

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

ANDRESSA PEREIRA PEIXOTO BARBOSA

**TABAGISMO COEXISTINDO COM HIPERTENSÃO ARTERIAL
SISTÊMICA E DIABETES NA COMUNIDADE DO PAULO BANDEIRA
EM MACEIÓ-AL: PROJETO DE INTERVENÇÃO**

**MACEIÓ - ALAGOAS
2016**

ANDRESSA PEREIRA PEIXOTO BARBOSA

**TABAGISMO COEXISTINDO COM HIPERTENSÃO ARTERIAL
SISTÊMICA E DIABETES NA COMUNIDADE DO PAULO BANDEIRA
EM MACEIÓ-AL: PROJETO DE INTERVENÇÃO**

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

Orientador: Prof. Juarez Oliveira Castro

MACEIÓ - ALAGOAS
2016

ANDRESSA PEREIRA PEIXOTO BARBOSA

**TABAGISMO COEXISTINDO COM HIPERTENSÃO ARTERIAL
SISTÊMICA E DIABETES NA COMUNIDADE DO PAULO BANDEIRA
EM MACEIÓ-AL: PROJETO DE INTERVENÇÃO**

Banca examinadora

Examinador: Professor Juarez Oliveira Castro - UFMG

Examinador: Professor Heriberto Fiuza Sanchez

Aprovado em Belo Horizonte, em 18 de Maio de 2016.

AGRADECIMENTOS

Agradeço primeiramente a Deus pela força que me concede na dedicação aos estudos. A minha família, amigos e esposo pelo apoio e compreensão do meu trabalho e estudo. Aos mestres da faculdade que reconhecem a essência de uma educação com qualidade. Aos tutores de projetos de educação em saúde e da especialização que favoreceram a construção de trabalhos essenciais para pesquisa, conhecimento científico e intervenção comunitária.

“Ensinar não é transferir conhecimento, mas criar as possibilidades para a sua própria produção ou a sua construção” (FREIRE, 2008).

RESUMO

Na Unidade de Saúde onde atua a equipe de saúde do Conjunto Paulo Bandeira, no bairro Benedito Bentes 2 no município de Maceió-AL, é notável a existência de uma alta prevalência de usuários de tabaco no grupo de hipertensos e diabéticos, sendo essa combinação persistente um agravante do risco cardiovascular. Este estudo tem como objetivo a promoção de estratégias de intervenção para o controle do tabagismo no grupo de hipertensos e diabéticos da comunidade do Paulo Bandeira. Como metodologia, inicialmente foram levantados dados sobre o número de fumantes entre os hipertensos e diabéticos de Junho à Dezembro de 2015, sendo encontrado um n=33, o que correspondeu a 21% do grupo específico. Sendo seguida com uma revisão bibliográfica a partir de artigos encontrados nas bases de dados da Biblioteca Virtual em Saúde (BVS), Google Acadêmico e Scielo. Esta revisão revelou a importância da prevenção primária e também secundária com uso de intervenções educativas em grupos portadores de doenças crônicas não-transmissíveis, principalmente as de acometimento cardiovascular como a Hipertensão Arterial Sistêmica e o Diabetes. Com a implantação do projeto de intervenção espera-se uma equipe capacitada para trabalhar com o tema tabagismo, o estabelecimento de um grupo operativo de combate ao tabagismo e o apoio da gestão municipal e Secretaria Municipal de Saúde para permitir uma melhor atuação de especialistas e disponibilização de medicamentos antitabagismo na farmácia da unidade.

Palavras-chave: Tabagismo. Hipertensão. Diabetes. Atenção Básica à Saúde.

ABSTRACT

The Health Unit which operates the health team of housing Paulo Bandeira in Benedito Bentes 2 in the city of Maceió-AL, it is remarkable that there is a high prevalence of tobacco users in the of hypertensive and diabetic group, and this persistent combination an aggravating cardiovascular risk. This study aimed to promote intervention strategies for tobacco control in the group of hypertensive and diabetic of Paulo Bandeira community. The methodology was initially raised data on the number of smokers among hypertensive and diabetic June to December 2015, found an n = 33, corresponding to 21% of the specific group. It is followed by a literature review from articles found in the databases of Virtual Health Library, Google Scholar and Scielo. This review revealed the importance of primary and also secondary prevention with the use of educational interventions in patients with groups of non-communicable chronic diseases, especially cardiovascular involvement such as the Hypertension and Diabetes. With the implementation of the intervention project is expected to a team trained to work with the smoking topic, the establishment of an operating group against smoking and the support of the municipal management and the Municipal Health to allow better performance of experts and provision of anti-smoking drugs in pharmacy unit.

Key words: Smoking. Hypertension. Diabetes. Primary Health Care.

SUMÁRIO

1. INTRODUÇÃO	8
2. JUSTIFICATIVA	11
3. OBJETIVOS	13
4. METODOLOGIA	14
5. LEVANTAMENTO DE CASOS	16
6. REVISÃO BIBLIOGRÁFICA	17
7. PROPOSTA DE INTERVENÇÃO	22
8. CONSIDERAÇÕES FINAIS	26
REFERÊNCIAS	27
ANEXO A – FICHA CADASTRO HIPERDIA	29

1. INTRODUÇÃO

Maceió, capital de Alagoas, é uma cidade litorânea assim como muitas capitais do Nordeste. Tem uma população estimada para 2015 em 1.005.319 e um território de cerca de 510 km² segundo estimativa do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE). Por sua localização e por seu clima tropical tem a atividade do turismo fortemente predominante na região, além da agricultura, comércio e indústria. É conhecida como “Paraíso das Águas”, e também considerada como o “Caribe Brasileiro” devido às suas belezas naturais que atraem turistas de todo o mundo (MACEIÓ, 2015)

A cidade atualmente sofre o terror da violência urbana, sendo apresentada na revista *Veja* em 2015, com referência no estudo da ONG City Mayors que analisou a taxa de homicídios por cem mil habitantes, como a cidade mais perigosa do país e a 5° colocação no ranking mundial em relação a violência. A notícia se espalhou, fazendo com que a cidade não seja apenas apresentada como um ponto turístico importante do país, mas também como a mais violenta.

Apesar do estado de Alagoas ser o último no ranking do IDH entre as unidades federativas do Brasil, Maceió possui um IDH considerado alto (0,702) segundo dados do Atlas do Desenvolvimento Humano no Brasil (2013).

Na área de saúde, a cidade faz parte da 1° região de saúde do Estado de Alagoas, que corresponde ao leste alagoano. Tem cobertura com a Estratégia de Saúde da Família (ESF) ainda precária. Em relação aos últimos dez anos, Maceió viu sua cobertura crescer apenas seis pontos, de 24,7% para 30,4% (GAZETA DO POVO, 2014).

O maior e mais populoso bairro de Maceió é o Benedito Bentes que é dividido em Benedito Bentes I e II e cada um possui vários conjuntos populacionais, geralmente para cada conjunto há uma equipe de saúde da família, mas há muitas áreas ainda sem cobertura da ESF.

O conjunto Paulo Bandeira está localizado no bairro Benedito Bentes II e conta com cerca de 3000 habitantes. A população é homogênea, moram em casas de tijolos bastante semelhantes, a maioria não são muradas. O abastecimento de água é pela rede pública, muitas residências não têm caixas d'água e a maioria usa

água diretamente da torneira para beber. A maioria das ruas são calçadas e há poucos locais com lixos ou esgoto a céu aberto. No conjunto não há escolas, quadro esportiva e nem praça. Para atendimento na unidade de saúde a população se desloca para o conjunto vizinho, Selma Bandeira.

Na Unidade Básica de Saúde (UBS) Carla Nogueira Gomes, também chamada de UBS Selma Bandeira pela sua localização, há três equipes de saúde: Selma Bandeira, Moacir Andrade e Carla Nogueira III. Esta última é a equipe que atua no território do conjunto Paulo Bandeira.

Constituem a equipe de saúde do Paulo Bandeira: uma médica, um enfermeiro, 6 agentes comunitários de saúde, 2 técnicos de enfermagem, um odontólogo e um auxiliar de saúde bucal.

Entre os principais problemas de saúde mais observados na comunidade estão o descontrole de doenças crônicas como a Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS) e Diabetes, o tabagismo, uso inadequado de benzodiazepínicos e as parasitoses intestinais. Salienta-se a predominância de problemas sociais como a baixa renda, analfabetismo e violência urbana que conseqüentemente também influenciam na saúde da população.

Ao priorizar os problemas em termos de importância, urgência e capacidade de enfrentamento da equipe, foram selecionados, por ordem de prioridade o tabagismo e o descontrole da HAS e Diabetes, como mostrado no quadro seguinte:

Quadro 1: Seleção de prioridades para os problemas identificados

Problemas	Importância	Urgência	Capacidade de enfrentamento pela UBS	Seleção
Descontrole de doenças crônicas (HAS e Diabetes)	Alta	9	Parcial	1
Tabagismo	Alta	8	Parcial	1
Uso inadequado de benzodiazepínicos	Alta	8	Parcial	2
Parasitoses intestinais	Alta	7	Parcial	3
Condições sociais: baixa renda, analfabetismo e violência urbana.	Alta	9	Fora	4

A equipe de saúde do Paulo Bandeira esteve por cerca de 2 anos com dificuldades para o atendimento médico, pois os médicos que atendiam a comunidade não eram fixos e nem faziam atendimento continuado nos anos de 2013, 2014 até início de 2015. Isto prejudicou o acompanhamento das pessoas com doenças crônicas como a HAS e o Diabetes. Diante disso todos os outros membros da equipe tinham suas atividades prejudicadas pela ausência do médico na maioria dos dias dos anos supracitados.

Os últimos pacientes do programa HIPERDIA foram cadastrados em 2012, mas mesmo assim não existia análise dos dados de risco e nem de prevalência dessas doenças. Neste sentido, após início do trabalho médico longitudinal em março de 2015, a equipe reestruturou seu processo de trabalho realizando o planejamento de ações para enfrentamento dos principais problemas de saúde da comunidade.

2. JUSTIFICATIVA

Pela análise dos principais problemas de saúde que permitem a UBS a capacidade de enfrentamento, decidiu-se analisar os dois problemas principais de forma interligada, pois foi visto como grande prioridade o fato do encontro durante visitas domiciliares e atendimentos individuais de um grande número de pacientes que possuem HAS, Diabetes ou ambos e que persistem com o hábito de fumar apesar de possuírem essas patologias.

O tabagismo é um importante fator de risco para várias doenças que estão entre as principais causas de morte em todo o mundo, entre elas doença cardíaca isquêmica, doença pulmonar obstrutiva crônica, câncer de pulmão e acidente vascular cerebral (BRASIL, 2013).

Trazendo a dimensão do problema para a comunidade do Conjunto Paulo Bandeira, são observados muitos determinantes sociais que contribuem para a prevalência do tabagismo (MACHADO NETO et al., 2010) na região. Entre eles: a população possui baixa renda, um considerável número de desempregados, está numa região de alta prevalência de consumo de drogas, além da alta criminalidade.

O problema do tabagismo sozinho já traz riscos à saúde quanto mais associado a doenças crônicas como HAS e Diabetes, ou seja, nestes casos é evidente uma maior necessidade de intervenções na busca da cessação do hábito de fumar.

Verifica-se na UBS que muitos dos pacientes com HAS e Diabetes possuem índices de pressão arterial e glicemia capilar, respectivamente, em níveis muito elevados, além de casos com complicações vasculares periféricas, oftalmológicas, renais e casos de sequelas de Acidente Vascular Cerebral (AVC). Essas consequências podem ser ligadas ao fato da ocorrência de assistência médica inadequada nos últimos dois anos, dificuldades para atendimento na assistência secundária, o não uso ou o uso irregular de medicações e inexistência de práticas de estilos de vida saudáveis, entre eles o sedentarismo e a persistência do hábito de fumar tabaco.

Neste sentido, é importante a análise dessa situação ao considerar que a HAS e a Diabetes constituem doenças crônicas muito comuns na atenção básica e que

suas mazelas podem ser prevenidas ao se possibilitar uma assistência adequada à saúde permitindo que os pacientes conheçam sobre a doença e suas consequências e tornem-se responsáveis pelo seu próprio tratamento e prevenção, principalmente de complicações cardiovasculares.

3. OBJETIVOS

São os seguintes os objetivos desse trabalho:

Objetivo geral:

Promover estratégias de intervenção para o controle do tabagismo no grupo de hipertensos e diabéticos da comunidade do Paulo Bandeira em Maceió-AL.

Objetivos específicos:

- Realizar um levantamento dos casos de tabagismo entre os portadores de Hipertensão e Diabetes ao se realizar o cadastramento e recadastramento do HIPERDIA.
- Possibilitar a capacitação da equipe de saúde sobre o tema Tabagismo.
- Promover um grupo operativo para combate ao tabagismo.
- Viabilizar o matriciamento em saúde mental na comunidade e possibilitar a referência à profissionais especializados (psicólogos, pneumologista e psiquiatras).
- Permitir disponibilidade de medicamentos na UBS para cessação do tabagismo.

4. METODOLOGIA

Este trabalho constitui um projeto de intervenção a ser aplicado na Unidade de Saúde Carla Nogueira Gomes, onde atua a equipe de saúde da comunidade do Paulo Bandeira, localizada no bairro do Benedito Bentes II, em Maceió- AL.

Um projeto de intervenção inicialmente precisa de dados para justificativa de sua ação. Para este fim foi realizado, inicialmente, como primeira etapa do estudo, uma análise quantitativa dos casos de usuários do tabaco no grupo específico dos hipertensos e diabéticos, traçando também o perfil desses usuários quanto a idade, gênero e associação com outros fatores de risco, dados estes que constam no cadastro destes pacientes atualizados no período de Junho a Dezembro de 2015.

Para o início do levantamento desses dados a equipe de saúde propiciou a realização da Feira de Saúde em 22 de Junho de 2015 na Associação dos Moradores do Conjunto Paulo Bandeira. Toda a equipe de saúde com o apoio dos profissionais (educador físico, fisioterapeuta e nutricionista) do Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF) promoveram atividades educativas para combate e controle da Hipertensão, Diabetes, Tabagismo, Sedentarismo e Obesidade. Na ação foram realizadas além de palestras, o cadastramento dos casos de HAS e Diabetes, muitas brincadeiras educativas, aferição de glicemia capilar, pressão arterial, medida de peso, estatura e cintura abdominal.

Após isso seguiu-se com o recadastramento e cadastramento dos novos casos que não estavam presentes na feira de saúde, sendo que o profissional médico da equipe ficou como principal responsável pelo preenchimento da Ficha de Cadastro HIPERDIA (Anexo A), esta é modelo padrão do programa no município.

Neste estudo também será realizado uma revisão bibliográfica a partir de artigos encontrados nas bases de dados da Biblioteca Virtual em Saúde (BVS), Google Acadêmico e Scielo. O objetivo da revisão é compreender a importância do tema em estudo e buscar promover um delineamento da realidade através do registro, análise e interpretação dos dados obtidos.

Em vista a essa revisão serão utilizados os seguintes Descritores em Ciências da Saúde (DeCS): Tabagismo, Hipertensão, Diabetes, Atenção Básica à Saúde.

Após esses procedimentos dar-se-á início às atividades de intervenção (Ver Proposta de Intervenção), primeiramente buscando o apoio da gestão municipal de saúde e de profissionais especializados no tema, para conseguir capacitação da equipe de saúde e ainda trazer a disponibilidade na farmácia da unidade de medicamentos relativos à cessação do tabagismo. E, finalmente, promover um grupo operativo visando educação em saúde, incentivo a parar de fumar e apoio psicológico e psiquiátrico.

5. LEVANTAMENTO DE CASOS

Como descrito na metodologia, a primeira etapa do estudo já foi concluída e é parte essencial para o planejamento de ações do projeto de intervenção.

Constituiu-se um levantamento de casos de tabagistas dentre os portadores de HAS e/ou Diabetes do tipo 2, através das fichas de cadastro (Anexo A), no período de Junho de 2015 a Dezembro de 2015.

Foram cadastrados um total de 95 casos de pacientes portadores apenas de HAS, 16 casos portadores apenas de diabetes e 46 casos portadores de ambas as doenças, perfazendo um total de 157 pessoas.

Deste total 33 pessoas (21%) são usuárias do tabaco, sendo que 54,6% são portadores apenas de hipertensão, 12,1% apenas de diabetes e 33,3% de ambas as doenças. A idade média é de 54 anos. Quanto ao gênero, 54,5% são mulheres e 45,5% são homens.

Também foram analisadas as associações com outros fatores de risco. Sendo notável que 60,6% dos casos possuem antecedentes familiares de patologias cardiovasculares como Infarto Agudo do Miocárdio (IAM) ou Acidente Vascular Cerebral (AVC), 97% são sedentários e 75,8% estão com Índice de Massa Corpórea (IMC) superior a 25.

6. REVISÃO BIBLIOGRÁFICA

O tabagismo constitui um problema de grande amplitude, pois provoca repercussões à saúde, sociais, econômicas e ambientais. No quesito saúde, o tabaco está relacionado com mais de 50 doenças que atingem vários sistemas do organismo entre eles o respiratório, cardiovascular, digestivo e geniturinário (SOCIEDADE BRASILEIRA DE PNEUMOLOGIA E TISIOLOGIA *et al.*, 2010).

Como um fator de risco cardiovascular o tabagismo acaba por agravar esse risco quando associado a HAS e Diabetes, duas Doenças Crônicas Não-Transmissíveis (DCNT) que são altamente prevalentes e que o controle é atualmente um grande desafio.

No país, essas doenças constituem o problema de saúde de maior magnitude e correspondem a cerca de 70% das causas de mortes, atingindo fortemente camadas pobres da população e grupos mais vulneráveis, como a população de baixa escolaridade e renda. Na última década, observou-se uma redução de aproximadamente 20% nas taxas de mortalidade pelas DCNT, o que pode ser atribuído à expansão da Atenção Básica, melhoria da assistência e redução do consumo do tabaco desde os anos 1990, mostrando importante avanço na saúde dos brasileiros (BRASIL, 2011).

As DCNT respondem por mais de 50% dos óbitos no mundo, entre elas as principais são: cardiovasculares, neoplasias, doença respiratória crônica e diabetes. Como proposta ao enfrentamento dessas doenças a Organização Mundial da Saúde elege como alvo o controle de seus quatro principais fatores de risco: fumo, inatividade física, alimentação inadequada e uso prejudicial de álcool (WHO, 2011)

Na Atenção Primária à Saúde (APS) é possível planejar estratégias para o enfrentamento desses fatores de risco na medida em que se predomina ações de promoção e proteção à saúde em detrimento da medicalização (PORTES *et al.*, 2014)

Ao se tratar do fator de risco específico: “Tabagismo”, a importância é de nível mundial, podendo ser visualizada pelos dados da Organização Mundial de Saúde ao relatar que o tabagismo mata 6 milhões de pessoas no mundo, anualmente (WHO, 2011)

As estimativas gerais no Brasil apontam um total de 14,7% de fumantes no ano de 2014. Esse índice era 18,5% em 2008, conforme a Pesquisa Especial de Tabagismo do IBGE (PETab), ou seja, a queda foi de 20,5% (INCA, 2014).

Parte desse decréscimo do número de fumantes é devido ao Programa Nacional de Controle do Tabagismo (PNCT), que, desde 1989, desenvolve um conjunto diversificado de ações que visam à redução da prevalência de fumantes (PNCT). Atualmente passou a ser denominado Programa Nacional de Controle do Tabagismo e Outros Fatores de Risco de Câncer (PNCTOFR) sendo referência mundial (SILVA et al., 2014).

Este programa propõe ações que são compreendidas em diversas dimensões: Regulação do Mercado; Intervenções na Educação e na Informação Pública; Intervenções na APS; Intervenções Locais; Intervenções no Local de Trabalho; e Intervenções com Enfoque na Comunidade (SILVA et al., 2014).

O compromisso em ampliar o acesso à abordagem e ao tratamento do tabagismo para a rede de APS e de média complexidade do Sistema Único de Saúde (SUS), foi garantido com a Portaria nº 1035 de 31 de maio de 2004 do Ministério da Saúde (PORTES et al, 2014).

Porém, segundo PORTES et al (2014, idem) a efetivação do PNCT em nível municipal constitui um desafio que deve ser encarado pela APS no contexto nacional.

SILVA et al (2014) destaca a importância de se manter, implementar e ampliar as ações do PNCTOFR por serem estas de menor custo comparado aos gastos públicos dispensados ao tratamento das DCNT associadas ao tabaco.

Para promover ações de combate ao tabagismo a equipe de saúde deve compreender o problema no contexto da comunidade. Sendo necessário e importante a capacitação da equipe sobre o tema (PORTES et al.,2014).

Neste sentido, algumas considerações devem ser feitas antes de trazer o problema do tabagismo para o nível da comunidade. É preciso entender sobre a dependência da nicotina, quais determinantes são responsáveis para início do tabagismo e o que motiva as pessoas a iniciarem o uso dessa droga.

O fumante introduz, por vontade própria, no organismo 4.720 substâncias tóxicas e, por isso, adocece com uma frequência duas vezes maior do que as pessoas que não fumam. Entre elas está a nicotina, que é a substância responsável pela dependência física, psicológica e comportamental. Em outras palavras, a nicotina é uma substância psicoativa que produz mudanças no sistema nervoso central do indivíduo, podendo alterar o seu estado emocional, comportamental e sua capacidade de aprendizagem (INCA, 2013). É essa dependência tabágica que explica porque cerca de 70% dos fumantes querem abandonar o fumo, mas não o conseguem (NUNES et al., 2011).

Os determinantes para o início do tabagismo são multifatoriais, nota-se que a maioria ocorre na infância e adolescência, entre estes determinantes estão a influência dos amigos e pais, o consumo de outras drogas, os comportamentos antissociais, reprovação escolar, baixa autoestima, problemas familiares, classe socioeconômica menos favorecida e a influência da mídia (MACHADO NETO et al, 2010)

Segundo MACHADO NETO et al. (2010), as principais motivações para início precoce do cigarro são a curiosidade, o efeito da substância (prazer e relaxamento) e a influência dos amigos.

Deve-se levar em conta o que o fumante gasta para comprar cigarros. Esse montante poderia ser gasto em alimentação, vestimenta e lazer, reduzindo os riscos para a saúde e os danos ao meio ambiente (INCA, 2013).

A OMS acena: a epidemia do tabaco é consequência da pobreza, que, por sua vez gera ainda mais pobreza, num círculo vicioso (BRASIL, 2004).

Retornando a relação Fumo e DCNT é sabido que a cessação do tabagismo constitui medida fundamental e prioritária na prevenção primária e secundária das doenças cardiovasculares e de diversas outras doenças (SOCIEDADE BRASILEIRA DE CARDIOLOGIA/SOCIEDADE BRASILEIRA DE HIPERTENSÃO / SOCIEDADE BRASILEIRA DE NEFROLOGIA, 2010).

O estudo SERVIDIAH (FOUNTBONE ET AL, 2013) revela que são poucas as pesquisas no Brasil referentes a extensão de fatores de riscos entre pacientes hipertensos e diabéticos seja no nível da atenção primária ou a níveis mais

especializados. Nele foi encontrado um total de de 13% de fumantes entre hipertensos e diabéticos, número praticamente similar a população geral no Brasil. O estudo destacou também que o controle de fatores de risco cardiovascular é pouco satisfatório neste grupo.

No estudo de Pimenta e Caldeira (2014), em que se analisou a prevalência de fatores de risco do Escore de Framingham em um total de 505 Hipertensos de Municípios de Minas Gerais, foi notado o tabagismo em 7,1% dos casos, mostrando uma prevalência de fumantes no grupo específico de Hipertensos menor do que na população em geral no Brasil. Porém, neste estudo a população tinha média de idade superior a 60 anos, sendo ratificado de que há na literatura achados que mostram baixa frequência de fumantes em indivíduos com faixa etária mais elevada, quer seja pela maior prevalência de doenças e maior preocupação com a saúde entre as pessoas idosas. Mesmo diante disso o estudo apontou existência de agrupamento de dois ou mais fatores de risco em aproximadamente metade da amostra e menos da metade das pessoas avaliadas relatou ter recebido informação sobre a chance de desenvolver um evento cardiovascular.

Já o estudo de BRUNORI et al (2014) observou uma alta prevalência do hábito de fumar (58,7%) dentre um total de 150 pacientes portadores de Síndrome Coronariana Aguda, o que sugeriu ter esse fator de risco desempenhado um papel crucial no desenvolvimento da síndrome coronariana aguda.

O estudo de CHANG et al (2012) também demonstrou que a prevenção de fatores de risco, entre eles o combate ao hábito de fumar, encontra-se longe da ideal em pacientes com doença arterial periférica ou doença arterial coronariana (DAC) e salienta que esforços para aumentar a conscientização do paciente devem ser estimulados pois podem melhorar a efetividade das medidas preventivas.

Sem dúvida, a responsabilidade dos pacientes e adesão às recomendações do médico dependerá do grau de percepção que eles têm em relação à sua doença. Além disso, quando os pacientes têm acesso à informação, eles podem discutir com seus médicos e melhorarem as práticas preventivas (CHANG et al, 2012).

Para isto é importante realizar o trabalho com grupos, este provavelmente está entre os espaços mais comuns de práticas de educação em saúde na atenção

básica. Para muitos profissionais de saúde o trabalho com grupos também é conhecido como grupo operativo, este consiste em uma abordagem teórica, fundamentada na psicologia social de Pichon-Rivière (2000), centrada no processo de inserção do sujeito no grupo, no vínculo e na tarefa. Esta abordagem cumpre uma função terapêutica e tem sido utilizada, por exemplo, para trabalhar com pessoas que precisam ser preparadas para o autocuidado no manejo de enfermidades crônicas (VASCONCELOS et al., 2009).

7. PROPOSTA DE INTERVENÇÃO

O plano de intervenção foi elaborado com a finalidade de estabelecer estratégias para capacitação da equipe de saúde do Paulo Bandeira sobre o tema Tabagismo e viabilizar recursos para ações de combate e cessação do tabagismo para ocorrerem na unidade.

A intervenção será norteada pelas operações pontuadas nos nós críticos que estão detalhadas nos quadros abaixo.

Quadro 1 – Operações sobre o “nó crítico 1” relacionado ao problema, na população sob responsabilidade da Equipe de Saúde da Família do Paulo Bandeira, em Maceió, Alagoas.

Nó crítico 1	Inexistência de dados que estimam o número de Hipertensos e Diabéticos e também o número de fumantes neste grupo.
Operação	Levantamento de dados através da atualização de cadastro e novo cadastramento dos casos de HAS e Diabetes a fim de identificar riscos e obter o total de casos de tabagistas.
Projeto	Reconhecendo os fumantes
Resultados esperados	Atualização do número de casos de HAS e Diabetes e identificação dos fumantes neste grupo
Produtos esperados	Estimativa dos casos de HAS e Diabetes na comunidade; Avaliação de risco neste grupo; Formação de Grupo operativo para combate ao tabagismo
Atores sociais/ responsabilidades	Equipe de saúde da Família
Recursos críticos	Cognitivo: Conhecimento sobre aferições de dados (medidas de pressão arterial, glicemia capilar e antropometria) e estatística básica. Financeiro: Recursos materiais (ficha de cadastro HIPERDIA padronizada pela Secretaria Municipal de Saúde de Maceió-AL) Político: Mobilização da equipe
Controle dos recursos críticos / Viabilidade	Ator que controla: Equipe de saúde Motivação: Favorável/ Necessidade de dados epidemiológicos para ações de saúde
Ação estratégica de motivação	Estruturar processo de trabalho/ atualização de dados epidemiológicos
Responsáveis:	Médico da UBS
Cronograma / Prazo	De Junho a Dezembro de 2015
Gestão, acompanhamento e avaliação	Análise dos dados: Janeiro de 2016 (etapa concluída)

Quadro 2 – Operações sobre o “nó crítico 2” relacionado ao problema, na população sob responsabilidade da Equipe de Saúde da Família do Paulo Bandeira, em Maceió, Alagoas.

Nó crítico 2	Falta do profissional psicólogo do NASF atrelado a UBS e poucos especialistas psiquiatras que atuam na referência aos casos de dependência ao tabagismo.
Operação	Buscar junto a gestão, governo municipal e Secretaria Municipal de Saúde(SMS) a possibilidade de disponibilizar profissionais psicólogos e psiquiatras tanto para realização da capacitação da equipe como para referência, se necessário dos casos encontrados.
Projeto	Apoio do especialista
Resultados esperados	Viabilização desses profissionais a fim de fortalecer a atividade do grupo operativo de combate ao tabagismo e possibilitar capacitação da equipe de saúde sobre o Tabagismo
Produtos esperados	Matriciamento das ações de saúde mental relacionada ao Tabagismo; Capacitação da equipe de saúde
Atores sociais/ responsabilidades	Equipe de saúde da família SMS
Recursos críticos	Estrutural: Espaço para atuação de profissionais psicólogos e psiquiatras e para capacitação da equipe de saúde Financeiro: Recursos humanos e materiais Político: Proporcionar os recursos financeiros e viabilizar contratação de mais profissionais especialistas
Controle dos recursos críticos / Viabilidade	Ator que controla: SMS Motivação: Regular
Ação estratégica de motivação	Estruturação da rede de saúde mental; Ter equipe capacitada para lidar com o problema
Responsáveis:	Gestor municipal
Cronograma / Prazo	Até Julho 2016
Gestão, acompanhamento e avaliação	Manter acompanhamento de especialistas e atualização da equipe sobre o tema ao longo do tempo

Quadro 3– Operações sobre o “nó crítico 3” relacionado ao problema, na população sob responsabilidade da Equipe de Saúde da Família do Paulo Bandeira, em Maceió, Alagoas.

Nó crítico 3	Falta de medicamentos que auxiliem no combate a dependência ao tabaco
Operação	Possibilitar junto aos órgãos competentes a viabilização de medicamentos, com a finalidade de combate ao tabagismo, na UBS
Projeto	Medicamentos mais perto de casa
Resultados esperados	Medicamentos com a finalidade descrita acima disponíveis na Farmácia da UBS, para que a comunidade tenha mais fácil acesso aos mesmos.
Produtos esperados	Medicações antitabagismo disponíveis na UBS
Atores sociais/ responsabilidades	Equipe de Saúde da Família SMS
Recursos críticos	Financeiro: Recursos materiais(medicamentos) Político: Proporcionar dispensação de medicamentos para UBS
Controle dos recursos críticos / Viabilidade	Ator que controla: Gestor municipal/SMS Motivação: Regular
Ação estratégica de motivação	Combate ao tabagismo
Responsáveis:	Gestor Municipal
Cronograma / Prazo	Até Julho de 2016
Gestão, acompanhamento e avaliação	Manter disponibilidade de medicamentos a longo prazo

Quadro 4 – Operações sobre o “nó crítico 4” relacionado ao problema, na população sob responsabilidade da Equipe de Saúde da Família do Paulo Bandeira, em Maceió, Alagoas.

Nó crítico 4	Inexistência de atividades educativas e terapêuticas voltadas diretamente para o tabagismo.
Operação	Promover um grupo operativo de combate ao tabagismo, inicialmente entre os portadores de HAS e Diabetes
Projeto	Fumo não combina com HAS e Diabetes
Resultados esperados	Promover rodas de conversas com informações sobre os males do cigarro; permitir interação profissional de saúde e usuário de tabaco na busca de formas para cessar tabagismo, possibilitando tratamento da dependência não medicamentoso ou medicamentoso e encaminhamento de casos à especialistas se necessário.
Produtos esperados	Informação para o grupo sobre os riscos do tabagismo, suas implicações quando associada a outras doenças como HAS e Diabetes. Contemplação dos usuários para cessação do tabagismo.
Atores sociais/ responsabilidades	Comunidade Equipe de Saúde da Família Psicólogo do NASF
Recursos necessários	Estrutural: Espaço físico para reuniões Cognitivo: Conhecimento sobre tabagismo e dependência ao tabaco Financeiro: Recursos materiais Político: Mobilização da Equipe, Interesse da população
Controle dos recursos críticos / Viabilidade	Ator que controla: Equipe de saúde da Família Motivação: Favorável
Ação estratégica de motivação	Combate ao tabagismo
Responsáveis:	Equipe de saúde da família Psicólogo do NASF
Cronograma / Prazo	Em 1 ano após capacitação da equipe
Gestão, acompanhamento e avaliação	Continuidade das ações a longo prazo

8. CONSIDERAÇÕES FINAIS

A comunidade do Paulo Bandeira encontra-se exposta a determinantes sociais que possibilitam a existência de muitos casos de tabagismo. A intervenção rumo ao combate ao tabagismo, parte, inicialmente dos casos de maior risco, escolhidos nesse projeto como sendo os portadores de HAS e Diabetes. Isso não inviabiliza, no porvir, propostas que ampliem o projeto para os demais casos de tabagismo na área adscrita.

O modelo proposto também poderá constituir um exemplo para que outras equipes de saúde de outras regiões da cidade, também expostas aos mesmos fatores determinantes sociais, viabilizem a formação de grupos para o combate ao tabagismo.

REFERÊNCIAS

ALAGOAS 24 HORAS. **Gestão municipal leva ações socioculturais à população do Benedito Bentes**. Disponível em: < <http://www.alagoas24horas.com.br/388576/gestao-municipal-leva-acoes-socioculturais-a-populacao-do-benedito-bentes/>>. Acesso em 27 de Abril de 2015.

Atlas de Desenvolvimento Humano no Brasil. Disponível em: <<http://www.atlasbrasil.org.br/2013/pt/ranking/>> Acesso em 10 de Dezembro de 2015.

BRASIL. Instituto Nacional de Câncer (INCA). Organização Pan-Americana da Saúde. **Pesquisa especial de tabagismo – PETab: relatório Brasil / Instituto Nacional de Câncer**. Organização Pan-Americana da Saúde. Rio de Janeiro: INCA, 2011.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Análise de Situação de Saúde. **Plano de ações estratégicas para o enfrentamento das doenças crônicas não transmissíveis (DCNT) no Brasil 2011-2022**. Brasília: Ministério da Saúde, 2011.

BRASIL. Instituto Nacional de Câncer (INCA). **Saber saúde: prevenção do tabagismo e outros fatores de risco para o desenvolvimento de doenças crônicas não transmissíveis**. – 3 ed rev atual. – Rio de Janeiro: INCA, 2013.107p.

BRASIL. Instituto Nacional de Câncer (INCA) **Política Nacional de controle do tabaco: relatório de gestão e progresso 2011-2012**. Comissão Nacional para Implementação da Convenção-Quadro para controle do Tabaco (CONICQ). – Rio de Janeiro: INCA, 2014. 132p.

BRASIL. Biblioteca Virtual em Saúde. **Descritores em Ciências da saúde**. Brasília,[online], 2014. Disponível em: <<http://decs.bvs.br>>. Acesso em: 15 de Julho de 2015.

BRASIL. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. **IBGE Cidades@**. Brasília,[online], 2014. Disponível em:< <http://www.cidades.ibge.gov.br/xtras/home.php>>. Acesso em: 15 de Julho de 2015.

BRASIL. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. IBGE, Diretoria de Pesquisas, Coordenação de População e Indicadores Sociais. **Dados sociodemográficos da cidade de Maceió**. 2014.

CAMPOS, F.C.C.; FARIA H. P.; SANTOS, M.A. **Planejamento e avaliação das ações em saúde**. Curso de Especialização em Atenção Básica em Saúde da Família. NESCON/UFMG. Curso de Especialização em Atenção Básica à Saúde da Família. 2ed. Belo Horizonte: Nescon/UFMG, 2010. Disponível em: <https://www.nescon.medicina.ufmg.br/biblioteca/registro/Planejamento_e_avaliacao_das_acoes_d_e_saude_2/3>. Acesso em: 15 de Julho de 2015.

CHANG, V. Y. P.; HANDA, K.K; FERNANDES, M.; YACOB, C; PASTANA, A; CARAMELLI, B.; CALDERARO, D. Improving cardiovascular prevention through patient awareness. **Rev Assoc Med Bras**, 58(5):550-556, 2012.

CORRÊA, E.J.; VASCONCELOS, M.; SOUZA, S. L.. **Iniciação à metodologia: textos científicos**. Belo Horizonte: Nescon UFMG, 2013. Disponível em: <<https://www.nescon.medicina.ufmg.br/biblioteca/registro/Modulo/3>> : Acesso em: 15 de Julho de 2015.

FONTBONNE, A. et al. Controle dos fatores de risco em hipertensos e diabéticos acompanhados pela Estratégia Saúde da Família no Estado de Pernambuco, Brasil: Estudo SERVIDIAH. **Cad. Saúde Pública**. 29(6):1195-1204, Rio de Janeiro, jun, 2013.

FREIRE, P. **Pedagogia da Autonomia: saberes necessários à prática educativa**. 38ªed. São Paulo. Ed. Paz e Terra, 2008. 148p.

GAZETA DO POVO. **Saúde da Família não chega a 50% em 14 capitais. Agência O Globo.** Texto publicado na edição impressa de 21 de setembro de 2014. Disponível em: <<http://www.gazetadopovo.com.br/vida-e-cidadania/saude-da-familia-nao-chega-a-50-em-14-capitais-edvj0z1b65xp7o634aoeikle6>>. Acesso em 27 de abril de 2015.

MACEIÓ. Prefeitura Municipal de Maceió. Secretaria de Turismo. **A cidade.** Disponível em: <<http://www.maceio.al.gov.br/turismo/cultura/>> Acesso em 10 de Dezembro de 2015.

MACHADO NETO, Adelmo de Souza et al. Determinantes da experimentação do cigarro e do início precoce do tabagismo entre adolescentes escolares em Salvador (BA). **J. bras. pneumol.** [online]. vol.36, n.6, pp. 674-682, 2010.

NUNES, S.O.V. et al. **Tabagismo: Abordagem, prevenção e tratamento [online].** Londrina: EDUEL, 2011. 224 p.

PAZ, A. A. M. et al. **Orientação para elaboração do projeto de intervenção local (PIL).** Universidade de Brasília. Faculdade de Educação. UAB/UnB. Curso de Especialização em Educação na Diversidade e Cidadania, com ênfase em EJA. Brasília, [online], 2013. Disponível em: <http://forumeja.org.br/sites/forumeja.org.br/files/Doc_Orientador_PIL.pdf>. Acesso em: 15 de Julho de 2015.

PICHON-RIVIÈRE, E. **O processo grupal. (El proceso grupal).** Tradução de Marco Aurélio Fernandes Velloso. 6.ed. São Paulo: Martins Fontes, 2000.

PIMENTA, H. B. e CALDEIRA, A. P. Fatores de risco cardiovascular do Escore de Framingham entre hipertensos assistidos por equipes de Saúde da Família. **Ciência & Saúde Coletiva**, 19(6):1731-1739, 2014.

PORTES, L. H.; CAMPOS, E.M.S; TEIXEIRA, M. T. B.; CAETANO, R.; RIBEIRO, L.C. Ações voltadas para o tabagismo: análise de sua implementação na Atenção Primária à Saúde. **Ciência & Saúde Coletiva**, 19(2):439-448, 2014.

SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE DE ALAGOAS - SESAU. Saúde Alagoas, **Análise da situação de saúde, 1º região de saúde.** Maceió- Al, 2012

SILVA, S. T.; MARTINS, M. C.; FARIA, F.R.; COTTA, R. M. M. Combate ao Tabagismo no Brasil: a importância estratégica das ações governamentais. **Ciência & Saúde Coletiva**, 19(2):539-552, 2014.

Sociedade Brasileira de Cardiologia / Sociedade Brasileira de Hipertensão / Sociedade Brasileira de Nefrologia. VI Diretrizes Brasileiras de Hipertensão. **Arq Bras Cardiol**; 95(1 supl.1): 1-51; 2010.

SOCIEDADE BRASILEIRA DE PNEUMOLOGIA E TISIOLOGIA et al. Tabagismo: parte I. **Rev. Assoc. Med. Bras.** [online]. vol.56, n.2, pp. 134-134, 2010.

VASCONCELOS, M.; GRILLO, M.J.C.; SOARES, S.M. **Práticas pedagógicas em Atenção Básica à Saúde Tecnologias para abordagem ao indivíduo, família e comunidade.** Mod. 4. Curso de Especialização em Atenção Básica à Saúde da Família. Belo Horizonte: Nescon/UFMG, 2009. Disponível em: <https://www.nescon.medicina.ufmg.br/biblioteca/registro/Praticas_pedagogicas_em_Atencao_Basic_a_a_Saude/3>. Acesso em: 22 de Dezembro de 2015.

VEJA. **Das 50 cidades mais perigosas do mundo, um terço fica no Brasil. Saiba quais são e qual é a mais violenta do país.** Disponível em: <<http://veja.abril.com.br/blog/cidades-sem-fronteiras/2015/01/13/cidades-mais-perigosas/>> Acesso em 26 de abril de 2015.

WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO). **Global status report on noncommunicable diseases 2010.** Geneva, WHO. 2011.

ANEXO A – FICHA CADASTRO HIPERDIA



MS – HIPERDIA
 PLANO DE REORGANIZAÇÃO DA ATENÇÃO
 À HIPERTENSÃO ARTERIAL E AO DIABETES MELLITUS

1.ª Via: Enviar para digitação
CADASTRO DO HIPERTENSO
E/OU DIABÉTICO

Nome da Unidade de Saúde (*)			Cód. SIA/SUS (*)			Número do Prontuário					
IDENTIFICAÇÃO DO USUÁRIO (*)											
Nome (com letra de forma e sem abreviaturas)						Data Nascimento / /		Sexo <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F			
Nome da Mãe (com letra de forma e sem abreviaturas)				Nome do Pai							
Raça/Cor (TV)	Escolaridade (TV)	Nacionalidade <input type="checkbox"/> Brasileira <input type="checkbox"/> Estrangeira		País de Origem			Data Naturalização / /				
Nº Portaria	UF Munic. Nasc.	Nome Munic. Nascimento			Sit. familiar/Conjugal (TV)		Nº Cartão SUS				
DOCUMENTOS GERAIS											
Título de Eleitor	Número			Zona		Série					
CTPS	Número			Série		UF	Data de Emissão / /				
CPF	Número			PIS/PASEP		Número					
DOCUMENTOS OBRIGATÓRIOS (**)											
Identidade	Número		Complemento	Órgão (TV)	UF	Data de Emissão / /					
Certidão (TV)	Tipo		Nome do Cartório			Livro					
	Folha		Termo			Data de Emissão / /					
ENDEREÇO (*)											
Tipo Logradouro	Nome do Logradouro				Número		Complemento				
Bairro			CEP		DDD	Telefone					
DADOS CLÍNICOS DO PACIENTE											
Pressão Arterial Sistólica (*)		Pressão Arterial Diastólica (*)		Cintura (cm)			Peso (kg) (*)				
Altura (cm) (*)		Glicemia Capilar (mg/d)			<input type="checkbox"/> Em jejum		<input type="checkbox"/> Pós prandial				
Fatores de risco e Doenças concomitantes		Não	Sim	Presença de Complicações			Não	Sim			
Antecedentes Familiares - cardiovasculares				Infarto Agudo Miocárdio							
Diabetes Tipo 1				Outras coronariopatias							
Diabetes Tipo 2				AVC							
Tabagismo				Pé diabético							
Sedentarismo				Amputação por diabetes							
Sobrepeso/Obesidade				Doença Renal							
Hipertensão Arterial											
TRATAMENTO											
Não Medicamentoso: <input type="checkbox"/>											
Medicamentoso											
Tipo	Comprimidos/dia						Unidades/dia				
	1/2	1	2	3	4	5			6		
Hidroclorotiazida 25mg							Insulina <table border="1" style="display: inline-table; vertical-align: middle;"><tr><td style="width: 30px; height: 20px;"></td><td style="width: 30px; height: 20px;"></td><td style="width: 30px; height: 20px;"></td></tr></table>				
Propranolol 40mg											
Captopril 25mg											
Glibenclâmida 5mg											
Metformina 850 mg											
Outros <input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO											
Data da Consulta (*) / /			Assinatura do Responsável pelo atendimento (*)								

Legenda: (*) Campos obrigatórios, com exceção: nome pai; data naturalização e nº portaria, se nacionalidade brasileira (nascido no Brasil); complemento, DDD e telefone. (**) Pelo menos um dos documentos é obrigatório. TV = Tabela no verso do formulário.