

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

SAMILA BEATRIZ DE SOUZA ROCHA

**PLANO DE INTERVENÇÃO: AÇÃO EDUCATIVA PARA A
PREVENÇÃO DO TABAGISMO AOS USUÁRIOS DA ESTRATÉGIA
DE SAÚDE DA FAMÍLIA BICAS NO MUNICÍPIO DE RIO
PIRACICABA/MINAS GERAIS**

IPATINGA/ MINAS GERAIS

2019

SAMILA BEATRIZ DE SOUZA ROCHA

**PLANO DE INTERVENÇÃO: AÇÃO EDUCATIVA PARA A
PREVENÇÃO DO TABAGISMO AOS USUÁRIOS DA ESTRATÉGIA
DE SAÚDE DA FAMÍLIA BICAS NO MUNICÍPIO DE RIO
PIRACICABA/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: Prof^a Dr^a Isabel Aparecida Porcatti de Walsh

IPATINGA/ MINAS GERAIS

2019

SAMILA BEATRIZ DE SOUZA ROCHA

**PLANO DE INTERVENÇÃO: AÇÃO EDUCATIVA PARA A
PREVENÇÃO DO TABAGISMO AOS USUÁRIOS DA ESTRATÉGIA
DE SAÚDE DA FAMÍLIA BICAS NO MUNICÍPIO DE RIO
PIRACICABA/MINAS GERAIS**

Banca examinadora

Professora Dr^a Isabel Aparecida Porcatti de Walsh - UFTM

Professora Dr^a Nayara Ragi Baldoni Couto, Universidade de Itaúna (UIT)

Aprovado em Belo Horizonte, em – de ----- de 2019.

DEDICATÓRIA

Dedico este trabalho aos meus pais, aos meus irmãos e a toda minha família que, com muito carinho e apoio, não mediram esforços para que eu chegasse até esta etapa da minha vida.

AGRADECIMENTOS

Agradeço em primeiro lugar a Deus por ter guiado meu caminho para que eu pudesse chegar até aqui, por ter me dado força e coragem para superar todas as dificuldades. Agradeço também aos meus pais que estiveram ao meu lado durante toda minha caminhada, pelo amor, incentivo e apoio incondicional!

Não sei se a vida é curta ou longa para nós, mas sei que nada do que vivemos tem sentido se não tocarmos o coração das pessoas. (Cora Coralina)

RESUMO

O uso do tabaco tem reduzido no país com a criação de legislações específicas e da intensificação das ações de promoção da saúde. Este é um fator de risco para as doenças crônicas não transmissíveis. A Estratégia de Saúde da Família, com as suas ações de promoção saúde, é responsável por apoiar esses usuários e disseminar informação e incentivar a participação das ações e na cessação do uso do tabaco. Este projeto tem como objetivo elaborar um plano de intervenção para os usuários de tabaco, com a criação do grupo de tabagismo na Unidade Básica de Saúde Bicas do Município de Rio Piracicaba, Minas Gerais. O plano de intervenção vai ser desenvolvido na área de abrangência da Estratégia de Saúde da Família Bicas do Município de Rio Piracicaba Minas Gerais. O público-alvo será constituído pelos usuários em uso de tabaco que fazem parte do cadastro na unidade de saúde e que disponibilizem a participar do grupo. A proposta foi elaborada a partir do Planejamento Estratégico Situacional e através de revisão de literatura nas bases de dados da Biblioteca Virtual de Saúde com os seguintes descritores de saúde: Estratégia de Saúde da Família; Tabagismo; Educação em saúde, Prevenção. Por meio desse plano de intervenção esperamos implantar o grupo de tabagismo na unidade e dessa forma prevenir as doenças e suas complicações envolvendo o uso do tabaco.

Palavras chave: Estratégia de Saúde da Família; Tabagismo; Educação em saúde.

ABSTRACT

The use of tobacco is no different from country with the creation of specific legislation and the intensification of health promotion actions. This is a risk factor for chronic non communicable diseases. The Family Health Strategy, with health promotion actions, is responsible for the use of users and the dissemination of information and the participation of actions and cessation of tobacco use. tobacco users, with a creation of the tobacco group Basic Health Unit Bicas of Rio Piracicaba Municipality, Minas Gerais. The identification plan will be developed in the area covered by the Bicas Family Health Strategy of the Rio Piracicaba State of Minas Gerais. The target audience will be the tobacco users who are part of the registry in the health unit and who provide a working group. The proposal was elaborated from the situational data plan and literature review in the databases of the Virtual Health Library with the Health Descriptors: Family Health Strategy; Smoking; Health education, Prevention. The intervention plan is a process of forming a working group to prevent and reduce dependence on tobacco use.

Keywords: Family Health Strategy; Smoking; Health education.

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	10
1.1 ASPECTOS GERAIS DO MUNICÍPIO.....	10
1.2 ASPECTOS DA COMUNIDADE	10
1.3 O SISTEMA MUNICIPAL DE SAÚDE.....	10
1.4 A UNIDADE BÁSICA DE SAÚDE DR. DANILO LUIZ CAMILO	11
1.5 A EQUIPE DE SAÚDE DA FAMÍLIA BICAS, DA UNIDADE BÁSICA DE SAÚDE DR DANILO LUIZ CAMILO	11
1.6 O FUNCIONAMENTO DA EQUIPE DE SAÚDE DA FAMÍLIA BICAS	12
1.7 O DIA A DIA DA EQUIPE BICAS	12
1.8 ESTIMATIVA RÁPIDA: PROBLEMAS DE SAÚDE DO TERRITÓRIO E DA COMUNIDADE	12
1.9 PRIORIZAÇÃO DOS PROBLEMAS – A SELEÇÃO DO PROBLEMA PARA PLANO DE INTERVENÇÃO	13
2 JUSTIFICATIVA.....	15
3 OBJETIVOS.....	16
3.1 OBJETIVO GERAL	16
3.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS.....	16
4 METODOLOGIA	17
5 REVISÃO BIBLIOGRÁFICA.....	18
5.1 TABAGISMO	18
5.2 TABAGISMO E ADOECIMENTO	18
5.3 POLÍTICA DE CONTROLE DO TABACO.....	19
6 PLANO DE INTERVENÇÃO.....	24
6.1 Descrição do problema selecionado	24
6.3 Seleção de nós críticos.....	24
6.4 Desenho das Operações	24
7 CONSIDERAÇÕES FINAIS	28
REFERENCIAS.....	29

1 INTRODUÇÃO

1.1 ASPECTOS GERAIS DO MUNICÍPIO

O povoado de São Miguel de Rio de Piracicaba teve a sua origem como demais locais no estado de Minas Gerais, devido a extração do ouro na última década do século XVII e início do século XVIII. A sua fundação ocorreu pelo paulista João dos Reis Cabral, que saiu da sua cidade a procura de ouro (RIO PIRACICABA, 2019).

Sua população estimada em 2018 é de 14.346 habitantes, e no Censo em 2010 14149 pessoas, com densidade demográfica 37,93 hab./ Km² (IBGE,2018).

O município possui dezesseis bairros (Santa Isabel, Bicas, Louis Enschede, Centro, São Sebastião, Mariana Vasconcelos, Nossa Senhora da Conceição, Praia, Bom Jesus, Conjunto Habitacional Padre Levy – Serra Pelada, São Miguel, COHAB, Jardim das Rosas, Ponte Saraiva, Brumadinho, e Nossa Senhora de Fátima), dois distritos (Conceição de Piracicaba e Padre Pinto), e uma vasta zona rural dividida em: sete povoados, oitenta e duas fazendas e sítios (RIO PIRACICABA, 2019).

1.2 ASPECTOS DA COMUNIDADE

O bairro Louis Enschede, onde fica a Unidade Básica de Saúde (UBS) Bicas com uma população aproximada de 3.014 pessoas, é dividido entre uma população urbana e rural. Existe saneamento básico, com utilização de água tratada pela empresa COPASA, mas algumas pessoas da comunidade ainda utilizam poços artesianos e cisternas. O bairro tem coleta de lixo em algumas localidades, porém, na parte que é a zona rural, as pessoas não têm esse serviço. As ruas são quase todas asfaltadas, possui três escolas na área de abrangência da comunidade, e a Associação de Pais e Amigos dos Excepcionais de Rio Piracicaba (APAEE). Tem uma praça e pelo menos quatro empresas (Diamond engenharia, empresa de engenharia elétrica; Silk arte, empresa de designer gráfico; Vale mineradora; Engemec, serviço de manutenção), sendo três delas na rua da UBS. A população vive dos empregos dessas empresas e uma outra parte trabalha na zona rural, com plantio.

1.3 O SISTEMA MUNICIPAL DE SAÚDE

Rio Piracicaba pertence a região de saúde de Itabira, possui cinco unidades básicas de saúde, um hospital municipal Julia Kubitschek, e a referência para casos mais complexos é o Hospital Margarida que fica no município de João Monlevade.

1.4 A UNIDADE BÁSICA DE SAÚDE DR. DANILO LUIZ CAMILO

A UBS Dr. Danilo Luiz Camilo (mais conhecida como Samitre), fica no bairro Louis Ensich, Rua Boanerges Tostes Junior número 305. Aloja a Equipe da Estratégia de Saúde da Família da área 03, segmento 002 do município de Rio Piracicaba. Quando foi fundada, a UBS se situava em uma casa alugada na Praça Leão XIII nº 10, foi inaugurada em julho de 2012 e desde então aloja uma Equipe de ESF tipo I. A unidade funciona em sua sede própria, com uma estruturada adequada para o atendimento à população, a sala da recepção possui um espaço para a recepcionista, com um balcão de atendimento e cadeira. O espaço da sala de espera dos usuários contém cadeiras, uma televisão que é utilizada para transmitir informações de saúde, uma mesa para o público infantil com lápis de cor e outras coisas para crianças. A unidade tem os consultórios médicos e de enfermagem (que são utilizados para a realização da coleta do preventivo, sala de curativo e outros procedimentos), sala de vacina, consultório odontológico e uma sala para reunião e atividades de educação em saúde. A relação da comunidade com a Unidade é satisfatória, apesar de algumas questões eventuais do dia a dia, porém percebe-se que a população se utiliza desse serviço como o seu primeiro contato ao serviços de saúde.

1.5 A EQUIPE DE SAÚDE DA FAMÍLIA BICAS, DA UNIDADE BÁSICA DE SAÚDE DR DANILO LUIZ CAMILO

A Estratégia de Saúde da Família (ESF) Bicas conta com uma equipe de saúde composta por uma médica, uma enfermeira, uma técnica de enfermagem e sete Agentes Comunitários de Saúde (ACS). Atende população de região urbana e rural e tem sete micro áreas 3.045 pessoas, que formam 1.005 famílias. Presta serviços tais como acolhimento, atendimento de enfermagem, atendimento médico, prevenção e tratamento de doenças (hipertensão arterial e diabetes, dentre outras), curativos, distribuição de preservativos, educação em saúde, exame citopatológico do colo do útero, administração de alguns medicamentos sob prescrição médica, nebulização,

planejamento familiar, pré-natal e puericultura São realizados ainda atendimento médico e de enfermagem em domicílio e visitas domiciliares pelos ACS.

1.6 O FUNCIONAMENTO DA EQUIPE DE SAÚDE DA FAMÍLIA BICAS

A UBS Bicas abre das 07h:00min as 12h:00min e das 13h:00min as 16h:00min horas de segunda a sexta. O trabalho realizado na unidade é exercido em conjunto com todos os profissionais que atuam ali, cada um de acordo com as suas responsabilidades. O atendimento básico é realizado na unidade, tentando ser o primeiro contato do usuário no serviço de saúde, os casos que não são atendidos na unidade, são encaminhados para os outros pontos de referência do município ou do município polo que é Joao Monlevade. A equipe realiza ações intersetoriais com a escola, com atividades de promoção a saúde voltadas para o grupo estudantil.

A equipe realiza o acolhimento para os usuários diariamente na unidade, existindo dias para as ações programáticas em saúde, como o acompanhamento para as condições crônicas, e atendimento a gestantes e puericultura. A equipe tenta realizar um atendimento integral para todos os ciclos de vida, apesar do elevado número de demandas espontâneas diariamente na unidade.

1.7 O DIA A DIA DA EQUIPE BICAS

A equipe Bicas realiza visitas na comunidade, atividades e educação em saúde. Sua agenda é composta por 30 consultas diárias. Na parte da manhã são 18 consultas agendadas e duas vagas de urgência, na parte da tarde são oito consultas agendadas e duas vagas de urgência. A visita domiciliar é realizada na quinta-feira pela médica. Ainda, são realizados exames preventivos, acolhimento aos usuários, consultas de pré-natal e puericultura e atividades de saúde com o grupo de atividade física para idosos.

1.8 ESTIMATIVA RÁPIDA: PROBLEMAS DE SAÚDE DO TERRITÓRIO E DA COMUNIDADE

Observa-se que a população da Equipe Bicas, apresenta problemas comuns a várias unidades de saúde como: tabagismo, alta incidência de hipertensão e diabetes,

parasitismo intestinal, doenças respiratórias agudase falta de atendimento odontológico.

1.9 PRIORIZAÇÃO DOS PROBLEMAS – A SELEÇÃO DO PROBLEMA PARA PLANO DE INTERVENÇÃO

A realização do diagnóstico situacional e o levantamento dos principais, o Quadro 1, denominado como classificação de prioridade para os problemas identificados no diagnóstico situacional, demonstra os principais problemas da equipe de saúde Bicas.

Destaca-se que a importância/ urgência foi classificada considerando a capacidade de enfrentamento da equipe de saúde para resolver o problema, sendo demonstrada por ordem decrescente. A equipe considerou dois problemas com pontuações iguais, no valor de cinco pontos, que foram parasitismo intestinal e doenças respiratórias agudas, entendendo que esses dois problemas podem ser causados por questões que dificultam a capacidade resolutiva da equipe.

As doenças respiratórias são refletidas devido ao minério da Vale. O problema de não atendimento odontológico, pode ser observado devido a questão da recente inserção da saúde bucal na atenção à saúde, quanto ao problema de alta incidência de hipertensão e diabetes, a equipe entendeu que já existem diversas ações para essa questão, devendo então serem reorganizadas. E, por fim, o tabagismo foi escolhido pela equipe como problema prioritário e acredita ter capacidade de enfrentamento para melhorar o problema, pois necessita realizar a criação do grupo de tabagismo conforme preconizado pelo Ministério da Saúde.

Quadro 1. Classificação de prioridade para os problemas identificados no diagnóstico da comunidade adscrita Equipe de Saúde da Família Bicas da Unidade Básica de Saúde Dr. Danilo Luiz Camilo, no município de Rio Piracicaba/MG, 2018.

Problemas	Importância*	Urgência**	Capacidade de enfrentamento***	Seleção/ Priorização****
Tabagismo	Alta	10	Parcial	1
Alta índice de hipertensão e diabetes.	Alta	6	Parcial	2

Parasitismo intestinal.	Alta	5	Parcial	2
Doenças respiratórias agudas.	Alta	5	Parcial	3
Não atendimento odontológico (saúde bucal).	Médio	4	Fora	4
Total		30		

Fonte: Autoria própria (2019)

* Alta, média ou baixa

**Total de pontos distribuídos em “Urgência” deve totalizar 30

*** Total, parcial ou fora

2 JUSTIFICATIVA

A Organização Mundial de Saúde (OMS), em 2003 descreveu que o tabagismo é uma das principais causa de morte evitável em todo o mundo - atualmente 4 milhões de óbitos anuais, podendo chegar, em 2030, a 10 milhões de mortes. Além da mortalidade, o hábito de fumar está associado ao aparecimento de doenças crônicas como a hipertensão, infarto do miocárdio, acidente vascular cerebral, doenças respiratórias, coronariopatias e vários tipos de câncer (WHO,2008).

Atualmente a ESF Bicas tem aproximadamente 225 pessoas que se autodeclararam tabagistas e, em consequência disso, com doenças relacionadas como doenças respiratórias agudas. Porém, até o momento, apenas 11 estão cadastradas para participar do grupo. Vários usuários desistiram após a entrevista por quererem apenas receber o medicamento.

A escolha pelo problema tabagismo deu-se devido a magnitude deste problema para a saúde da população e do entendimento da equipe em ter governabilidade diante do problema. A equipe tem tentado implantar o grupo de tabagismo e o plano de intervenção irá colaborar na organização dessa ação.

3 OBJETIVOS

3.1 OBJETIVO GERAL

Elaborar um plano de ação voltado para o problema tabagismo na equipe de saúde da família Bicas, na Unidade Básica de Saúde Dr. Danilo Luiz Camilo, no município de Rio Piracicaba/MG.

3.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Identificar os usuários que utilizam tabaco adscritos a área da equipe;
- Realizar atividades educativas com os usuários relacionados com o tema tabagismo, elevando assim seus conhecimentos, diminuindo os riscos e ampliando a adesão ao grupo de tabagismo;
- Identificar as dificuldades e facilidades na adesão ao tratamento do tabagismo.

4 METODOLOGIA

Para este trabalho foi utilizado o diagnóstico situacional da área de abrangência da Estratégia de Saúde da Família (ESF) Bicas onde foi realizado um levantamento dos principais problemas apresentados na comunidade. O método utilizado será o Planejamento Estratégico Situacional (PES), desenvolvido durante a disciplina de Planejamento e Avaliação e Programação da Saúde. Para a realização do PES é necessário que se siga os dez passos: identificação dos problemas, classificação e priorização de problemas, explicação do problema selecionado, descrição do problema selecionado, seleção dos “nós críticos”, desenho das operações sobre os nós críticos (operações, projeto/resultados esperados, produtos esperados, identificação dos recursos necessários/recursos críticos/controle dos recursos críticos, análise de viabilidade do plano – controle de recursos críticos: atores, motivação e ação estratégica, elaboração do plano operativo e gestão do plano (CAMPOS; FARIA; SANTOS, 2018).

Para auxiliar o trabalho, foi realizada uma busca na base de dados da Biblioteca Virtual em Saúde (BIREME), usando as seguintes palavras chaves: Estratégia de Saúde da Família, tabagismo, educação em saúde, prevenção.

5 REVISÃO BIBLIOGRÁFICA

5.1 TABAGISMO

Na lista de Classificação Internacional de Doenças (CID-10), o tabagismo está inserido no grupo dos transtornos mentais e comportamentais. Abrange numerosos distúrbios que diferem entre si pela gravidade e sintomatologia, mas constituem transtornos que têm, em comum, a relação com o uso de substâncias psicoativas, que podem ser prescritas ou não por um médico (CENTRO COLABORADOR DA OMS PARA A CLASSIFICAÇÃO DE DOENÇAS EM PORTUGUÊS, 2019).

É caracterizado como uma doença epidêmica, devido a estimativa de que um terço da população mundial adulta seja fumante. O hábito de fumar tem se configurado como a principal causa de mortes evitáveis, relacionando-se ao óbito prematuro de aproximadamente seis milhões de indivíduos, principalmente em países subdesenvolvidos ou em desenvolvimento (OMS,2015).

De acordo com dados da Organização Mundial de Saúde, em 2016, no mundo, 1,1 bilhão de pessoas eram tabagistas e cerca de um terço dos adultos e metade dos jovens estavam expostos a fumaça do tabaco, o que se denomina de fumante passivo (OMS, 2016).

De acordo com Teixeira; Paiva; Ferreira (2017), a prevalência do hábito de fumar no Brasil entre o início da década de 90 e início do século XXI reduziu em média 35%. Para os autores essa redução deve-se as fortes campanhas e ao estabelecimento de uma legislação na restrição ao uso do tabaco. Dados do sistema de vigilância de fatores de risco e proteção para doenças crônicas por inquérito telefônico (VIGITEL) de 2016, demonstram que o tabagismo tem reduzido no Brasil, o que corrobora com Teixeira; Paiva; Ferreira (2017). No ano de 2006, a frequência de adultos fumantes era de 15,7%; em 2016, foi registrada prevalência de 10,2%, sendo maior no sexo masculino (12,7%) do que no feminino (8%). Apesar dos autores identificarem essa redução na prevalência do tabagismo nos últimos anos, o mesmo ainda é considerado um grave problema de saúde pública, e que reflete em custos gerados para o sistema de saúde (BRASIL, 2016).

5.2 TABAGISMO E ADOECIMENTO

Segundo o National Center for Chronic Disease Prevention and Health Promotion “estima-se que o tabagismo esteja relacionado a aproximadamente 50 doenças e a seis milhões de óbitos anuais”. Além disso, tem-se um elevado custo econômico referente ao tabagismo relacionado ao produto interno bruto mundial, questões de danos ambientais e contaminação do solo, assim como incêndio e desmatamento (NATIONAL CENTER FOR CHRONIC DISEASE PREVENTION AND HEALTH PROMOTION, 2014).

Portes; Machado; Turci (2018) descrevem que o tabagismo é a principal causa de mortes prematuras evitáveis no mundo. Teixeira; Paiva; Ferreira (2017) descrevem que o uso de tabaco é um dos principais fatores de risco para as doenças crônicas não transmissíveis e a OMS (2010) afirma que é um dos principais fatores de risco para as doenças crônicas não transmissíveis, sendo responsável por 71% dos casos de câncer de pulmão, 42% das doenças respiratórias crônicas e 10% das doenças cardiovasculares, gerando suntuosos gastos com internações, medicamentos e diminuição de produtividade.

A Organização Mundial de Saúde prevê que, se as tendências de uso do tabaco forem mantidas, em 2030, ocorrerão mais de oito milhões de mortes, 80% destas em países de baixa e média renda (WHO, 2011). No Brasil, estima-se que 156.200 pessoas morram a cada ano por doenças associadas ao fumo ativo e passivo, mortes essas que se concentram em populações mais vulneráveis. Acredita-se que o custo com as consequências do consumo de produtos derivados do tabaco no país seja de quase R\$ 57 milhões por ano, sendo 39,3 bilhões por assistência médica e tratamento e 17,5 bilhões por perda de produtividade (PINTO et al, 2017)

No entanto, a indústria do tabaco é uma grande ameaça à contenção do tabagismo. Apesar de ser o segundo maior produtor e o maior exportador de fumo do mundo, o Brasil é uma referência internacional no controle do tabaco (PINTO; PICHON-RIVIERE; BARDACH, 2015).

5.3 POLÍTICA DE CONTROLE DO TABACO

Romero; Costa; Silva (2011) descrevem que a partir dos anos 2000, constatou-se a expansão de políticas públicas que buscavam reduzir o impacto negativo do tabagismo em vários países. O Brasil é considerado uma referência internacional no controle do tabaco, com ações implementadas há mais de três décadas.

O primeiro tratado de saúde pública foi a Convenção-Quadro para Controle do Tabaco (CQCT) negociado sob a proteção da Organização Mundial da Saúde. Esse tratado tinha como medidas que visassem a redução da demanda e da oferta do tabaco a cooperação científica e técnica, a proteção ao meio ambiente e medidas legislativas e legais para tratar da responsabilidade penal e civil. O fortalecimento da implementação da CQCT foi elencado como um dos componentes da Agenda 2030 para o Desenvolvimento Sustentável (WHO, 2003).

No que se diz respeito à implementação de medidas de controle do tabaco, a política brasileira é uma das mais avançadas no mundo. O Brasil é uma referência internacional no controle do tabaco, sendo um dos primeiros países a regular a descrição, o conteúdo e as emissões dos produtos derivados do tabaco e a adotar imagens de advertência nas embalagens de cigarros (SALDANHA, 2015; PORTES; MACHADO, 2015)

Pode-se apontar como um primeiro marco de medidas de controle do tabaco na política brasileira, a criação do Programa Nacional de Combate ao Fumo (PNCF) em 1986, que passou a guiar a atuação da União no controle do tabaco com o apoio técnico do 'Grupo Assessor'. O PNCF teve gestão compartilhada entre o Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social e o Ministério da Saúde (COSTA; SILVA, 1988).

Em 1988, com a Constituição Federal, teve um importante papel para o controle do tabaco no Brasil, serviu como base para justificar as medidas antitabaco posteriores. A concepção de saúde como direito de todos e dever do Estado e a instituição do Sistema Único de Saúde (SUS) configuraram um relevante pano de fundo para o desenvolvimento de medidas de prevenção do tabagismo e apoio à cessação do tabagismo (TEIXEIRA; JAQUES, 2011)

O Instituto Nacional de Câncer (INCA), assumiu em 1989 a coordenação das ações nacionais do Programa Nacional de Controle do Tabagismo. O Programa buscava reduzir a aceitação social do tabagismo a partir da prevenção à iniciação ao fumo, da proteção da população contra a exposição à fumaça do tabaco e do apoio à cessação do tabagismo (CAVALCANTE, 2005; INCA, 2007).

Tanto o Pacto pela Saúde de 2006 como a Política Nacional de Promoção da Saúde (PNPS), tiveram como prioridade as ações de promoção incluindo a prevenção e o controle do tabagismo (BRASIL, 2006; BRASIL, 2007).

O dia 31 de Maio é considerado o Dia Mundial Sem tabaco. Foi criado em 1987 pela OMS, e é uma forma de alerta para a prevenção das doenças relacionados ao tabagismo. A Lei Federal nº. 7.488 decretou o Dia Nacional de Combate ao Fumo, sendo o dia nacional do combate ao tabaco e tem como objetivo reforçar as ações nacionais de sensibilização e mobilização da população brasileira para os danos sociais, políticos, econômicos e ambientais causados pelo tabaco (INCA, 2019).

Em 2015, a fim de instrumentalizar os profissionais atuantes no serviço da Atenção Básica, o Ministério da Saúde lançou o Caderno 40 de Atenção Básica- Estratégias para o cuidado da pessoa com Doença Crônica- O cuidado da pessoa tabagista (BRASIL, 2015).

O auxílio à cessação do tabagismo inclui o aconselhamento comportamental, que pode ou não estar associado ao tratamento farmacológico. As intervenções grupais, pela boa relação custo-benefício, permitem assistência simultânea a múltiplas pessoas, possibilitando que o indivíduo se sinta acolhido. Dessa forma, acredita-se que a Atenção Primária à Saúde (APS) consiga exercer impacto positivo no controle do tabagismo, por se tratar de um cenário que aproxima os profissionais da saúde e a comunidade, com foco em ações de promoção, manutenção e melhora da saúde (PORTES et al.2014).

O tratamento para cessação do tabagismo deve ser valorizado e priorizado na Atenção Primária a Saúde, tanto quanto os tratamentos para hipertensão ou diabetes. O tratamento para cessação do tabagismo tem sido referido como o “padrão-ouro” de custo-efetividade nos cuidados em saúde, tendo em vista que o custo de implementação do programa de controle do tabagismo, incluindo os dispositivos de capacitação profissional e a aquisição de medicamentos, é muito menos oneroso do que o tratamento das doenças relacionadas ao tabaco (BRASIL, 2015).

5.3 GRUPOS ANTITABACO: EXPERIÊNCIAS

Além da abordagem individual, existe a abordagem através de grupo na cessação do tabaco. Para Lancaster; Stead (2005) esse tratamento em grupo tem como uma de suas principais vantagens o fato de possibilitar a troca de experiências entre os participantes, aspecto terapêutico de grande valia e que contribui significativamente para o processo de cessação.

O Consenso de Abordagem e Tratamento do Fumante em 2001 adotou a organização de grupos para a cessação de tabagismo, esses grupos têm quatro sessões com uma duração de 90 minutos, com periodicidade semanal, porém é necessário que a equipe avalie a realidade das necessidades da população da sua área de abrangência. E após os quatro encontros, recomenda-se a avaliação posterior do usuário. Geralmente dois profissionais acompanham o grupo, sendo um coordenador e o outro observador (BRASIL, 2015).

Em um estudo transversal com tabagistas de uma Unidade de Saúde do Maringá de 2018, trouxe que dos 72 tabagistas, 51 informaram que desconheciam o Programa Nacional de Controle do Tabagismo e a proposta de grupos de cessação. O estudo traz como as barreiras identificadas para a não adesão aos grupos foram dificuldade de locomoção à unidade de saúde e incompatibilidade de horários com a rotina dos tabagistas. Entre os entrevistados, 42 mostraram interesse em participar de intervenção voltada ao controle do tabagismo, sugerindo maior acesso a informações e mudanças na abordagem das atividades.

Apesar das tentativas e programas de cessação tabágica, o número de fumantes que participa das atividades oferecidas, em particular do grupo cognitivo-comportamental, ainda é bastante reduzido. Destaca-se que a dificuldade de locomoção até a unidade ou a incompatibilidade de horários ainda representam importantes obstáculos para o sucesso dos grupos, o que incita os benefícios potenciais da formação de grupos em horários alternativos (PEREIRA et al, 2018).

Estudo de Almeida; Rodrigues, Freire (2013), descreve que a escassez de informações quanto à existência dos grupos na APS foi uma barreira identificada, e bastante relevante para a não adesão dos tabagistas à atividade, apontando a necessidade de melhorar os meios de divulgação das atividades, grupos e acessibilidade de informações. Nesse sentido, é preciso capacitar os profissionais que trabalham com grupos, com o objetivo de explorar melhor os recursos disponíveis no SUS para garantir a acessibilidade de todos aos serviços.

Em um estudo realizado em uma universidade pública, por meio da implantação de um Programa de Cessação do Tabagismo (PCT), identificou que, dos 128 fumantes inscritos, 76% compareceram ao primeiro encontro, dos quais 71% efetivamente concluíram o PCT. O estudo inferiu que estratégias de recrutamento que combinem estratégias ativas sejam mais eficazes para captação e adesão de fumantes (LOPES et al., 2014).

6 PLANO DE INTERVENÇÃO

O plano de intervenção está baseado na metodologia do Planejamento Estratégico Situacional, onde se define o problema, descreve, explica e seleciona os seus “nós críticos” (CAMPOS; FARIA; SANTOS, 2018). O problema priorizado nesse projeto é o tabagismo.

6.1 Descrição do problema selecionado

Após a priorização dos problemas pela equipe da ESF Bicas, o problema tabagismo foi escolhido como o principal problema, levando em consideração os dados encontrados das pessoas em uso de tabaco, para o problema também considerou a capacidade do conhecimento da equipe e da capacidade de enfrentamento da mesma diante do problema em questão.

Na ESF Bicas, em um universo de 3045 pacientes, 225 usuários se autodeclaram tabagistas, sendo um total de 7,39% da população. Esses usuários estão divididos nas sete microáreas da equipe de saúde. Desse total de usuários, 11 apenas estão inscritos para adesão ao grupo de tabagismo.

Os usuários utilizam o tabaco, porém quando realizam a busca pelo tratamento não querem participar das atividades. Estes procuram apenas ser medicalizados e, dessa forma, não aderem ao grupo que se torna importante no processo do tratamento contra o tabagismo. A equipe tem essa adesão como o grande problema para o início seu trabalho.

6.3 Seleção de nós críticos

Os nós críticos identificados relacionados ao problema “tabagismo” incluem:

- Baixo nível de informação;
- Hábitos e estilos de vida inadequados;
- Processo de trabalho da equipe de saúde;

6.4 Desenho das Operações

O desenho das operações é o momento após a seleção do problema, da sua explicação e da seleção dos seus nós críticos que se inicia a elaboração do plano de intervenção que é capaz de criar soluções e estratégias para o enfrentamento do problema (CAMPOS; FARIA; SANTOS, 2018).

No Quadros desenvolvidos abaixo serão apresentados as operações/projetos, resultados, produtos esperados, recursos necessários, recursos críticos ações estratégicas, processo de monitoramento e avaliação para o nós críticos identificados para o problema tabagismo.

Quadro 2. Operações sobre o nó crítico 1 relacionado ao problema “Tabagismo”, na população sob responsabilidade da Equipe de Saúde da Família Bicas da Unidade Básica de Saúde Dr. Danilo Luiz Camilo, no município de Rio Piracicaba/MG, 2019.

Nó crítico 1	Baixo Nível de informação
Operação (operações)	Aumentar o nível de informação da população sobre os riscos do uso do tabaco.
Projeto	Saber Mais Tabagismo
Resultados esperados	População mais informada sobre os riscos do uso do tabaco.
Produtos esperados	Avaliação do nível de informação da população sobre os riscos do tabaco; Capacitação da equipe sobre a abordagem a esses usuários; Criação de atividades educativas sobre o tema.
Recursos necessários	Cognitivo: informação sobre o tema e estratégias pedagógicas. Político: articulação intersetorial com a educação, igrejas, empresas. Financeiro: Aquisição de recursos audiovisuais e folhetos educativos. Organizacional: organização de agenda de eventos
Recursos críticos	Cognitivo: informação sobre o tema e estratégias pedagógicas. Político: Articulação intersetorial com a educação, igrejas, empresas. Organizacional: organização de agenda de eventos Financeiro: Aquisição de recursos audiovisuais e folhetos educativos.
Controle dos recursos críticos	Setor de comunicação– Favorável Secretário de saúde- Favorável
Ações estratégicas	Apresentar o Projeto à Diretora do Centro de Saúde. Organizar educação permanente para a equipe sobre o tema. Elaboração das atividades educativas, incluindo o grupo de tabagismo.
Prazo	Três meses para o início da atividade
Responsáveis pelo acompanhamento das ações	Médica e Psicóloga do NASF
Processo de monitoramento e avaliação das ações	Avaliar o projeto em 6 meses.

Fonte: Autoria própria (2019)

Quadro 3. Operações sobre o nó crítico 2 relacionado ao problema “Tabagismo” na população sob responsabilidade da Equipe de Saúde da Família Bicas da Unidade Básica de Saúde Dr. Danilo Luiz Camilo, no município de Rio Piracicaba/MG, 2019.

Nó crítico 2	Hábitos e estilos de vida inadequados
Operação (operações)	Modificar hábitos e estilos de vida
Projeto	Saúde sem Tabaco
Resultados esperados	Reduzir o número de tabagistas e aumentar a adesão dos usuários ao grupo de tabagismo.
Produtos esperados	Implantação do programa de controle de tabagismo; Sala de espera
Recursos necessários	Cognitivos: Conhecimento sobre o tema. Políticos: Parceria, mobilização social, disponibilização de materiais. Organizacionais: Auxiliar a equipe nas divulgações dos grupos. Financeiro: Aquisição do material educativo e dos medicamentos
Recursos críticos	Cognitivos: Conhecimento sobre o tema. Políticos: Parceria, mobilização social, disponibilização de materiais. Organizacionais: Auxiliar a equipe nas divulgações dos grupos. Financeiro: Aquisição do material educativo e dos medicamentos
Controle dos recursos críticos	Secretaria de saúde – Favorável
Ações estratégicas	Apresentar o Projeto à Secretaria Municipal de Saúde.
Prazo	Início em 30dias
Responsáveis pelo acompanhamento das ações	Médica e Psicóloga do NASF
Processo de monitoramento e avaliação das ações	Avaliação após 6 meses do início do projeto

Fonte: Autoria própria (2019)

Quadro 4. Operações sobre o nó crítico 3 relacionado ao problema “Tabagismo” na população sob responsabilidade da Equipe de Saúde da Família Bicas da Unidade Básica de Saúde Dr. Danilo Luiz Camilo, no município de Rio Piracicaba/MG, 2018.

Nó crítico 3	Processo de trabalho da equipe de saúde
Operação (operações)	Implantar o programa de controle de tabagismo
Projeto	GRUPO BICAS TABAGISMO
Resultados esperados	Adesão de 50% dos usuários em uso de tabaco identificados na unidade no primeiro ano do grupo.
Produtos esperados	Programa de Controle do Tabagismo Implantado Equipe capacitada.
Recursos necessários	Cognitivos: Elaboração das estratégias para elaboração do grupo de tabagismo. Políticos: Articulação dos setores de saúde Organizacionais: Auxiliar a equipe nas divulgações dos grupos e no estabelecimento de fluxo.
Recursos críticos	Cognitivos: Elaboração das estratégias para elaboração do grupo de tabagismo. Políticos: Articulação dos setores de saúde Organizacionais: Auxiliar a equipe nas divulgações dos grupos e no estabelecimento de fluxo.
Controle dos recursos críticos	Secretaria de saúde – Favorável
Ações estratégicas	Apresentar o Projeto para a Secretaria de Saúde e para a comunidade.
Prazo	Imediato
Responsáveis pelo acompanhamento das ações	Médica e Psicóloga do NASF
Processo de monitoramento e avaliação das ações	Avaliação após 6 meses do início do projeto

Fonte: Autoria própria (2019)

7 CONSIDERAÇÕES FINAIS

O uso do tabaco tem se reduzido nos últimos anos, a partir da criação de legislação específica e de uma política que traz como objetivo a promoção prevenção da saúde. A utilização de tabaco está associada as doenças crônicas não transmissíveis, o que acarreta complicações para a saúde do indivíduo. Faz se necessário a mudança do estilo de vida do indivíduo, pois a cessação do tabaco envolve vários aspectos, desde questões comportamentais, até psicológicas. O tratamento pode ser realizado de forma individual, com um acompanhamento contínuo, podendo se utilizar ou não de fármacos.

Uma das ações que têm sido efetivas dentro da ESF é o grupo de tabagismo, que através de quadro encontros o usuário tem informações e o seu tratamento. A adesão tem que ser de forma voluntária. A ESF exerce um papel fundamental na prevenção e controle do uso do tabaco e seus fatores de risco, com a sua equipe multidisciplinar e o seu acompanhamento continuo dos usuários da sua área adscrita é capaz de melhorar a qualidade de vida e elevar o conhecimento da população, impactando assim na saúde pública.

No que diz respeito às estratégias de educação em saúde são fundamentais ao tratamento da população dentro da ESF, em especial aos usuários em uso do tabaco, pois disseminam o conhecimento necessário, favorecendo a minimização de complicações, além do aumento da qualidade e expectativa de vida. Conclui-se que com a elaboração do plano de intervenção, é possível planejar as ações em saúde para os usuários em uso do tabaco, e que o mesmo deve ser seguido por toda a equipe e para melhorar o seu desempenho deve ser avaliado periodicamente. A realização desse plano de intervenção apoiara a equipe a iniciar grupo de tabagismo.

REFERENCIAS

ALMEIDA, G.B.S; RODRIGUES, J.P; FREIRE, M.R. Acessibilidade dos usuários ao Programa de Controle do Tabagismo. **HU Revista**. v. 39, n.3 e 4, p.45-50, 2013.

BRASIL. **Política nacional de promoção da saúde**. Brasília: MS; 2006. Série PACTOS pela saúde. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica_promocao_saude.pdf. Acesso em: 02 de maio. 2019

BRASIL. Ministério da Saúde (MS). **Diretrizes operacionais: pactos pela vida**, em defesa do SUS e de gestão: documento pactuado na reunião da Comissão Intergestores Tripartite do dia 26 de janeiro de 2006 e aprovado na reunião do Conselho Nacional de Saúde do dia 09 de fevereiro de 2006. Brasília: MS; 2007. (Série A-Normas e manuais técnicos).

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** / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica. – Brasília. Ministério da Saúde, 2015. 154 p.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Vigitel Brasil 2016: vigilância de fatores de risco e proteção para doenças crônicas por inquérito telefônico: estimativas sobre frequência e distribuição sociodemográfica de fatores de risco e proteção para doenças crônicas nas capitais dos 26 estados brasileiros e no Distrito Federal em 2016**. Disponível em: http://portal.arquivos.saude.gov.br/images/pdf/2017/junho/07/vigitel_2016_jun17.pdf. Acesso em: 02 de maio. 2019

CAMPOS, F.C.C.; FARIA H. P.; SANTOS, M. A. **Planejamento, avaliação e programação das ações em saúde**. Belo Horizonte: Nescon/UFMG, 2018. Disponível em: <https://www.nescon.medicina.ufmg.br/biblioteca>. Acesso em: 02 de out. 2018.

CAVALCANTE, T.M. O controle do tabagismo no Brasil: avanços e desafios. **Rev Psiquiatr Clínica**. v. 32, n. 5, p. 283-300, 2005.

CENTRO COLABORADOR DA OMS PARA A CLASSIFICAÇÃO DE DOENÇAS EM PORTUGUÊS. **Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados à Saúde**. Décima revisão. Disponível em: <http://www.datasus.gov.br/cid10/V2008/cid10.htm>. Acesso em: 02 de mar. 2019.

COSTA E SILVA, R. Programa Nacional de Combate ao Fumo: plano de trabalho para o período 1988-2000. **Rev Bras Cancerol**. v.34, n. 4, p. 245-254, 1988.

INSTITUTO NACIONAL DE CÂNCER JOSÉ ALENCAR (INCA). **Tabagismo um grave problema de saúde pública**. Rio de Janeiro. INCA,2007. Disponível em: http://www1.inca.gov.br/inca/Arquivos/t_Tabagismo.pdf. Acesso em: 02 de maio. 2019

INSTITUTO NACIONAL DE CÂNCER JOSÉ ALENCAR (INCA). 2019. **Programa Nacional de Controle do Tabagismo**. Ações educativas pontuais. Disponível em: <https://www.inca.gov.br/programa-nacional-de-controle-do-tabagismo/acoes-educativas-pontuais>. Acesso em: 02 de maio.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATISTICA. IBGE.2018. **Panorama**. Disponível em: <https://cidades.ibge.gov.br/brasil/mg/rio-piracicaba/panorama>. Acesso em: 02 de out. de 2018.

LANCASTER, T; STEAD, L.F. Individual behavioural counselling for smoking cessation. **Cochrane Database Syst Rev**. v. 3, n. 3, CD001292. 2017. doi: 10.1002/14651858.CD001292.pub3. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC6464359/>. Acesso em: 23 jun 2019

LOPES, F.M.; et al. Desenvolvimento, divulgação, adesão e eficácia de um Programa de Cessação do Tabagismo oferecido e uma universidade pública. **Cadernos Brasileiros de Terapia Ocupacional**. v. 22, n. suplemento especial, p.5-15, 2014.

NATIONAL CENTER FOR CHRONIC DISEASE PREVENTION AND HEALTH PROMOTION (US) OFFICE ON SMOKING AND HEALTH. **The Health Consequences of Smoking—50 Years of Progress: A Report of the Surgeon General**. Atlanta (GA): Centers for Disease Control and Prevention (US); 2014 Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK179276/>. Acesso em: 02 de maio

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE.OMS. Informe SuRF 1. **Vigilancia de los factores de riesgo relacionados con enfermedades no transmisibles: estado actual de la información en el mundo**. Ginebra: Organización Mundial de la Salud; 2003. Disponível em: <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/42857/9243580302.pdf?sequence=1&isAllowed=y>. Acesso em: 02 de mar.2019.

PEREIRA, A. A.C. et al. Adesão ao grupo de cessação entre tabagistas de unidade básica de saúde. **Cogitare enferm**, Curitiba, v. 23, n. 3, e55096, 2018.

PINTO, M. T.; PICHON-RIVIERE, A.; BARDACH, A. Estimativa da carga do tabagismo no Brasil: mortalidade, morbidade e custos. **Cad. Saúde Pública**. Rio de Janeiro, v. 31, n. 6, p. 1283-1297, June 2015.

PINTO, M, et.al. **Carga de doença atribuível ao uso do tabaco no Brasil e potencial impacto do aumento de preços por meio de impostos**. Documento técnico IECS N° 21. Instituto de Efectividad Clínica y Sanitaria, Buenos Aires, Argentina. Maio de 2017. Disponível em: <http://www.iecs.org.ar/wp-content/uploads/Reporte-completo.pdf>. Acesso em: 15 maio 2019.

PORTES, L.H, et al. Ações voltadas para o tabagismo: análise de sua implementação na Atenção Primária à Saúde. **Ciênc. saúde coletiva**. v. 19, n.2, p.439-448, 2014.

PORTES, L.H, MACHADO, C.V. Convenção-Quadro para o Controle do Tabaco: adesão e implantação na América Latina. **Rev Panam Salud Pública**. v. 38, n. 5, p. 370-379, 2014

PORTES, L. H.; MACHADO, C. V.; TURCI, S. R. B. Trajetória da política de controle do tabaco no Brasil de 1986 a 2016. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 34, n. 2, e00017317, 2018

RIO PIRACICABA. Câmara Municipal. 2019. Disponível em: <https://camararp.mg.gov.br/cidade/historia-da-cidade>. Acesso em: 02 de mar. 2019

ROMERO L, COSTA E SILVA, V. 23 anos de controle do tabaco no Brasil: a Atualidade do Programa Nacional de Combate ao Fumo de 1988. **Rev Bras Cancerol**. v. 57, p. 305-314, 2011.

SALDANHA, P.M.C. **Convenção do Tabaco na OMS**: gênese e papel da presidência brasileira nas negociações. Brasília: FUNAG; 2015. Disponível em: http://www.actbr.org.br/uploads/arquivo/1046_1136_Convecao_do_Tabaco_da_OMS.pdf. Acesso em: 15 maio 2019.

TEIXEIRA, L; JAQUES, T. Legislação e Controle do Tabaco no Brasil entre o Final do Século XX e Início do XXI. **Revista Brasileira de Cancerologia**. v.57, n. 3, p. 295-304, 2011.

TEIXEIRA, L. A. DA S.; PAIVA, C. H. A.; FERREIRA, V.N. A Convenção-Quadro para o Controle do Tabaco da Organização mundial da Saúde na agenda política brasileira, 2003-2005. **Cadernos de Saúde Pública**. v. 33, n. Supl 3, e00121016, 2017.

WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO). WHO. **Framework Convention on Tobacco Control**. Geneva: WHO; 2003. Disponível em: https://www.who.int/fctc/text_download/en/. Acesso em: 15 maio 2019.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. (WHO). **Report on the global tobacco epidemic, 2008**: the MPOWER package. Geneva: World Health Organization; 2008. Disponível em: https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/43818/9789241596282_eng.pdf?sequence=1. Acesso em: 02 de mar. 2019.

WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO). **Global status report on non communicable diseases 2010**. Geneva: WHO; 2011 Disponível: www.who.int/nmh/publications/ncd_report_full_en.pdf. Acesso em: 15 maio 2019.

WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO). **Who global report mortality attributable to tobacco**. Geneva: WHO; 2011. Disponível em: http://whqlibdoc.who.int/publications/2012/9789241564434_eng.pdf. Acesso em: 15 maio 2019.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. (WHO). **Tobacco. Fact sheet N°339**. Geneva: 2015. Disponível: <https://www.who.int/en/news-room/fact-sheets/detail/tobacco>. Acesso em: 02 de mar.2019.