

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

Thaís Borges Finotti

**PREVENÇÃO E CONTROLE DO TABAGISMO NA UNIDADE BÁSICA DE SAÚDE
DE PONTE ALTA DE MINAS, MINAS GERAIS**

**Belo Horizonte
2020**

Thaís Borges Finotti

**PREVENÇÃO E CONTROLE DO TABAGISMO NA UNIDADE BÁSICA DE SAÚDE
DE PONTE ALTA DE MINAS, MINAS GERAIS**

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

Orientadora: Professora Dra. Helisamara
Mota Guedes

Belo Horizonte

2020

Thaís Borges Finotti

**PREVENÇÃO E CONTROLE DO TABAGISMO NA UNIDADE BÁSICA DE SAÚDE
DE PONTE ALTA DE MINAS, MINAS GERAIS**

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

Orientadora: Professora Dra Helisamara Mota Guedes

Banca examinadora

Professora Dra. Helisamara Mota Guedes- UFVJM

Professora Dra. Matilde Meire Miranda Cadete- UFMG

Aprovado em Belo Horizonte, em 08 de outubro de 2020

DEDICO

Este trabalho aos meus pacientes que confiam em mim para ajudá-los a vencer o vício do tabagismo e conseguir melhorar sua qualidade de vida.

À minha Equipe pelo apoio para que o projeto tornasse realidade.

AGRADECIMENTOS

A Deus pelo dom da vida e pela oportunidade de fazer a diferença como Médica na minha cidade.

À minha mãe pelo apoio incondicional para que eu chegasse até aqui e ao meu pai (*in memoriam*) por acreditar mais em mim do que eu mesma.

À Equipe pelo apoio para que o projeto tornasse realidade.

À Dra Helisamara Mota Guedes, pela paciência e orientação para que este trabalho fosse aperfeiçoado.

“O presente é tão grande, não nos afastemos
Não nos afastemos muito, vamos de mãos dadas” (Mãos
dadas, Carlos Drummond de Andrade).

RESUMO

Ponte Alta de Minas faz parte da zona rural de Carangola, com predomínio de plantio de café, milho, feijão e produção leiteira, tendo o cultivo de café a principal fonte econômica da área adscrita. O tabagismo foi escolhido como prioridade pela Estratégia Saúde da Família de Ponte Alta por ser um problema que está se tornando frequente na população adscrita, uma vez que há a cultura de iniciar o tabagismo muito cedo (na infância), como uma forma de “espantar os pernilongos” durante o serviço na lavoura de café. Com isso, a incidência de câncer de boca, garganta e esôfago vem aumentando. Assim, este trabalho objetivou elaborar um projeto de intervenção para prevenir e combater o tabagismo na Unidade Básica de Saúde de Ponte Alta de Minas, no município de Carangola, Minas Gerais. Foi utilizado o Planejamento Estratégico Situacional (PES) para estimativa rápida dos problemas observados e definição do problema prioritário, dos nós críticos e das ações. Foi realizada a revisão bibliográfica sobre o tema em artigos, revistas e órgãos do governo (Ministérios, Secretarias) que subsidiaram a construção do projeto dando consistência teórica. Os nós críticos identificados foram: conscientização dos malefícios do tabagismo; dependência da nicotina; falta de qualificação profissional; cessação do tabagismo; distância entre a UBS de Ponte Alta e a zona urbana de Carangola. A partir dos nós críticos foram construídos os seguintes projetos: Conscientizar para modificar, Livre do Tabagismo, Conhecer para auxiliar, Grupo de tabagismo, Estimulo a cessação do tabagismo, devido ao acesso facilitado. O Programa Nacional de Controle e Prevenção do Tabagismo tem proporcionado queda na prevalência do uso do tabaco no Brasil. E a implementação do Grupo Antitabagismo na ESF de Ponte de Alta de Minas será o primeiro projeto de muitas ações realizadas no município com o intuito de reduzir o tabagismo. É importante que as atividades sejam continuadas e integradas com toda a equipe de saúde, apoiadas pela secretaria municipal de saúde com o intuito de reduzir/cessar o tabagismo.

Palavras-chave: Abandono do Tabagismo. Prevenção do Hábito de Fumar. Estratégia Saúde da Família

ABSTRACT

Ponte Alta de Minas is part of the rural area of Carangola, with a predominance of coffee, corn, beans and dairy production, with coffee cultivation being the main economic source of the area. Smoking was chosen as a priority by the ESF of Ponte Alta because it is a problem that is becoming frequent in the enrolled population, since there is a culture of starting smoking very early (in childhood), as a way to “scare away mosquitoes” during service in the coffee plantation, thus the incidence of cancer of the mouth, throat and esophagus has been increasing. Thus, this work aimed to develop an intervention project to prevent and combat smoking in the Basic Health Unit of Ponte Alta de Minas, in the municipality of Carangola, Minas Gerais. Situational Strategic Planning (PES) was used to quickly estimate the problems observed and define the priority problem, critical nodes and actions. A bibliographic review on the topic was carried out in articles, magazines and government agencies (ministries, secretariats) that supported the construction of the project, giving theoretical consistency. The critical nodes identified were: awareness of the harmful effects of smoking; nicotine addiction; lack of professional qualification; smoking cessation; distance between the UBS of Ponte Alta and the urban area of Carangola. From the critical nodes, the following projects were built: Awareness to modify, Smoking Free, Knowing to help, Smoking group, Stimulating smoking cessation, due to easy access. The National Tobacco Control and Prevention Program has led to a drop in the prevalence of tobacco use in Brazil. And the implementation of the Anti-Smoking Group in the ESF of Ponte de Alta de Minas will be the first project of many actions carried out in the municipality with the aim of reducing smoking. It is important that activities are continued and integrated with the entire health team, supported by the municipal health department in order to reduce / cease smoking.

Keywords: Tobacco Use Cessation. Smoking Prevention. Family Health Strategy

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

Quadro 1 - Classificação de prioridade para os problemas identificados no diagnóstico da comunidade adscrita à equipe de Saúde de Ponte Alta, Unidade Básica de Saúde de Ponte Alta de Minas, Carangola, Minas Gerais	22
Quadro 2 - Teste de Fagerström	29
Quadro 3 - Desenho das operações (6º passo) e viabilidade e gestão (7º a 10º passo) sobre o “nó crítico 1” (conscientização dos malefícios do tabagismo) relacionado ao problema Tabagismo, na população sob responsabilidade da Equipe de Saúde da Família de Ponte Alta, do município Carangola, MG	33
Quadro 4 - Desenho das operações (6º passo) e viabilidade e gestão (7º a 10º passo) sobre o “nó crítico 2” (dependência da nicotina nos usuários de tabaco) relacionado ao problema Tabagismo, na população sob responsabilidade da Equipe de Saúde da Família de Ponte Alta, do município Carangola, MG	34
Quadro 5 - Desenho das operações (6º passo) e viabilidade e gestão (7º a 10º passo) sobre o “nó crítico 3” (falta de qualificação profissional) relacionado ao problema Tabagismo, na população sob responsabilidade da Equipe de Saúde da Família de Ponte Alta, do município Carangola, MG	35
Quadro 6 - Desenho das operações (6º passo) e viabilidade e gestão (7º a 10º passo) sobre o “nó crítico 4” (cessação do tabagismo) relacionado ao problema Tabagismo, na população sob responsabilidade da Equipe de Saúde da Família de Ponte Alta, do município Carangola, MG	35
Quadro 7 - Desenho das operações (6º passo) e viabilidade e gestão (7º a 10º passo) sobre o “nó crítico 5” (Distância entre a ESF de Ponte Alta e zona urbana de Carangola) relacionado ao problema Tabagismo, na população sob responsabilidade da Equipe de Saúde da Família de Ponte Alta, do município Carangola, MG	36
	37

LISTA DE TABELAS

Tabela 1- Dados demográficos da ESF de Ponte Alta de Minas 2019	17
Tabela 2- Aspectos epidemiológicos da ESF de Ponte Alta de Minas 2019	21

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

DM	Diabetes melito (<i>Diabetes mellitus</i>)
DPOC	Doença pulmonar crônica
ESF	Estratégia Saúde da Família
HIPERDIA	Hipertensão arterial e diabetes
IBGE	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
INCA	Instituto Nacional do Câncer
NASF	Núcleo de Apoio à Saúde da Família
PES	Planejamento Estratégico Situacional
PNPS	Programa Nacional de Promoção à Saúde
SCIELO	<i>Scientific Eletronic Libary Online</i>
SENAC	Serviço Nacional de Aprendizagem Comercial
SUS	Sistema Único de Saúde
TFD	Tratamento fora de domicílio
UBS	Unidade Básica de Saúde

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	13
1.1 Aspectos gerais do município Carangola, MG	13
1.2 O sistema municipal de saúde	14
1.3 Aspectos da comunidade	16
1.4 A Unidade Básica de Saúde de Ponte Alta de Minas	18
1.5 A Equipe de Saúde da Família de Ponte Alta, Unidade Básica de Saúde de Ponte Alta de Minas	18
1.6 O funcionamento da Unidade de Saúde da Equipe de Ponte Alta	19
1.7 O dia a dia da equipe de Ponte Alta	20
1.8 Estimativa rápida: problemas de saúde do território e da comunidade (primeiro passo)	21
1.9 Priorização dos problemas – a seleção do problema para plano de intervenção (segundo passo)	22
2 JUSTIFICATIVA	23
3 OBJETIVOS	24
3.1 Objetivo geral	24
3.2 Objetivos específicos	24
4 METODOLOGIA	25
5 REVISÃO BIBLIOGRÁFICA	26
5.1 Política de controle do tabagismo no Brasil	26
5.2 Abordagem do tabagismo	27
5.3 Dependência da nicotina	28
6 PLANO DE INTERVENÇÃO	31
6.1 Descrição do problema selecionado (terceiro passo)	31

6.2 Explicação do problema (quarto passo)	31
6.3 Seleção dos nós críticos (quinto passo)	32
6.4 Desenho das operações sobre nó crítico – operações, projeto, resultados e produtos esperados, recursos necessários e críticos (sexto passo) e viabilidade e gestão (7º a 10º passo)	32
7 CONSIDERAÇÕES FINAIS	39
REFERÊNCIAS	40

1 INTRODUÇÃO

1.1 Aspectos gerais do município de Carangola

Carangola é uma cidade da Zona da Mata Mineira, na confluência dos estados de Minas Gerais, Espírito Santo e Rio de Janeiro, com população de cerca 33.000 habitantes (estimativa do IBGE para 2019), distante a 374 km da capital do estado Belo Horizonte. Apresenta 70.1% de domicílios com saneamento básico adequado, 59.3% de domicílios urbanos em vias públicas com arborização e 39.4% de domicílios urbanos em vias públicas com urbanização adequada (presença de bueiro, calçada, pavimentação e meio-fio) (IBGE, 2019).

De acordo com o historiador Rogério Carelli, o município de Carangola foi colonizado tardiamente em meados do século XIX, por pertencer a uma “área proibida” durante a exploração aurífera na tentativa de coibir furtos. Como não apresentava ouro, os colonizadores optaram pela agricultura familiar que posteriormente optou-se pela plantação de café e gado leiteiro que se tornaram a base da economia do município (IBGE, 2019).

O distrito de Carangola cresceu nos arredores das grandes fazendas cafeeiras com o desmatamento das florestas e a formação do espaço urbano. Os primeiros habitantes foram os índios da tribo Purís-Coroados que foram expulsos do litoral (IBGE, 2019).

Por situar-se entre montanhas a comunicação com os portos eram precárias, sendo o transporte dos produtos agrícolas realizado por burros.

Em 10 de julho de 1887, foi criada a Estrada de Ferro Alto-Muriahé o que facilitou a comunicação e transporte para o Rio de Janeiro, o que favoreceu o desenvolvimento econômico do distrito, sendo um importante centro econômico da região. A ferrovia deu lugar a pavimentação do trecho rodoviário Carangola-Fervedouro o que favoreceu a escoação do café e do leite produzido na região (IBGE, 2019).

Em 1917, foi criada a Oficina Metalúrgica de Antônio Pistono & Filhos que fabricava tornos mecânicos e limadores. Em 1921, Dr Jonas de Faria Castro (médico), fundou a primeira fábrica de isoladores de porcelana da América do Sul (IBGE, 2019).

As emancipações de seus distritos (Tombos, Divinas e Espera Feliz, Faria Lemos e São Francisco do Glória, Fervedouro) fez com que a base da economia de

Carangola diminuiu significativamente, a ponto de em 1968 o município aderiu ao Programa de Erradicação dos Cafeeiros improdutivos em troca de pavimentação das rodovias que cortavam o município. Desta forma, a economia local que outrora era uma das mais pujantes do Estado de Minas Gerais, se esvaiu.

1.2 O sistema municipal de saúde

A Atenção Primária em Saúde (APS) de Carangola está organizada ainda de acordo com o modelo antigo em que a unidade de saúde era usada para atender as demandas de doenças agudas ou de agudizações das doenças crônicas, não havendo uma continuidade do tratamento. A integralidade no atendimento ainda está longe de ser o ideal, devido à rotatividade dos profissionais de saúde (principalmente médicos), conscientização dos profissionais sobre a importância da promoção e prevenção em saúde tanto quanto a cura das doenças.

A referência dos pontos de atenção é realizada por meio de encaminhamento do médico da Estratégia da Saúde da Família (ESF) quando este não consegue atender a necessidade do paciente, acompanhada de Tratamento Fora de Domicílio (TFD) quando a assistência é em outro município. Normalmente, não há contrarreferência em nenhum nível de assistência o que dificulta a continuidade do tratamento.

Há a regionalização das Unidades Básicas de Saúde (UBS) pelos bairros do município, porém com a abertura de nova equipe as Estratégias de Saúde da Família (ESF) serão transferidas de local para melhorar o acesso à população, bem como o atendimento.

A Atenção Ambulatorial Especializada de média complexidade (AAE) apresenta vários profissionais de saúde (médicos especialistas, cirurgião-dentista, fisioterapeutas, nutricionista), a central de vacinação, o laboratório de análises clínicas, Centro de Atenção Psicossocial (CAPS), Centro de Referência de Assistência Social (CRAS). Para complementar o atendimento há o consórcio com o CISVERDE (médicos especialistas, exames de imagens e outros profissionais de saúde). O cartão do Sistema Único de Saúde (SUS) é feito nas Unidades de Saúde de forma a facilitar ao paciente acesso ao cartão SUS e ao atendimento no sistema.

O Hospital de referência é a Casa de Caridade Carangola, onde está localizado o Pronto Atendimento, onde é realizado raio x, tomografia, endoscopia digestiva alta, hemodiálise, ultrassonografia, terapia intensiva.

Os casos de alta complexidade, exceto hemodiálise, são encaminhados para Muriaé (oncológico), Juiz de Fora ou Belo Horizonte.

A dispensação de medicamento de Hipertensão arterial e diabetes (HIPERDIA) é feita na Unidade de Saúde de Ponte Alta, porém a farmácia central com os medicamentos de controle especial fica na zona urbana de Carangola, o que gera reclamações da população em relação aos atrasos dos medicamentos, bem como do deslocamento para buscar os medicamentos em Carangola.

A cobertura da Atenção Primária à saúde em 2019 foi de 92% com meta de em 2020 alcançar 100% com a abertura de uma nova equipe de saúde da família e a re divisão do território municipal para facilitar o acesso da população.

O município de Carangola está em fase de implementação do programa Viver para substituir o e-SUS e implementar o prontuário eletrônico, porém um dos problemas apresentados é a internet na zona rural que não funciona bem.

O município oferece transporte para os médicos das zonas rurais e para os pacientes que realizam tratamento fora do domicílio (carros de passeio, ônibus e ambulância).

No momento, a parte de Acesso Regulado à Atenção está temporariamente suspensa. Não existe uma comissão verificadora de prontuário clínico, o que gera uma falha na comunicação entre os profissionais de saúde, pois não havendo regulação os profissionais não anotam as informações necessárias dos pacientes para posterior verificação.

A referência dos pontos de atenção é realizada por meio de encaminhamento do médico da Estratégia da Saúde da Família quando este não consegue atender a necessidade do paciente, acompanhada de Tratamento Fora de Domicílio (TFD) quando a assistência for em outro município. Normalmente, não há contrarreferência em nenhum nível de assistência o que dificulta a continuidade do tratamento.

Apesar da implementação da Rede de Atenção à Saúde o modelo de saúde predominante no município de Carangola é o sistema fragmentado predominando uma visão hierárquica com níveis de complexidade crescentes e importâncias diferentes dos níveis de atenção, que não se intercomunicam, não prestando uma

atenção contínua à população, a ênfase do cuidado é o profissional da saúde, normalmente o médico, participação social passiva.

O Sistema Municipal de Saúde apresenta como problemas a fraca interligação entre os níveis de assistências em saúde, valorização dos níveis de alta complexidade sendo ainda o foco dos recursos econômicos, ênfase na doença, o médico ainda é principal responsável pelo cuidado em saúde.

1.3 Aspectos da comunidade

Ponte Alta de Minas faz parte da zona rural de Carangola, com predomínio de plantio de café, milho, feijão e produção leiteira. A população adscrita é 2.810 habitantes, sendo 706 habitantes na zona urbana de Ponte Alta e 2.0104 nas zonas rurais, totalizando 1.066 famílias cadastradas.

A área de abrangência corresponde à Fazenda São Januário, Retiro, Terra Fria, Ponte Alta, Serra dos Cunhas, fazenda Ponte Alta, Fazendo Monte Azul, Água Santa, Serra da Batata, São Bento, Barroso, Serra da Galdina, Furriel, Alto Peroba, Santa Teresinha e Alto dos Limas. Tendo como sede Ponte Alta e 5 pontos de apoio (Serra da Batata, Serra da Galdina, Furriel, Barroso e São Bento).

A população é predominantemente rural com dependência econômica da produção de café, outras plantações e criação de gado leiteiro. O café é tão importante para a economia local que durante os meses de maio a setembro os trabalhadores tiram férias de seus trabalhos em lojas, prefeitura ou abandonam seus empregos para se dedicarem à colheita do café. O cultivo do café se relaciona inclusive com a clientela da Unidade Básica que durante os meses da colheita se encontra diminuída.

Há mercado, restaurante, pousada, padaria, loja de produtos agrícolas, farmácia popular, açougue, lojas de roupa, artigos tecnológicos.

A parceria dos produtores rurais com o Serviço Nacional de Aprendizagem Comercial (SENAC) está criando um roteiro turístico pelo distrito para criar atrativos para os turistas e conseqüentemente, complementar a economia local. Dentre os atrativos está o morro da Torre é um atrativo turístico que apresenta potencial para a prática de atividades esportivas, tais como, trekking e mountain-bike; a comunidade Alto dos Limas situada a 1.250 m de altitude é outro atrativo do distrito; sítio Arqueológico de Ponte Alta de Minas que teria sido um cemitério indígena do século

XVIII, algumas peças encontradas ali estão expostas no Museu Municipal de Carangola (DESCUBRA MINAS, 2020).

Tabela 1- Dados demográficos da ESF de Ponte Alta de Minas, 2019

FAIXA ETÁRIA/ANO	MASCULINO	FEMININO	TAL
< 1	17	8	25
1-4	43	52	95
5-14	93	91	184
15-19	167	189	356
20-29	203	208	411
30-39	264	290	554
40-49	170	184	354
50-59	156	176	332
60-69	134	148	282
70-79	60	75	135
≥ 80	32	50	82
TOTAL	1339	1471	2810

Fonte: Cadastro da população da área de abrangência (2019)

Os principais problemas relacionados à situação de saúde são: contato com agrotóxicos nas lavouras de café (doenças respiratórias e câncer de boca e esôfago), falta de tratamento de água e esgoto (esquistossomose, amebíase, giardíase), uso de cigarro na infância (usado para espantar os pernilongos), hipertensão arterial, diabetes mellitus, doenças cardiovasculares.

A produção cafeeira é a principal fonte de renda na área de abrangência da ESF de Ponte Alta de Minas, acarretando alguns problemas específicos de saúde como intoxicação por agrotóxico, tabagismo iniciado na infância, doenças respiratórias em decorrência dos resíduos durante a secagem do café.

O nível instrucional é em sua maioria fundamental incompleto. Há escolas de nível fundamental e médio o que tem aumentado às perspectivas futuras de melhoria de vida.

Como é uma área rural há a cultura de uso de chás medicinais o que pode acarretar atraso no diagnóstico e tratamento de algumas doenças. A maioria da

população trabalha na terra onde mora, produzindo verduras e hortaliças para consumo próprio e como sustento da família.

Existe associação de moradores que realizam atividades em prol da melhoria da comunidade. A pastoral da criança ajuda na identificação de crianças desassistidas encaminhando para consultas (puericultura).

A falta de saneamento básico ocasiona doenças parasitárias como giardíase, ascaridíase e esquistossomose. As habitações são em sua maioria de alvenaria, com divisórias dos cômodos, presença de banheiro dentro da casa. Os principais meios de transporte continuam sendo cavalo, charrete, bicicleta, motocicleta em sua maioria.

O nível instrucional é em sua maioria fundamental incompleto. Há escolas de nível fundamental e médio o que tem aumentado às perspectivas futuras de melhoria de vida.

1.4 A Unidade Básica de Saúde de Ponte Alta de Minas

A UBS de Ponte Alta de Minas foi criada há 10 anos, para abranger nove micro áreas pertencentes à zona rural de Carangola. É uma casa alugada, apresenta recepção, sala da enfermeira, sala das consultas médicas, sala para armazenamento de materiais de papelaria e medicamentos, sala da dentista com os equipamentos odontológicos. A sala de espera é na varanda, garagem, não tendo cadeiras suficientes para todos se assentarem enquanto aguardam a consulta.

A UBS está localizada em local de difícil acesso para as outras áreas rurais, não tendo linha de ônibus que ligue as áreas.

A dispensação de medicamentos do grupo de HIPERDIA é feita na Unidade de Saúde de Ponte Alta, porém alguns medicamentos de uso controlados são ofertados somente na farmácia central que fica na zona urbana de Carangola, o que gera reclamações da população.

Os Agentes Comunitários de Saúde (ACS), os técnicos de enfermagem e a recepcionista se revezam na limpeza da UBS, tendo como gratificação um dia de folga.

1.5 A Equipe de Saúde da Família de Ponte Alta de Minas da Unidade Básica de Saúde de Ponte Alta de Minas

A equipe da Estratégia da Saúde da Família é composta por uma médica generalista, uma enfermeira generalista, três técnicos de enfermagem, uma cirurgiã dentista, nove ACS, duas auxiliares de dentista, um motorista, um auxiliar de serviços públicos desviada de função como recepcionista. Os profissionais do Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF) não vão à zona rural.

O carro é usado para levar a equipe de saúde até à UBS e aos pontos de apoio. A população para ter acesso a farmácia central, à fisioterapia e aos demais serviços de saúde necessitam ir por conta própria até Carangola, o que dificulta o acesso da população aos outros serviços de saúde.

São realizadas ações de promoção de saúde como alimentação saudável, segurança no trabalho, HIPERDIA, campanha de vacinação contra gripe, sarampo, varicela, outubro rosa, puericultura, pré-natal realizada por médica e enfermeira.

1.6 O funcionamento da Unidade de Saúde da Equipe de Ponte Alta

O horário de funcionamento da UBS é das 7h às 17h, de segunda a sexta-feira. Durante o almoço, a UBS permanece aberta e os ACS e os técnicos de enfermagem revezam na recepção para ajudar no acolhimento da população (aferição de pressão, glicemia, acolhimento para consulta).

Não há espaço para o paciente permanecer em observação, nem medicamentos intravenosos ou para urgências (pico hipertensivo, hiperglicemia, desidratação).

O acolhimento precisa ser melhorado uma vez que não há critérios clínicos para os atendimentos de demanda espontânea e sim ordem de chegada (fila para conseguir consulta antes da unidade ser aberta).

As visitas domiciliares são agendadas pelos ACS, porém está em fase de implementação a estratificação de risco de Coelho-Savassi para se decidir a frequência das visitas. Ainda não se consegue agendar as visitas durante as reuniões de equipe, pois não há definição dos riscos de cada família, sendo consultas com queixas específicas.

As atividades de educação em saúde são realizadas por meio de palestras, rodas de conversa entre a equipe tendo um responsável (enfermeira, médica e dentista) pela condução da atividade. O município oferta curso de atualização e

capacitação para os profissionais de saúde; há liberação dos profissionais para participarem de congressos, cursos de especialização em saúde.

Os grupos ainda não estão funcionando, o que se faz hoje é a realização de consultas voltadas para os atendimentos específicos como HIPERDIA, Pré-natal, saúde mental.

1.6 O dia a dia da equipe de Ponte Alta

As consultas médicas são agendas pelos Agentes Comunitários de Saúde., Apresenta vagas para demandas espontânea e urgências, consultas de HIPERDIA (1ª e 3ª quartas-feiras do mês), pré-natal (na 2ª quinta-feira do mês), saúde mental (4ª quarta-feira do mês), puericultura (4ª quinta-feira do mês) e, às quintas-feiras visita domiciliar agenda pelos ACS e urgência. As consultas nos pontos de apoio são realizadas de forma espontânea (terças-feiras de manhã atendimento no Barroso, terças-feiras à tarde atendimento em São Bento; 1ª quarta-feira do mês atendimento na Serra da Batata; 3ª quarta-feira do mês atendimento na Serra da Galdina e 4ª quarta-feira atendimento em Furriel).

A primeira segunda-feira do mês, pela manhã, há reunião de equipe e capacitação para a equipe de saúde. As consultas com a enfermeira são agendadas e de demanda espontânea, tendo dias específicos para pré-natal, puericultura e saúde da mulher. A agenda da dentista é marcada pela auxiliar de dentista, apresenta demandas agendadas e urgências. As consultas com o ginecologista são agendadas com o encaminhamento da médica ou enfermeira. Os ACS saem em visita domiciliar e tem dia para digitar a produção no e-SUS. A equipe realiza reunião mensal para fechar as produções, planejar as atividades do mês, discutir problemas. Não se realiza a avaliação das ações de forma a proporcionar a melhoria do trabalho (pouco eficiente) e conseqüentemente, acolher as demandas da população.

O cuidado em saúde é voltado para o paciente em sua totalidade, buscando conhecer o indivíduo com suas crenças, cultura, os aspectos socioeconômicos em consultas com mais escuta do que fala, mostrando ao paciente que ele é corresponsável pela sua saúde.

O trabalho em equipe é favorecido pelo tempo que a equipe está atuando junta, apesar de haver desavenças entre alguns membros da equipe. Nas reuniões de

equipe são discutidas as alternativas para cada problema apresentado, não sendo uma imposição da enfermeira.

Na medida do possível, trabalha-se em rede para fortalecer o vínculo e o cuidado integral do paciente, encaminhando os casos que não se resolvem na Atenção Primária, porém não há a contrarreferência para dar continuidade ao cuidado.

Não são realizados outros grupos como Saúde Mental, palestras sobre esquistossomose, câncer de boca e esôfago para a população. É necessário estabelecer o grupo HIPERDIA abordando a importância da alimentação saudável, atividade física, prejuízo do abuso de álcool, cigarro e outras drogas. Criar atividades para o público adolescente (sexualidade, drogas), além das atividades de saúde na escola. Melhorar o acolhimento dos pacientes, da própria equipe de saúde, diminuir a cultura das consultas por demanda sem a real necessidade de consulta (como mostrar ou pedir exames, renovar receita).

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

Ponte Alta de Minas faz parte da zona rural de Carangola, com predomínio de plantio de café, milho, feijão e produção leiteira. A população adscrita é 2.810 habitantes, sendo 706 habitantes na zona urbana de Ponte Alta e 2.0104 nas zonas rurais, totalizando 1.066 famílias cadastradas. São 1.651 pessoas na faixa etária de 20 a 59 anos (adultos). Destes, 163 são tabagistas (9,87%), sendo 55 mulheres e 108 homens.

A falta de saneamento básico ocasiona a doenças parasitárias como giardíase, ascaridíase e esquistossomose.

Tabela 2- Aspectos epidemiológicos da ESF de Ponte Alta de Minas 2019

Condição de Saúde em 2019	Quantitativo (nº)
Gestantes	11
Hipertensos	558
Diabéticos	144
Pessoas com doenças respiratórias (asma, DPOC*, enfisema, outras)	22
Pessoas que tiveram AVC	19

Pessoas que tiveram infarto	18
Pessoas com doença cardíaca	32
Pessoas com doença renal (insuficiência renal, outros)	15
Pessoas com hanseníase	00
Pessoas com tuberculose	00
Pessoas com câncer	24
Pessoas com sofrimento mental	448
Acamados	17
Fumantes	163
Pessoas que fazem uso de álcool	46
Usuários de drogas	15

Fonte: Cadastro da população da área de abrangência.

*DPOC - Doença pulmonar obstrutiva crônica

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

Dos problemas detectados, houve priorização das ações com o intuito de melhorar a qualidade de vida da população.

Quadro 1 - Classificação de prioridade para os problemas identificados no diagnóstico da comunidade adscrita à equipe de Saúde de Ponte Alta, Unidade Básica de Saúde de Ponte Alta de Minas, Carangola, Minas Gerais, 2019

Problemas	Importância*	Urgência**	Capacidade de enfrentamento***	Seleção/Priorização****
Tabagismo	Alta	9	Parcial	1
Risco cardiovascular aumentado	Alta	9	Parcial	2
Uso de agrotóxico nas plantações de café	Alta	7	Parcial	3
Falta de saneamento básico	Alta	5	Fora	4

Fonte: Dados da ESF de Ponte Alta

* Alta, média ou baixa

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

*** Total, parcial ou fora

2 JUSTIFICATIVA

O tabagismo foi escolhido como prioridade pela ESF de Ponte Alta por ser um problema que está se tornando frequente na população adscrita, uma vez que há a cultura de iniciar o tabagismo muito cedo, em média aos 7 anos de idade, como uma forma de “espantar os pernilongos” durante o serviço na lavoura de café, com isso a incidência de câncer de boca, garganta e esôfago vem aumentando.

Normalmente, o tabagismo não é queixa principal dos pacientes da ESF de Ponte Alta. Os pacientes chegam com queixas de hipertensão arterial, diabetes mellitus (DM), dispneia e quando indagados sobre o tabagismo relatam que fumam cigarro de rolo desde a infância ao acompanharem os pais na colheita do café. Muitos permanecem fumando ao longo da vida.

A incidência de câncer de boca, garganta e estômago está crescendo na população adscrita de Ponte Alta de Minas o que levou a equipe a se qualificar para pode melhor acolher os pacientes tabagistas e portadores destes cânceres.

O tabagismo é a principal causa de morte evitável em todo o mundo, sendo responsável por 63% dos óbitos relacionados às doenças crônicas não transmissíveis (DCNT). Destes, o tabagismo é responsável por 85% das mortes por doença pulmonar crônica (bronquite e enfisema), 30% por diversos tipos de câncer (pulmão, boca, laringe, faringe, esôfago, pâncreas, rim, bexiga, colo do útero, estômago e fígado), 25% por doença coronariana (angina e infarto) e 25% por doenças cerebrovasculares (acidente vascular cerebral – AVC) (INCA, 2019a).

A criação do grupo de controle do tabagismo em Ponte Alta de Minas proporcionará a possibilidade de maior adesão da população ao programa de cessação do tabagismo, uma vez que não haverá dificuldade de deslocamento como acontece atualmente. Os pacientes interessados em parar de fumar tem que gastar com passagem para Carangola para poderem participar do grupo.

Ainda há o problema de horário de ônibus, pois só há dois horários de ônibus de Carangola para Ponte Alta de Minas, sendo o último às 16h e o horário do grupo de tabagismo em Carangola é as 17h.

3 OBJETIVOS

3.1 Objetivo geral

Elaborar um projeto de intervenção para prevenir e combater o tabagismo na Unidade Básica de Saúde de Ponte Alta de Minas, no município de Carangola, Minas Gerais.

3.2 Objetivos específicos

Conscientizar a comunidade sobre os riscos e problemas de saúde mais frequentemente associados ao fumo;

Avaliar o grau de dependência à nicotina e a motivação dos fumantes a cessarem o uso do tabaco;

Qualificar os profissionais de saúde para melhorar o acolhimento ao paciente tabagista;

Estimular o paciente a cessar o tabagismo;

Criar o grupo do tabagismo em Ponte Alta de Minas para facilitar a adesão dos pacientes ao grupo, minimizando a distância.

4 METODOLOGIA

Foi utilizado o Planejamento Estratégico Situacional (PES) para estimativa rápida dos problemas observados e definição do problema prioritário, dos nós críticos e das ações. O PES permite a compreensão do problema e seus determinantes sendo útil no planejar e executar a intervenção (FARIA; CAMPOS, SANTOS, 2018).

Logo após o levantamento da lista de problemas de saúde (Quadro 1) da ESF Ponte Alta de Minas foram realizadas reuniões com a equipe de saúde para a seleção do problema prioritário a ser trabalhado no projeto de intervenção. O principal problema encontrado na comunidade foi tabagismo.

A equipe descreveu o problema tabulando os dados que já tinham disponíveis nos registros da unidade, por meio do método da estimativa rápida (FARIA; CAMPOS, SANTOS, 2018). Esses dados subsidiaram o planejamento das ações do projeto de intervenção.

Foi consultada a Biblioteca Virtual em Saúde, documentos de órgãos públicos (Ministérios, Secretarias, etc.) e realizada busca nas bases de dados da *Scientific Electronic Library Online* (SciELO) e sites do Ministério da Saúde com os descritores: abandono do Tabagismo, prevenção do hábito de fumar, abandono do fumo. Os referenciais identificados subsidiaram a construção do projeto dando-lhe consistência teórica.

5 REVISÃO BIBLIOGRÁFICA

5.1 Política de controle do tabagismo no Brasil

O Brasil é um dos países pioneiros no combate ao uso do tabaco, sendo referência para o controle e prevenção do tabagismo há mais de 30 anos, graças as políticas públicas de saúde (PORTES *et al.*, 2018; CAVALCANTE *et al.*, 2017, NUNES; CASTRO 2011; BRASIL, 2012).

A política brasileira é uma das mais avançadas no mundo, já que regula a descrição, o conteúdo, as emissões dos produtos derivados do tabaco e a adota imagens de advertência nas embalagens de cigarros (MINAS GERAIS, 2016).

Portes *et al.* (2018) fazem um balanço da política brasileira de controles do tabaco de 1986 a 2016. Em 1989, o INCA assumiu a coordenação das ações nacionais do Programa Nacional de Controle do Tabagismo, que 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.

Em 2006 foi incluída à cessação do tabagismo no Programa Nacional de Promoção à Saúde (PNPS) em que as ações educativas, legislativas, econômicas, de promoção de ambientes livres de fumaça de tabaco e de apoio (PORTES *et al.*, 2018).

Silva *et al.* (2014) demonstraram a importância das estratégias governamentais no combate ao tabagismo. Evidenciaram que as políticas públicas no combate ao tabagismo ajudaram a diminuir a prevalência do tabagismo no Brasil: em 1989, 34,8% dos adultos era tabagista, já em 2011 14,8%.

O Brasil é o segundo maior produtor e o maior exportador mundial de tabaco. Apesar disto, o país tem conseguido desenvolver ações importantes para o controle do tabagismo como: campanhas alertando sobre as armadilhas dos cigarros de baixo teor de nicotina, proibindo as expressões *light* e *mild* nas embalagens; a proibição das propagandas de cigarro, exceto nos pontos de venda; a colocação de gravuras nas embalagens de cigarro, mostrando os efeitos danosos do tabaco; a criação de ambientes 100% livres de fumaça; e a descentralização do Programa Nacional de Controle do Tabagismo, oferecendo tratamento para o fumante que deseja parar de fumar, com ênfase na Atenção Básica (AB). Todas essas ações refletem na queda contínua da prevalência de tabagismo no país nas últimas décadas, têm conferido ao

Brasil o reconhecimento enquanto uma liderança internacional no controle do tabaco (BRASIL, 2015).

5.2 Abordagem do tabagismo

De acordo com os dados do INCA (2019a), o tabagismo é a principal causa de morte evitável em todo o mundo, sendo responsável por 63% dos óbitos relacionados às doenças crônicas não transmissíveis (DCNT), sendo por isso importante uma abordagem sobre os maléficos do uso do tabaco.

Segundo o INCA (2019b), a abordagem do paciente tabagista tem por base o modelo cognitivo comportamental, que é a técnica recomendada para o tratamento do tabagismo.

No tratamento do tabagismo deve-se ter o entendimento de que o ato de fumar é um comportamento aprendido, desencadeado e mantido por determinadas situações e emoções, que leva a dependência devido às propriedades psicoativas da nicotina. O tratamento objetiva, portanto, a aprendizagem de um novo comportamento, através da promoção de mudanças nas crenças e desconstrução de vinculações comportamentais ao ato de fumar, combinando intervenções cognitivas com treinamento de habilidades comportamentais (NUNES; CASTRO, 2011).

Na abordagem do tabagista além da dependência da nicotina, deve-se incluir as complicações que o tabaco causa à saúde. O tabagismo é fator de risco para complicações cardiovasculares como acidente vascular encefálico, infarto agudo do miocárdio, angina, doenças respiratórias, cânceres (boca, esôfago, estômago, pulmão), independentemente se o paciente apresenta ou não comorbidades associadas, como hipertensão arterial e diabetes (BRASIL, 2015; NUNES; CASTRO, 2011).

A abordagem deve incluir também a promoção e prevenção à saúde tendo como objetivo a manutenção da saúde, melhorar da qualidade de vida, redução da morbimortalidade e das incapacidades decorrentes do consumo do tabaco, o que reduziria os gastos da saúde pública, uma vez que o tabagismo leva a complicações cardiovasculares e o desenvolvimento de cânceres que podem incapacitar o indivíduo oneram os gastos públicos em saúde (SILVA *et al*, 2014).

5.3 Dependência da nicotina

A nicotina é um alcaloide potente presente nas folhas do tabaco e a causadora da dependência do tabaco e a síndrome da abstinência. A força da dependência de nicotina relaciona-se com a fissura ou craving, um forte impulso para usar a substância, e com a tolerância (necessidade crescente da substância para atingir o efeito desejado). A cessação do uso de nicotina produz uma síndrome de abstinência, que inclui quatro ou mais dos seguintes sintomas: humor disfórico ou deprimido; insônia; irritabilidade; ansiedade; dificuldade de concentração; inquietação ou impaciência; bradicardia; aumento do apetite ou ganho de peso (NUNES; CASTRO, 2011).

A dependência do tabaco é uma doença crônica, progressiva e recorrente, mediada por ações de receptores centrais e periféricos. A décima revisão da Classificação Internacional de Doenças (CID-10) classifica a dependência de tabaco (F17.2) como: forte desejo ou compulsão à nicotina; dificuldades de controlar o uso; cessar ou reduzir causa estado de abstinência, necessidade de doses crescentes da nicotina; abandono, apesar de consequências nocivas à saúde (NUNES, CASTRO, 2011).

O tratamento do tabagismo envolve uma abordagem centrada na pessoa em que explorarmos a doença e o adoecimento, compreendendo a pessoa como um todo, negociação de um terreno comum, incorporação de prevenção e promoção, incrementação da relação médico-paciente, sendo realista (BRASIL, 2015).

A abordagem cognitivo-comportamental ajudar a reestruturar crenças disfuncionais e dar flexibilidade cognitiva para avaliar situações específicas, tendo como pilares a detecção de situações de risco de recaída e desenvolvimento de estratégias de enfrentamento (BRASIL, 2015).

A avaliação da dependência da nicotina é feita pelo teste de Fagerström composto por seis questões: número de cigarros diários, tempo até o primeiro cigarro, dificuldade em evitar fumar em lugares onde é proibido, cigarro mais difícil de largar, consumo de cigarros maior pela manhã, se fuma estando doente ou acamado. A pontuação varia de 0 a 10 pontos, sendo 0-4: considerado dependência leve; 5-7: dependência moderada e 8-10: alta dependência (INCA, 2020). Vejam no Quadro 2

Quadro 2 -Teste de Fagerström

Perguntas	Respostas	Pontuação
-----------	-----------	-----------

Em quanto tempo depois de acordar você fuma o primeiro cigarro?	<ul style="list-style-type: none"> • Dentro de 5 minutos • 6-30 minutos • 31-60 minutos • Depois de 60 minutos 	<ul style="list-style-type: none"> • 3 • 2 • 1 • 0
Você acha difícil ficar sem fumar em lugares onde é proibido (por exemplo, na igreja, no cinema, em bibliotecas, e outros.)?	<ul style="list-style-type: none"> • Sim • Não 	<ul style="list-style-type: none"> • 1 • 0
Qual o cigarro do dia que traz mais satisfação?	<ul style="list-style-type: none"> • O primeiro da manhã • Outros 	<ul style="list-style-type: none"> • 1 • 0
Quantos cigarros você fuma por dia?	<ul style="list-style-type: none"> • Menos de 10 • De 11 a 20 • De 21 a 30 • Mais de 31 	<ul style="list-style-type: none"> • 0 • 1 • 2 • 3
Você fuma mais frequentemente pela manhã?	<ul style="list-style-type: none"> • Sim • Não 	<ul style="list-style-type: none"> • 1 • 0
Você fuma mesmo doente quando precisa ficar na cama a maior parte do tempo?	<ul style="list-style-type: none"> • Sim • Não 	<ul style="list-style-type: none"> • 1 • 0

Fonte: INSTITUTO NACIONAL DO CÂNCER (2020c)

Segundo Nunes e Castro (2011), a via mesolímbica dopaminérgica é a responsável pelas ações de reforço da nicotina durante o ato de fumar. Esse estímulo nicotínico medeia o prazer devido a elevação do humor, ampliação cognitiva e diminuição do apetite. E a dependência de substâncias psicoativas tem uma base neurobiológica, com 4 períodos: intoxicação, fissura ou craving, compulsão para administração de drogas e abstinência.

Na dependência da nicotina, no período de intoxicação, ocorre um aumento da dopamina e do prazer. Na fissura, ocorre uma vontade intensa de fumar, que dura cinco minutos e pode persistir por meses, mas diminui progressivamente. Na

compulsão, ou perda de controle, ocorre aumento de serotonina e redução da ansiedade. Na síndrome de abstinência, ocorre redução da dopamina, serotonina, noradrenalina, acetilcolina e aumento do glutamato, e os sinais e sintomas são: ansiedade, dificuldade de concentração, agitação, irritabilidade, agressividade, tontura, cefaleia e desconforto abdominal, que pode durar por duas ou três semanas (NUNES; CASTRO, 2011).

6 PLANO DE INTERVENÇÃO

Esta proposta refere-se ao problema priorizado Tabagismo, para o qual se registra uma descrição do problema selecionado (terceiro passo), a explicação (quarto passo) e a seleção de seus nós críticos (quinto passo).

Os quadros seguintes mostram o desenho das operações – para cada causa selecionada como “nós crítico”, as operações, projeto, os resultados esperados, os produtos esperados, os recursos necessários para a concretização das operações (estruturais, cognitivos, financeiros e políticos). Aplica-se a metodologia do Planejamento Estratégico Simplificado (FARIA: CAMPOS; SANTOS, 2018).

6.1 Descrição do problema selecionado (terceiro passo)

O tabagismo foi escolhido como prioridade pela ESF de Ponte Alta por ser um problema que está se tornando frequente na população adscrita, uma vez que há a cultura de iniciar o tabagismo muito cedo, em média aos 7 anos de idade, como uma forma de “espantar os pernilongos” durante o serviço na lavoura de café, com isso a incidência de câncer de boca, garganta e esôfago vem aumentando.

6.2 Explicação do problema selecionado (quarto passo)

De acordo com o INCA (2019b), o tabagismo é a principal causa de morte evitável em todo o mundo sendo responsável por 85% das mortes por doença pulmonar crônica (bronquite e enfisema)

A nicotina é considerada um a droga psicoativa que age no sistema nervoso central, modificando o comportamento e o estado emocional nos usuários do tabaco. O quadro de dependência resulta em tolerância, abstinência e comportamento compulsivo para consumir a droga caracterizando uma dependência física e psicológica a nicotina (INCA, 2019b).

Apesar de atualmente o tabagismo ser combatido pela mídia, pelos órgãos de saúde, leis rígidas para propagandas de cigarro em que as marcas são obrigadas a colocar imagens dos danos nas embalagens dos produtos, ainda há aqueles que iniciam seu uso por “necessidade” (espantar os pernilongos) mantendo esse um hábito por toda a vida, ou por diversão ou por inclusão em determinado grupo social.

O tabagismo é um problema de saúde pública, pois a dependência da nicotina causa malefícios à saúde de forma geral e conseqüentemente, aumenta o gasto do

setor público com as doenças desencadeadas pelo uso do tabaco, como a DPOC, cânceres e complicações cardiovasculares.

6.3 Seleção dos nós críticos (quinto passo)

Nós críticos:

- Desconhecimento dos malefícios do tabagismo;
- Dependência da nicotina;
- Falta de qualificação profissional;
- Dificuldades para cessação do tabagismo;
- Distância entre a UBS de Ponte Alta e a zona urbana de Carangola.

6.4 Desenho das operações sobre nó crítico – operações, projeto, resultados e produtos esperados, recursos necessários e críticos (sexto passo) e viabilidade e gestão (7º a 10º passo)

Os passos sexto a décimo são apresentados nos quadros seguintes, separadamente para cada nó crítico.

Quadro 3 - Desenho das operações (6º passo) e viabilidade e gestão (7º a 10º passo) sobre o “nó crítico 1” (conscientização dos malefícios do tabagismo) relacionado ao problema Tabagismo, na população sob responsabilidade da Equipe de Saúde da Família de Ponte Alta, do município Carangola, MG

Nó crítico 1	Desconhecimento dos malefícios do tabagismo
6º passo: operação (operações)	Conscientizar a comunidade sobre os riscos e problemas de saúde mais frequentemente associados ao fumo;
6º passo: projeto	Conscientizar para modificar.
6º passo: resultados esperados	Pessoas com estímulo ao autocuidado. Usuários compartilhando conhecimentos. Redução do número de tabagista em 20%.
6º passo: produtos esperados	Campanhas antitabaco na recepção da unidade. Grupos educativos para aumentar o conhecimento da população acerca dos malefícios do tabagismo.
6º passo: recursos necessários	Organizacional: Organização de agenda e programação de eventos. Cognitivo: conhecimento teórico, conhecimento de técnicas pedagógicas; Financeiro: reprodução de material informativo (cartilhas, panfletos). Político: mobilização da população e da equipe
7º passo: viabilidade do plano - recursos críticos	Político: Adesão da população tabagista Equipe de Saúde de Ponte Alta. Favorável.
Viabilidade do plano: ações estratégicas	Busca ativa de pacientes tabagistas em consultas e em visitas domiciliares, pelos profissionais da equipe. Ativar Grupo
8º passo: controle dos recursos críticos - ações estratégicas	Médica, enfermeira e ACS. Busca constante/ levantamento da população até janeiro de 2020.
9º passo; acompanhamento do plano - responsáveis e prazos	Reuniões da Equipe mensalmente. Verificar, em cada reunião com os fumantes como se sentem em relação ao cigarro: diminui , extinguiu o fumo? Sensações.

Quadro 4 - Desenho das operações (6º passo) e viabilidade e gestão (7º a 10º passo) sobre o “nó crítico 2” (dependência da nicotina) relacionado ao problema Tabagismo, na população sob responsabilidade da Equipe de Saúde da Família de Ponte Alta, do município Carangola, MG

Nó crítico 2	Dependência da nicotina
6º passo: operação (operações)	Avaliar a dependência e o grau de motivação. Identificar os indivíduos dependentes e dispostos a abandonar o tabagismo utilizando o Teste de Fagerström.
6º passo: projeto	<i>Livre do tabagismo.</i>
6º passo: resultados esperados	Estratificação dos tabagistas por grau de motivação e por nível de dependência. O tabagismo e as dificuldades em abandonar o hábito.
6º passo: produtos esperados	Consulta médica com a finalidade de avaliar grau de dependência e condução individual dos casos. Iniciar o grupo de tabagismo em Ponte Alta.
6º passo: recursos necessários	Organizacional : Abordagem multidisciplinar. Cognitivo: estratégias de comunicação. Financeiro: Disponibilização de medicamentos. Político: Apoio da prefeitura e secretaria de saúde.
7º passo: viabilidade do plano - recursos críticos	Organizacional : envolvimento de toda equipe de saúde. Financeiro: disponibilização de medicações oral e adesiva pelo SUS. Médica, enfermeira e ACS. Favoráveis.
8º passo: controle dos recursos críticos - ações estratégicas	Reuniões quinzenais em grupo de apoio.
9º passo; acompanhamento do plano - responsáveis e prazos	Médica e enfermeira. Início fevereiro de 2020.
10º passo: gestão do plano: monitoramento e avaliação das ações	Discussões pela equipe após cada reunião do grupo para avaliação da intervenção, reflexão dos ajustes necessários e planejamento dos mesmos, mensalmente por 12 meses.

Quadro 5 - Desenho das operações (6º passo) e viabilidade e gestão (7º a 10º passo) sobre o “nó crítico 3” (falta de qualificação profissional) relacionado ao problema

Tabagismo, na população sob responsabilidade da Equipe de Saúde da Família de Ponte Alta, do município Carangola, MG

Nó crítico 3	Falta de qualificação profissional
6º passo: operação (operações)	Ampliar o conhecimento da equipe de saúde, acerca de como fazer repelente natural.
6º passo: projeto	<i>Conhecer para auxiliar.</i>
6º passo: resultados esperados	Capacitação dos profissionais, 100% dos profissionais capacitados em 3 meses. Ampliação do conhecimento técnico na abordagem para a cessação do tabagismo.
6º passo: produtos esperados	Capacitação do pessoal. Organizar estratégias comportamentais e medicamentosas. Capacitar equipe através de oficina para a realização do cuidado do paciente tabagista.
6º passo: recursos necessários	Organizacional sala de reuniões, acesso a literatura online e impressa. Cognitivo: revisão bibliográfica, estratégias de abordagem. Financeiro: recurso para impressão de material. Político: mobilização da equipe para capacitação.
7º passo: viabilidade do plano - recursos críticos	Cognitivo: conhecimento sobre as estratégias de abordagem do paciente. Médica / favorável
8º passo: controle dos recursos críticos - ações estratégicas	Dois encontros quinzenais com toda equipe para discussão do tema.
9º passo; acompanhamento do plano - responsáveis e prazos	Médica e enfermeira. 30 dias
10º passo: gestão do plano: monitoramento e avaliação das ações	O monitoramento e avaliação serão realizados durante as reuniões de equipe quinzenalmente.

Quadro 6 - Desenho das operações (6º passo) e viabilidade e gestão (7º a 10º passo) sobre o “nó crítico 4” (cessação do tabagismo) relacionado ao problema Tabagismo, na população sob responsabilidade da Equipe de Saúde da Família de Ponte Alta, do município Carangola, MG

Nó crítico 4	Dificuldades para cessação do tabagismo
6º passo: operação (operações)	Criar o grupo de tabagismo em Ponte Alta
6º passo: projeto	<i>Grupo de tabagismo.</i>
6º passo: resultados esperados	Implementação do grupo de tabagismo em Ponte Alta.
6º passo: produtos esperados	Estratégias comportamentais e medicamentosas usadas para a cessação do tabagismo. Reuniões mensais para a implementação do grupo de tabagismo, Encontros semanais, com duração de 1h e meia, no 1º primeiro mês, com os temas “Entender por que se fuma e como isso afeta a saúde”; “Os primeiros dias sem fumar”; “Como vencer os obstáculos para permanecer sem fumar”; “Benefícios obtidos após parar de fumar.”
6º passo: recursos necessários	Organizacional: sala de reuniões acesso à literatura online e impressa. Cognitivo: revisão bibliográfica, estratégias de abordagem. Financeiro: recurso para impressão de material. Político: mobilização da equipe para capacitação.
7º passo: viabilidade do plano - recursos críticos	Cognitivo: conhecimento sobre as estratégias de abordagem do paciente. Médica / favorável
8º passo: controle dos recursos críticos - ações estratégicas	Encontros semanais, com duração de 1h e meia, no 1º primeiro mês. Encontros quinzenais, com duração de 1h, no 2º mês. Encontros mensais, com duração de 1h, do 3º ao 12º mês.
9º passo; acompanhamento do plano - responsáveis e prazos	Médica e enfermeira. 12 meses
10º passo: gestão do plano: monitoramento e avaliação das ações	O monitoramento e avaliação após as reuniões. Inicialmente semanal progressivamente quinzenal e mensal.

Quadro 7 - Desenho das operações (6º passo) e viabilidade e gestão (7º a 10º passo) sobre o “nó crítico 5” (Distância entre a ESF de Ponte Alta e zona urbana de Carangola) relacionado ao problema Tabagismo, na população sob responsabilidade da Equipe de Saúde da Família de Ponte Alta, do município Carangola, MG

Nó crítico 5	Distância entre a ESF de Ponte Alta e zona urbana de Carangola
6º passo: operação (operações)	Criar o grupo de tabagismo em Ponte Alta.
6º passo: projeto	<i>Estimulo a cessação do tabagismo, devido ao acesso facilitado.</i>
6º passo: resultados esperados	A adesão dos pacientes ao grupo para a cessação do tabagismo, visto que a UBS está há 26 Km da zona urbana de Carangola, onde o grupo do tabagismo ocorre.
6º passo: produtos esperados	Adesão dos pacientes ao grupo de tabagismo facilitado pela proximidade da população. Panfletos informativos sobre o grupo de tabagismo. Avisos nas missas e cultos sobre a implementação do grupo em Ponte Alta. Apoio da Associação de moradores na divulgação do grupo.
6º passo: recursos necessários	Organizacional: sala de reuniões, acesso a literatura online e impressa. Financeiro: recurso para impressão de material. Politico: mobilização da equipe para capacitação.
7º passo: viabilidade do plano - recursos críticos	Cognitivo: conhecimento sobre as estratégias de abordagem do paciente. Médica / favorável
8º passo: controle dos recursos críticos - ações estratégicas	Encontros semanais, com duração de 1h e meia, no 1º primeiro mês. Encontros quinzenais, com duração de 1h, no 2º mês. Encontros mensais, com duração de 1h, do 3º ao 12º mês.
9º passo; acompanhamento do plano - responsáveis e prazos	Médica e enfermeira. 12 meses
10º passo: gestão do plano: monitoramento e avaliação das ações	O monitoramento e avaliação após as reuniões. Inicialmente semanal progressivamente quinzenal e mensal.

7 CONSIDERAÇÕES FINAIS

O Brasil é um dos países pioneiros no combate ao tabagismo, apesar de ser o segundo maior produtor e o maior exportador mundial de tabaco. As medidas adotadas vão desde a prevenção ao tabagismo com campanhas alertadas sobre as armadilhas dos cigarros de baixo teor de nicotina, proibição das propagandas de cigarro, colocação de gravuras nas embalagens de cigarro mostrando os efeitos danosos do tabaco, criação de ambientes 100% livres de fumaça até o programa de cessação de tabagismo ofertado pela Atenção Primária. Essas medidas proporcionaram a diminuição da prevalência do tabagismo no Brasil.

Apesar das medidas para redução do tabagismo, observa-se que em Ponte Alta de Minas, Carangola, Minas Gerais, 9,87% dos adultos são tabagistas. Com a cultura de plantação de café, a família toda fica envolvida na colheita o que acarreta início precoce no uso do tabaco como forma de “espantar os pernilongos” e muitos permanecem tabagistas na vida adulta acarretando problemas de saúde em decorrência desse hábito, como por exemplo, câncer de boca e esôfago que vem aumentando nos últimos anos.

Espera-se que as ações programadas neste projeto sejam as primeiras de muitas ações realizadas no município com o intuito de reduzir o tabagismo. Sabemos da importância de atividades continuadas, integradas com toda a equipe de saúde, apoiadas pela secretaria municipal de saúde com o intuito de reduzir/cessar o tabagismo.

REFERÊNCIAS

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Política Nacional de Atenção**. Brasília: Ministério da Saúde, 2012. 110 p. (Série E. Legislação em Saúde). Disponível em: <http://189.28.128.100/dab/docs/publicacoes/geral/pnab.pdf>. Acesso em: 20 de ago. de 2019.

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. 154 p. (Cadernos da Atenção Básica, n. 40). Disponível em: http://189.28.128.100/dab/docs/portaldab/publicacoes/caderno_40.pdf. Acesso em: 25 de agosto de 2020.

CAVALCANTE, T.M. *et al.* Brasil: balanço da Política Nacional de Controle do Tabaco na última década e dilemas. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 33, supl. 3, e00138315, 2017. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2017001503001&lng=en&nrm=iso. Acesso em: 08 de setembro de 2020.

DESCUBRA MINAS. Carangola. **Distrito Ponte Alta de Minas**. 2020 Disponível em: http://www.descubraminas.com.br/Turismo/DestinoAtrativoDetalhe.aspx?cod_destino=253&cod_atrativo=3441. Acessado em: 11 de outubro de 2019.

FARIA, H.P; CAMPOS, F.C.C.; SANTOS, M.A.; **Planejamento, avaliação e programação de ações de saúde**, Unid. 3, p 51 a 71. Belo Horizonte, UFMG/NESCON, 2018.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA IBGE.. **IBGE Cidades**. Carangola. Disponível em <https://cidades.ibge.gov.br/brasil/mg/carangola/historico>. Acesso em: 11 de outubro de 2019.

INSTITUTO NACIONAL DO CÂNCER INCA.. **Manual do dia nacional de combate ao tabagismo**. Brasil, 2019a. Disponível em: https://www.inca.gov.br/sites/ufu.sti.inca.local/files//media/document/manual-dia-nacional-combate-fumo-2019_0.pdf. Acessado em: 07 de novembro de 2019.

INSTITUTO NACIONAL DO CÂNCER INCA.. **Programa Nacional de controle do tabagismo**. Brasil, 2019b. Disponível em: <https://www.inca.gov.br/programa-nacional-de-controle-do-tabagismo>. Acesso em: 04 de novembro de 2019.

INSTITUTO NACIONAL DO CÂNCER INCA. **Programa de Controle do Tabagismo**. Brasil, 2020. Disponível em: <https://www.inca.gov.br/programa->

nacional-de-controle-do-tabagismo/teste-fargestrom. Acesso em: 13 de setembro de 2020.

MINAS GERAIS. Secretaria de Estado de Saúde. 2016. **Tabagismo**. Disponível em: <https://www.saude.mg.gov.br/component/gmg/page/1603-programa-nacional-de-controle-do-tabagismo>. Acesso em: 25 de novembro de 2019.

NUNES, S.O.V.; CASTRO, M. R. P. Tabagismo: abordagem, prevenção e tratamento. **Scientific Eletronic Library Online Books**. 2011. Disponível em: <http://books.scielo.org/id/sj9xk>. Acesso em: 09 de setembro de 2020.

PORTES, L.H. *et al.* A Política de Controle do Tabaco no Brasil: um balanço de 30 anos. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 23, n. 6, p. 1837-1848, 2018. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232018000601837&lng=pt&nrm=iso. Acesso em: 09 de setembro de 2020.

SILVA, S.T. *et al.* Combate ao Tabagismo no Brasil: a importância estratégica das ações governamentais. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 19, n. 2, p. 539-552, 2014. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232014000200539&lng=en&nrm=iso. Acesso em: 09 de setembro de 2020.

MINAS GERAIS. Secretaria de Estado de Saúde. 2016. **Tabagismo**. Disponível em: <https://www.saude.mg.gov.br/component/gmg/page/1603-programa-nacional-de-controle-do-tabagismo>. Acesso em: 25 de novembro de 2019.

NUNES, S.O.V.; CASTRO, M. R. P. **Tabagismo**: abordagem, prevenção e tratamento. Scientific Electronic Library Online Books. 2011. Disponível em: <http://books.scielo.org/id/sj9xk>. Acesso em: 09 de setembro de 2020.

PORTES, L.H. *et al.* A Política de Controle do Tabaco no Brasil: um balanço de 30 anos. *Ciênc. saúde coletiva*, Rio de Janeiro, v. 23, n. 6, p. 1837-1848, 2018. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232018000601837&lng=pt&nrm=iso. Acesso em: 09 de setembro de 2020.

SILVA, S.T. *et al.* Combate ao Tabagismo no Brasil: a importância estratégica das ações governamentais. *Ciênc. saúde coletiva*, Rio de Janeiro, v. 19, n. 2, p. 539-552, 2014. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232014000200539&lng=en&nrm=iso. Acesso em: 09 de setembro de 2020.