e audiovisuais. Financeiro: Recursos para compra de medicamentos
Recursos críticos	Estrutural: profissionais Cognitivo: Nenhum Político: adesão do gestor Financeiro: material áudio visual e medicamentos
Controle dos recursos críticos	Enfermeira, médico, ACS da Unidade
Ações estratégicas	Acolhimento aos usuários
Prazo	Início Janeiro/2019
Responsáveis pelo acompanhamento das ações	Médico, enfermeira, ACS
Processo de monitoramento e avaliação das ações	Orientação e acompanhamento dos pacientes usuários de tabaco.

7 CONSIDERAÇÕES FINAIS

O tabagismo é um costume que se disseminou ampla e rapidamente entre a humanidade. O hábito de fumar e mascar a planta invadiu todos os continentes, as cidades e o campo, antes do final do século XVII.

Alguns desafios ainda devem ser superados para o combate do tabagismo no Brasil, como o fato do produto no país ser um dos mais baratos do mundo, dificulta o seu combate. Bem como, o uso de produtos que contem nicotina por adolescentes que são atraídos por experiências diferentes, iniciando assim a sua dependência pela nicotina que pode atingir a fase adulta.

Desta forma, podemos verificar a importância do grupo operativo para que os pacientes consigam parar de fumar e é a partir dos nós críticos expostos conseguiremos melhorar a qualidade de vida dos pacientes.

REFERÊNCIAS

ALENCAR, A. M. *et al.* **Protocolo assistencial de enfermagem para o acompanhamento da obesidade do município de Montes Claros**. 3ª revisão. Secretaria Municipal de Saúde de Montes Claros, 2017.

BRASIL. Ministério da Saúde. Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA). **A Anvisa e o controle dos produtos derivados do tabaco**. Brasília: Ministério da Saúde, 2007.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Política Nacional de Atenção Básica**. Brasília: Ministério da Saúde, 2012.

FARIA, H. P. H.; CAMPOS, F. C. C.; SANTOS., M. A.. **Planejamento, avaliação e programação das ações de saúde**. Belo Horizonte: NESCON/UFMG, 2018.

GIOVANELLA, L.; LOBATO, L. V. C.; CARVALHO, A. I.; CONILL, E. M.; CUNHA, E. M. Sistemas Municipais de Saúde e a diretriz da integralidade da atenção: critérios para avaliação. **Saúde em Debate**, v.26, n.60, p.37-61, 2002. Disponível em: <http://www6.ensp.fiocruz.br/repositorio/sites/default/files/arquivos/SistemasMunicipaisSa%C3%BAde.pdf>. Acesso em: maio de 2019.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. IBGE **Produto Interno Bruto dos Municípios**, 2016. Disponível em: <https://cidades.ibge.gov.br/brasil/mg/montes-claros/pesquisa/38/46996>. Acesso em: abril de 2019.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. IBGE. **Montes Claros**, 2017. Disponível em: <https://cidades.ibge.gov.br/brasil/mg/montes-claros/panorama>. Acesso em: abril de 2019.

INSTITUTO NACIONAL DO CÂNCER. INCA. **Programa Nacional de Controle do Tabagismo**. Instituto Nacional de Câncer – INCA, 2019. Disponível em: <https://www.inca.gov.br/tabagismo>. Acesso em: julho de 2019.

INSTITUTO NACIONAL DO CÂNCER. INCA. **Programa Saber Saúde: buscando formar cidadãos conscientes**. Atualidades em Tabagismo e Prevenção do Câncer. Instituto Nacional de Câncer – INCA, 2001.

INSTITUTO NACIONAL DO CÂNCER. INCA. **Tabagismo causas e prevenção**. Instituto Nacional de Câncer – INCA, 2018. Disponível em: <https://www.inca.gov.br/tabagismo>. Acesso em: junho de 2019.

INSTITUTO NACIONAL DO CÂNCER. INCA. **Tabagismo um grave problema de saúde pública**. 1ª edição. Instituto Nacional de Câncer – INCA, 2007.

LEITE, L. T. *et al.* **Dados gerais da cidade de Montes Claros**. Secretaria municipal de desenvolvimento econômico, turismo, ciência e tecnologia - Prefeitura municipal de Montes Claros, 2017. Disponível em:

http://www.montesclaros.mg.gov.br/desenvolvimento%20economico/div_ind-com/pdf/Dados%20Gerais%20da%20cidade%20de%20Montes%20Claros.pdf. Acesso em: maio de 2019.

LEITE, M. E.; PEREIRA, A. M. **Expansão territorial e os espaços de pobreza na cidade de Montes Claros**. Anais do X Encontro de Geógrafos da América Latina - Universidade de São Paulo, 2005.

MONTES CLAROS. Prefeitura Municipal de Montes Claros. **Aspectos Gerais**. Montes Claros, 2019. Disponível em: <https://portal.montesclaros.mg.gov.br/cidade/aspectos-gerais#>. Acesso em: abril de 2019.

OLIVEIRA, R. M.; FUREGATO, A. R. F. Opinião dos portadores de transtorno mental sobre o fumo e sua proibição na internação psiquiátrica. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, 2014.

PANTANI D, PINSKY I, MONTEIRO A. **Publicidade de tabaco no ponto de venda**. Instituto Nacional de Ciência e Tecnologia para Políticas Públicas do Álcool e Outras Drogas - INPAD, São Paulo, 2011.

SCHNEIDER, A.; KUJAWA, H.; ANDRADE, J.; BOTH, V.; BRUTSCHER, V. **Financiamento do SUS - A luta pela efetivação do Direito Humano à Saúde**. Fórum Sul da Saúde (PR, SC e RS) e CEAP - Centro de Educação e Assessoramento Popular, 2005. Disponível em: http://epsm.nescon.medicina.ufmg.br/dialogos2/Biblioteca/Artigos_pdf/cartilha_financiamento_do_SUS_a_luta.pdf. Acesso em: abril de 2019.

SILVA, S. T.; MARTINS, M. C.; FARIA, F. R.; COTTA, R. M. M. Combate ao Tabagismo no Brasil: a importância estratégica das ações governamentais. **Ciência saúde coletiva**, v.19, n. 2, p.539-552, 2014. Disponível em: <https://www.scielosp.org/article/csc/2014.v19n2/539-552/>. Acesso em: junho de 2019.