

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

Ludyanne da Silva Gomes

**IMPLEMENTAÇÃO DE PROGRAMA DE CONTROLE DO
TABAGISMO NA UNIDADE BÁSICA DE SAÚDE ADELINO
ALCEBÍADES FERREIRA, NO MUNICÍPIO DE CAMPO FLORIDO -
MINAS GERAIS**

Belo Horizonte - Minas Gerais

2021

Ludyanne da Silva Gomes

**IMPLEMENTAÇÃO DE PROGRAMA DE CONTROLE DO
TABAGISMO NA UNIDADE BÁSICA DE SAÚDE ADELINO
ALCEBÍADES FERREIRA, NO MUNICÍPIO DE CAMPO FLORIDO -
MINAS GERAIS**

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

Orientadora: Profa. Maria Dolôres Soares Madureira

Belo Horizonte - Minas Gerais

2021

Ludyanne da Silva Gomes

**IMPLEMENTAÇÃO DE PROGRAMA DE CONTROLE DO
TABAGISMO NA UNIDADE BÁSICA DE SAÚDE ADELINO
ALCEBÍADES FERREIRA, NO MUNICÍPIO DE CAMPO FLORIDO -
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: Profa. Maria Dolôres Soares Madureira

Banca examinadora

Profa. Maria Dolôres Soares Madureira - orientadora - UFMG

Profa. Dra. Eliana Aparecida Villa – UFMG

Aprovado em Belo Horizonte em 02 de junho de 2021.

AGRADECIMENTOS

Agradeço à minha equipe, em especial às agentes comunitárias de saúde, pela disponibilidade e comprometimento nas reuniões e pela fundamental colaboração na obtenção dos dados, sem os quais este trabalho não seria possível.

Agradeço ao meu namorado Nicolas, pelas ponderações relevantes, pelo carinho, paciência, gestos de apoio e momentos de descontração durante a construção deste trabalho.

Agradeço aos meus filhotes caninos, Lucky e Mel, pela fiel companhia, pelos aconchegos nos pés, lambidas fofas e tantos olhares de amor durante a escrita deste trabalho.

“É o desejo que cria o desejável e o projeto que lhe põe fim.”

Simone de Beauvoir

RESUMO

O uso do tabaco vem sendo considerado o maior fator de risco isolado relacionado ao adoecimento e à morte no mundo. O tabagismo foi identificado como a segunda comorbidade mais prevalente na população adscrita na Equipe de Saúde da Família “eSF2” da Unidade Básica de Saúde Adelino Alcebíades Ferreira, em Campo Florido, Minas Gerais. O objetivo deste estudo foi elaborar um projeto de intervenção para implementação de um programa de controle do tabagismo na população da “eSF2”. Utilizou-se o Método de Planejamento Estratégico Situacional através da Estimativa Rápida para obtenção do diagnóstico situacional da área de abrangência da equipe, possibilitando priorizar os problemas que mais afetam a saúde da comunidade e elaborar o plano de ação. Com a implantação das ações propostas espera-se uma redução na incidência e prevalência de fumantes dessa população e, conseqüentemente, da morbimortalidade associada ao tabagismo, além de uma melhora da qualidade de vida e redução de gastos públicos demandados por essa comorbidade no município.

Palavras chave: Abandono do uso de tabaco. Atenção primária à saúde. Hábito de fumar. Tabagismo.

ABSTRACT

Tobacco use has been considered the biggest single risk factor related to illness and death in the world. Smoking was identified as the second most prevalent comorbidity in the population enrolled in the Family Health Team "eSF2" of the Basic Health Unit Adelino Alcebíades Ferreira, in Campo Florido, Minas Gerais. The purpose of this study was to develop an action plan for implementing a smoking control program in the "eSF2" population. The Situational Strategic Planning Method was used through the Rapid Estimate to obtain the situational diagnosis of the area covered by the team, making it possible to prioritize the problems that most affect the health of the community and the elaboration of the action plan. With the implementation of the proposed actions, it is expected a reduction in the incidence and prevalence of smokers in this population and, consequently, in the morbidity and mortality associated with smoking, in addition to an improvement in the quality of life and reduction of public spending required by this comorbidity in the municipality.

Keywords: Smoking cessation. Primary health care. Smoking. Smoking.

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

Tabela 1 - Distribuição de famílias nas microáreas de abrangência da “eSF2”	16
Tabela 2 - Demografia da área de abrangência da “eSF2”	17
Tabela 3 - Condições de saúde da população da área de abrangência da “eSF2”	18
Quadro 1 - Classificação de prioridade para os problemas identificados no diagnóstico da comunidade adscrita à equipe de Saúde “eSF2”, Unidade Básica de Saúde Adelino Alcebíades Ferreira, município de Campo Florido, estado de Minas Gerais	25
Quadro 2 - Operações sobre o “nó crítico 1” relacionado ao problema “Tabagismo”, na população sob responsabilidade da Equipe de Saúde da Família “ESF2”, do município de Campo Florido, estado de Mina Gerais	36
Quadro 3 - Operações sobre o “nó crítico 2” relacionado ao problema “Tabagismo”, na população sob responsabilidade da Equipe de Saúde da Família “ESF2”, do município de Campo Florido, estado de Mina Gerais	37
Quadro 4 - Operações sobre o “nó crítico 3” relacionado ao problema “Tabagismo”, na população sob responsabilidade da Equipe de Saúde da Família “ESF2”, do município de Campo Florido, estado de Mina Gerais	38

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

ABNT	Associação Brasileira de Normas Técnicas
ACC	American College of Cardiology
ACS	Agente Comunitário de Saúde
AHA	American Heart Association
APS	Atenção Primária à Saúde
AVE	Acidente Vascular Encefálico
CAPS	Centro de Atenção Psicossocial
CDC	<i>CENTERS FOR DISEASE CONTROL AND PREVENTION</i>
CEMEI	Centro Municipal de Educação Infantil
COPASA	Companhia de Saneamento de Minas Gerais
CQCT	Conveção-Quadro para o controle do tabaco
CRAS	Centro de Referência da Assistência Social
DCNT	Doenças Crônicas Não Transmissíveis
DPOC	Doença Pulmonar Obstrutiva Crônica
ESF	Estratégia Saúde da Família
eSF	Equipe de Saúde da Família
HAS	Hipertensão Arterial Sistêmica
IBGE	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
INCA	Instituto Nacional do Câncer
IST	Infecção Sexualmente Transmissível
MS	Ministério da Saúde
NASF	Núcleo de Apoio a Saúde da Família
OMS	Organização Mundial da Saúde
OPAS	Organização Pan-Americana da Saúde
PES	Planejamento Estratégico Situacional
PNCT	Programa Nacional de Controle do Tabagismo
REMUME	Relação Municipal de Medicamentos
SUS	Sistema Único de Saúde
UBS	Unidade Básica de Saúde
UPA	Unidade de Pronto Atendimento

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	12
1.1 Aspectos gerais do município	12
1.2 O sistema municipal de saúde	13
1.3 Aspectos da comunidade	16
1.4 A Unidade Básica de Saúde Adelino Alcebíades Ferreira	21
1.5 A Equipe de Saúde da Família “eSF2” da Unidade Básica de Saúde Adelino Alcebíades Ferreira	22
1.6 O funcionamento da Unidade de Saúde da equipe “eSF2”	23
1.7 O dia a dia da equipe “eSF2”	23
1.8 Estimativa rápida: problemas de saúde do território e da comunidade (primeiro passo)	24
1.9 Priorização dos problemas – a seleção do problema para plano de intervenção (segundo passo)	25
2 JUSTIFICATIVA	26
3 OBJETIVOS	27
3.1 Objetivo geral	27
3.2 Objetivos específicos	27
4 METODOLOGIA	28
5 REVISÃO BIBLIOGRÁFICA	29
5.1 Tabagismo e doenças cardiovasculares	29
5.2 Tabagismo e doenças respiratórias	30
5.3 Tabagismo e outras doenças	30
5.4 Prevenção ao uso do tabaco	31
5.5 Interrupção do tabagismo	32
6 PLANO DE INTERVENÇÃO	34
6.1 Descrição do problema selecionado (terceiro passo)	34
6.2 Explicação do problema (quarto passo)	34
6.3 Seleção dos nós críticos (quinto passo)	35
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)	35

7 CONSIDERAÇÕES FINAIS

39

REFERÊNCIAS

40

1 INTRODUÇÃO

1.1 Aspectos gerais do município

Campo Florido é uma cidade com uma população estimada para 2020 de 8.269 habitantes, segundo dados do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), e situa-se na mesorregião do Triângulo do Estado de Minas Gerais, distante da capital Belo Horizonte em 489 km, em linha reta. Apresenta área de 1.264, 245 km² e faz limite com os municípios de Comendador Gomes, Prata, Veríssimo, Conceição das Alagoas, Pirajuba e Frutal (IBGE, 2021).

A economia do município baseia-se substancialmente em torno da agricultura de cana de açúcar e seus subprodutos, gerida por uma das unidades de uma grande indústria nacional (Usina Coruripe), seguida pela pecuária e agricultura familiares. A prefeitura municipal também se constitui como importante geradora de empregos na cidade. A instalação dessa unidade da Usina Coruripe em 2002 e de sua expansão na operacionalização e comercialização de energia elétrica em 2007, promoveu ao município um grande crescimento socioeconômico e populacional, este último, composto em sua maioria de imigrantes nordestinos (SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE, 2016).

A cidade apresenta uma atividade política polarizada entre dois grupos tradicionais que revezam entre a gestão municipal há décadas, com envolvimento fervoroso da população, suscitando inclusive, motivações para violência em eleições recentes.

Mesmo com o desenvolvimento crescente, a cidade apresenta tradições conservadoras do dia a dia de um município enraizado na zona rural e algumas tradições culturais religiosas, como a Festa de Santos Reis, que acontece anualmente entre os dias 28 de dezembro a 06 de janeiro e Festa de Nossa Senhora das Dores, comemorada de 5 a 21 de setembro, considerada a padroeira da cidade.

Cerca de 94% dos domicílios são servidos com água tratada e o lixo da zona urbana é coletado no município e encaminhado ao aterro sanitário da cidade de Uberaba. Segundo IBGE, em 2010, Campo Florido apresentava 72,1% de domicílios com esgotamento sanitário adequado, 69.6% de domicílios urbanos em vias públicas com arborização e 15.4% de domicílios urbanos em vias públicas com urbanização

adequada (presença de bueiro, calçada, pavimentação e meio-fio) e a taxa de escolarização de 6 a 14 anos de idade de 98,8 % (IBGE, 2019).

1.2 O sistema municipal de saúde

Na área da saúde, a cidade é adscrita na macrorregional do Triângulo do sul, microrregião de Uberaba e apresenta uma estruturação do sistema de saúde bastante satisfatória. Notam-se algumas deficiências para um atendimento completo à população e alguns problemas quanto ao estabelecimento de fluxos, funções e distribuição dos profissionais que auxiliam a Estratégia de Saúde da Família (ESF), mas há uma grande disponibilidade de recursos e serviços em saúde à população, e uma gestão bastante atuante no desenvolvimento da área da saúde.

A ESF foi implementada no ano 2000 e contava apenas com uma equipe, localizada na Unidade Básica de Saúde (UBS) “Otaliba Signato de Melo”, que na época realizava cobertura de 100% da população urbana, cerca de 5000 pessoas. Devido ao grande crescimento demográfico, média de 2,16% ao ano (IBGE, 2010), foi inaugurada em abril de 2019, outra UBS, a Unidade Básica “Adelino Alcebádes Ferreira”, com a implantação de uma nova Equipe de Saúde da Família (eSF), visando melhorar a assistência às famílias, principalmente aos novos bairros e população imigrante. Encontra-se em fase de implantação, nessa nova UBS, de uma eSF, com o objetivo de ampliar a cobertura assistencial à zona rural, representada por cerca de 33% da população (SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE, 2017).

A Atenção Primária à Saúde (APS) apresenta, portanto, duas eSF completas que funcionam como porta de entrada, ambas na zona urbana, cobrindo 77% da população e se dividindo para a cobertura, ainda deficitária, da população rural. Há quatro equipes de saúde bucal, sendo que duas funcionam nas UBS, uma no Projeto Florescer, cobrindo também a área urbana e outra dentro da escola rural, atendendo à população rural. O Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF) funciona através de uma equipe no Centro de Especialidades da cidade, dando apoio às eSF por meio de dois fisioterapeutas, uma nutricionista e um educador físico. Essa equipe tem carga horária de apenas 20h semanais, o que motiva a sobrecarga nos atendimentos, levando a reclamação da população quanto a demora de vaga para esses atendimentos, uma vez que houve um crescimento da demanda e ampliação da

assistência com a nova eSF mas a equipe do NASF não acompanhou essa ampliação. Além disso, o fato de a equipe situar-se em prédio diferente às UBS compromete a integralidade e coordenação do cuidado, pois geralmente não há nenhum processo de contrarreferência ou oportunidade de discussão de casos.

Como ponto secundário de atenção, a cidade possui um Centro de Especialidades onde há atendimento de especialidades médicas (pediatria, ginecologia, oftalmologia, urologia, ortopedia, cardiologia, clínica geral), reabilitação (dois fisioterapeutas, uma fonoaudióloga e uma terapeuta ocupacional) e saúde mental (quatro psicólogos). Não há Centro de Atenção Psicossocial (CAPS), nem atendimento médico psiquiátrico ou uma rede de referência psiquiátrica para suporte/encaminhamento, outra questão vista como problema pela população e pela equipe de saúde da família, pois há uma demanda crescente de casos de distúrbios psicológicos, levando a grande fila de espera para atendimento e consequente sobrecarga dos profissionais da psicologia, além de grande dificuldade por parte da equipe em conduzir casos que requerem um cuidado psiquiátrico especializado e/ou continuado, como por exemplo, pacientes usuários de álcool e drogas. Com exceção da psicologia, as demais especialidades conseguem atender bem a demanda, sem tanto tempo de espera para que a população consiga consultas. Há também uma equipe de vigilância epidemiológica, sanitária e ambiental.

O município conta com serviço de ultrassonografias e exames laboratoriais básicos que auxiliam nos diagnósticos. Está em processo de implementação a disponibilização de serviço de radiografia no município; até o momento todos os casos têm que ser encaminhados para o município de Uberaba, outro motivo de reclamação de muitos usuários. Quando há necessidade de exames laboratoriais um pouco mais complexos, esses são encaminhados junto à assistência social e regulação, para avaliar a possibilidade de serem custeados com recursos municipais por meio de agendamento em um laboratório privado da cidade. Demais exames e atendimentos de média e alta complexidade são encaminhados através do serviço de regulação do município para serem realizados nos municípios de referência, geralmente em Uberaba e Conceição das Alagoas.

Já os serviços de urgência e emergência são realizados quase em sua totalidade na Unidade de Pronto Atendimento (UPA) municipal e quando necessário são

encaminhados para o município sede, Uberaba. O número de casos que deveriam ser atendidos nas UBS ainda gera uma grande demanda à UPA devido, basicamente, a fatores de âmbito cultural da população, a implantação da nova unidade ainda muito recente e desconhecimento da função e serviços ofertados pela atenção primária, bem como fluxos ainda não bem estabelecidos. Mesmo com algum trabalho dos profissionais objetivando educar a população nesse sentido, essas questões são ainda motivo de alguns conflitos entre os profissionais da urgência e da atenção básica.

A farmácia municipal está centralizada e funciona atualmente de 7 às 22 horas, no prédio do Centro de Especialidades. Foram iniciadas obras há cerca de três meses para construção de um novo espaço apenas para a farmácia municipal, ao lado da UBS Adelino Alcebíades Ferreira. Possui uma Relação Municipal de Medicamentos (REMUME) que conta com medicações básicas preconizadas pelo Ministério da Saúde (MS) e Secretaria Estadual de Saúde, onde são dispensados os medicamentos da farmácia básica, além de outros itens, conforme demanda dos usuários. Há planos de implementação do projeto “Remédio em Casa”, que assegurará a disponibilização de medicamentos para tratamento de doenças crônicas degenerativas aos idosos, acamados e usuários com dificuldade de locomoção, nos seus domicílios.

O transporte municipal em saúde é ofertado através de três pequenas ambulâncias, dois carros para uso interno para visitas domiciliares e mais sete veículos, entre vans e micro-ônibus, para transporte intermunicipal dos usuários para consultas e exames.

O prontuário clínico é eletrônico nas UBS, no Centro de Especialidades e na UPA. Mas apesar de informatizado, o sistema não conta com compartilhamento de dados em rede, gerando um prejuízo principalmente para a coordenação do cuidado, devido à falta de contra referência dos atendimentos. Há um centro municipal de regulação à atenção, responsável pelos cadastros para o cartão de identificação dos usuários dos usuários do SUS e pela coordenação no agendamento de encaminhamentos intra e intermunicipal, bem como de exames solicitados. Não existe um formulário específico para referência entre os profissionais municipais. Esses encaminhamentos geralmente são realizados via receituário, já os encaminhamentos intermunicipais possuem um formulário específico que é enviado via regulação Municipal para agendamento. Mas esse formulário não conta com espaço de contra referência.

Infelizmente não existe nenhuma forma de contra referência municipal ou intermunicipal, fato como já relatado, gera prejuízos a coordenação do cuidado que deveria ser realizada pela atenção primária.

1.3 Aspectos da comunidade

A eSF não apresenta um nome específico, mas é apelidada por todos como “ESF2”, e encontra-se estabelecida na UBS Adelino Alcebiades Ferreira, no bairro Comendador Tércio Wanderley. Abrange um total de 3226 usuários adscritos, distribuídos entre 1637 famílias, divididas em oito microáreas, inseridas em quatro bairros da cidade: Vila Junqueira, Azaleia, Comendador Tércio Wanderley e São Benedito (Tabela 1). As microáreas são nomeadas pelas Agentes Comunitárias de Saúde (ACS) com numerações não contínuas, pois no processo de divisão da área de abrangência da “ESF2”, foi considerada a divisão prévia referente à área de abrangência da “ESF1” existente na outra UBS, onde algumas ACS já trabalhavam.

Tabela 1- Distribuição de famílias nas microáreas de abrangência da “eSF2”

Microárea	Famílias (nº)
Micro 1	145
Micro 2	217
Micro 3	179
Micro 4	140
Micro 5	140
Micro 12	194
Micro 13	297
Micro 14	180
TOTAL	1637

Fonte: Autoria própria (2020)

A população coberta pela “eSF2” é predominante composta de adultos jovens. Crianças e adolescentes de 0 a 19 anos correspondem a 30,22% da população, adultos entre 20 a 39 anos representam 35,62%, adultos de 40 a 59 são 20,92% e idosos ≥ 60 totalizam 13,24%. A população masculina comparada à feminina é bem equilibrada em todas as faixas etárias (Tabela 2).)

Tabela 2 - Demografia da área de abrangência da “eSF2”

FAIXA ETÁRIA/ANO	MASCULINO	FEMININO	TOTAL
< 1	38	25	63
1-4	123	114	237
5-14	213	202	415
15-19	120	140	260
20-29	279	275	554
30-39	299	296	595
40-49	177	170	347
50-59	164	164	328
60-69	110	118	228
70-79	73	76	149
≥ 80	27	23	50
TOTAL	1623	1603	3226

Fonte: Autoria própria (2020)

A “eSF2” foi inaugurada em 2019, mas atua prestando atendimento médico diário apenas há cerca de 1 ano, após adesão do Programa Mais Médicos no município. Após sua inauguração, um Clínico Geral da cidade foi remanejado para atendimento na unidade em meio período, alguns dias da semana, até seleção do médico que iria iniciar as atividades pelo Programa Mais Médicos. Com sua criação, visando melhorias na cobertura populacional, a população foi redistribuída, de forma que a assistência se dividisse entre a já existente “eSF1” na UBS Otaliba Signato Melo, abrangendo os bairros urbanos mais centrais da cidade, constituídos em sua maioria da população autóctone e, a nova “eSF2”, na UBS Adelino Alcebíades Ferreira, englobando os bairros mais periféricos e novos. O bairro Tércio Wanderley é o mais novo da cidade, não possuía cobertura de agente comunitário e constitui-se majoritariamente de população imigrante do Nordeste, principalmente do estado de Alagoas e Maranhão. Os demais bairros mesclam população nativa e imigrante. Todos os dados referentes à população da área de abrangência da “eSF2” apresentados neste trabalho, não incluem, a população rural, devido ao processo de adscrição dessa população ainda não estar estabelecido, apesar de o atendimento dessa população ser dividido entre as duas unidades, como já citado anteriormente.

Os principais problemas de saúde da área de abrangência correspondem a doenças crônicas, respectivamente, hipertensão, tabagismo e diabetes (Tabela 3). O alcoolismo e uso de drogas contabilizam menor número, entretanto, foram identificadas como condições também bastante relevantes, visto que associadas a muitos casos de violência física e furtos domiciliares e comerciais, gerando queixa de insegurança por parte da população.

Tabela 3 - Condições de saúde da população da área de abrangência da “eSF2”

Condição de Saúde	Quantitativo (Nº)
Gestantes	45
Hipertensos	326
Diabéticos	146
Pessoas com doenças respiratórias (asma, DPOC, enfisema, outras)	34
Pessoas que tiveram Acidente Vascular Encefálico (AVE)	24
Pessoas que tiveram infarto	25
Pessoas com doença cardíaca	37
Pessoas com doença renal (insuficiência renal, outros)	15
Pessoas com hanseníase	1*
Pessoas com tuberculose	1**
Pessoas com câncer	11
Pessoas com sofrimento mental	37
Acamados	7
Fumantes	191
Pessoas que fazem uso de álcool	54
Usuários de drogas	42

Fonte: Autoria própria (2020)

* Caso de hanseníase alóctone.

** Paciente institucionalizado.

Outro problema bastante relevante na área são casos relacionados a transtornos mentais e psiquiátricos, aos quais, juntamente aos casos de usuários de álcool e drogas, são agravadas pela falta de assistência de uma rede estruturada em saúde mental na cidade. É observado um exponencial crescimento de casos relacionados principalmente a transtornos depressivos e alguns casos de tentativas de autoextermínio, estes evidenciados principalmente na população adulta jovem.

Com relação às doenças infectocontagiosas, há apenas um caso de hanseníase em acompanhamento, mas este é alóctone e um recente caso de tuberculose, identificado em um usuário que se encontrava institucionalizado. A dengue é identificada como principal causa de doença aguda na área de abrangência, seguindo o padrão endêmico brasileiro, principalmente no ano de 2018.

As principais causas de óbitos da área de abrangência em 2019 e 2020 foram por doenças cardiovasculares e neoplasias. Não se tem registros específicos de causas de internações, devido a cidade não possuir hospital, mas os principais casos que demandaram transferência para internação no município referência foram decorrentes de causas obstétricas, para os partos, doenças do aparelho cardiovascular e doenças do aparelho respiratório e traumas. As principais causas de notificações são de Infecções Sexualmente Transmissíveis (IST), majoritariamente por sífilis, além de recentes casos de toxoplasmose gestacional e um caso de tuberculose, como citado.

Atualmente, a população empregada da área de abrangência da “eSF2”, vive na sua maioria, do trabalho na Usina Coruripe, outros como empregados da Prefeitura Municipal e do comércio local. Há um grande número de desempregados e subempregados, principalmente do sexo feminino. Não há dados estabelecidos a respeito das taxas de analfabetismo da população adscrita à eSF, mas percebe-se um maior número dentre a população idosa.

As condições de saneamento básico são boas. A maioria dos domicílios é servida com água tratada pela Companhia de Saneamento de Minas Gerais (COPASA) e o lixo da zona urbana é coletado no município de segunda-feira a sábado e encaminhado ao aterro sanitário da cidade de Uberaba. Mas a cidade não conta com uma rede de tratamento de esgotos, sendo a maioria da população conectada à rede geral de esgoto que flui em forma natural nos córregos que cortam a cidade. Além disso, no bairro Tércio, há uma comunidade cigana e um grupo de assentados, que moram em barracas improvisadas, sem saneamento. A comunidade cigana vive dessa forma por questão cultural, geralmente migram de bairro ou de cidade com frequência. Já o grupo de assentados é em sua maioria de imigrantes, nordestinos e do norte de Minas; são pessoas em situações de vulnerabilidade social, muitos vieram em busca de trabalho e não conseguiram, outros perderam seus empregos e não conseguiram

retornar à cidade natal, outros estão aguardando o término da construção dos domicílios a serem entregues pela prefeitura.

O município tem recebido novos investimentos públicos da atual gestão política, muitos deles na área de abrangência da nova eSF. A construção da nova UBS e a criação da própria eSF advém de um recente investimento na saúde municipal. No último ano, foi inaugurada no bairro Tércio Wanderley a Escola Municipal Cárita Bella de Barros Alves, de ensino fundamental. Estão sendo finalizados vários domicílios a serem entregues à população dos bairros Tércio e Azaléia. E está sendo construída a nova sede da farmácia municipal, ao lado da UBS Adelino Alcebíades Ferreira. A população da área conta com uma creche para crianças até três anos, o Centro Municipal de Educação Infantil (CEMEI) Anália Tereza, no bairro Azaléia e tem acesso às atividades do Projeto Florescer, um centro de atendimento social desenvolvido pela Usina Coruripe em parceria a prefeitura municipal, que atende crianças e adolescentes de 6 a 15 anos em situação de vulnerabilidade social. Além da escola e creche citadas, a educação é complementada com uma escola municipal de alfabetização de 3 a 6 anos e uma escola estadual de ensino fundamental e médio, ambas situadas no bairro Centro, fora da área de abrangência da eSF2.

Há um centro de eventos localizado no bairro Vila Junqueira onde ocorrem diversos eventos da comunidade, onde são ofertados cursos profissionalizantes e funciona como sede para ensaios da Escola de Samba local e também como estrutura para o programa “Melhor Idade”, que tem por objetivo promover a saúde do idoso, por meio de danças, atividades físicas e viagens em grupo. Há estímulo também para a prática de esportes, através de aulas de vôlei, futsal, handebol e muaythai, divididas em turmas por faixas etárias, que ocorrem no ginásio poliesportivo e no campo de futebol da cidade e, embora localizados em um bairro fora da área de abrangência da “eSF2”, são de fácil acessibilidade.

Os hábitos e costumes são típicos da população rural brasileira, a população gosta de comemorar as festas religiosas locais, assim como eventos agropecuários, em especial o Rodeio Solidário, festa anual que vem ganhando espaço nos últimos dois anos. Uma peculiaridade cultural da área, como previamente citado, é a Escola de Samba Unidos da Vila, que vem crescendo gradualmente e envolve muitas pessoas da comunidade.

A comunidade não conta com associação de moradores, mas em geral, a população demanda muitas cobranças individuais à gestão municipal, que tem se empenhado a esse atendimento à população. O grupo que vive no assentamento possui um representante, responsável pelo diálogo com a gestão municipal. Percebia-se forte influência política em muitas questões na cidade, muitos justificaram ao fato de ter sido ano prévio a novas eleições.

1.4 A Unidade Básica de Saúde Adelino Alcebíades Ferreira

A Unidade Básica de Saúde Adelino Alcebíades Ferreira, na qual a “eSF2” está inserida, localiza-se no bairro Comendador Tércio Wanderley. Apresenta uma estrutura física nova, que foi construída nos moldes ideais de uma unidade de saúde, bastante adequada para a demanda populacional.

A recepção é ampla, possui muitas cadeiras, capazes de comportar todos os usuários, assim como um amplo espaço na fachada, onde também há cadeiras, onde muitos acompanhantes gostam de aguardar, ao ar livre. Existe uma grande sala de reuniões próxima à recepção, também com cadeiras, onde além das reuniões de equipe, são realizados grupos de gestantes e de controle ao tabagismo. Já os grupos operativos de “Hiperdia” funcionam quinzenalmente nas áreas externas e internas da Câmara Municipal e do Centro de Referência da Assistência Social (CRAS) Vila Junqueira. Há uma sala de vacinações próxima à recepção, uma sala ampla para triagem, uma sala da enfermagem, uma sala de curativos, dois consultórios para atendimento, um consultório de atendimento ginecológico com banheiro, um consultório odontológico, ampla sala de observação com três camas, uma sala para escovação, uma sala de arquivos, uma sala das agentes comunitárias de saúde (ACS), dois banheiros para os usuários, dois banheiros para os funcionários, uma sala de esterilização, uma sala de expurgo e uma copa equipada com geladeira, fogão e microondas. Todos os ambientes são bastante limpos, amplos e confortáveis.

Além de uma excelente estrutura física, a unidade é muito bem equipada e conta com a grande maioria dos recursos para o trabalho em equipe. Nunca houve falta de insumos e há medicações básicas e de emergência disponíveis na unidade. Os equipamentos são novos, faltam apenas aparelho nebulizador, oxigênio, eletrocardiograma e instrumental cirúrgico para suturas e pequenas cirurgias. A falta

desses equipamentos ainda não tem comprometido a assistência, uma vez que há uma baixa demanda de casos de urgência na unidade e encontram-se na unidade de pronto atendimento municipal, caso necessário. No entanto, considerando que a unidade básica deve ser a porta de entrada, ter esses aparelhos na unidade, poderia melhorar o fluxo, possibilitando atender a população em queixas passíveis de resolução pela atenção primária. Vale ressaltar que a gestão municipal sempre tenta atender a todos os recursos necessários e essas demandas já foram solicitadas.

1.5 A Equipe de Saúde da Família “eSF2” da Unidade Básica de Saúde Adelino Alcebíades Ferreira

A “eSF 2” é composta por oito ACS, uma técnica de enfermagem, uma enfermeira, uma médica, uma cirurgiã-dentista, uma assistente em saúde bucal, uma recepcionista e uma auxiliar de serviços gerais. Apesar do pouco tempo de trabalho, há um bom entrosamento entre os profissionais da equipe.

A eSF realiza reuniões quinzenais para discussões quanto ao planejamento de ações a serem realizadas na área de abrangência. Essas reuniões ocorriam, entretanto sem a participação do médico da unidade, mudança já estabelecida pela atual médica, que identificou como fundamental a participação no processo de planejamento da equipe. Algumas dessas reuniões contam com participação da coordenação da atenção primária e às vezes com o secretário de saúde.

Os principais problemas evidenciados quanto à organização do processo de trabalho da equipe foram a falta de educação permanente e alguns problemas de comunicação de ordem hierárquica. Além disso, apesar das reuniões existirem, geralmente não abrangem a avaliação das ações, o que torna falhos alguns pontos do processo de trabalho, sobretudo no que se refere às melhorias e/ou resolutividade das ações.

1.6 O funcionamento da Unidade de Saúde da Equipe eSF2

A UBS funciona das 7:00 às 17:00 horas. Até o momento esse horário tem cumprido bem a demanda exigida pela população. Para que a unidade funcione no horário do almoço, há um revezamento entre a enfermeira e agentes comunitárias para cobrir o horário de almoço da recepcionista. Essa demanda de horário foi estabelecida tranquilamente em reunião, de forma a não sobrecarregar as profissionais.

1.7 O dia a dia da equipe “eSF2”

Os serviços oferecidos pela eSF incluem atendimentos de demanda espontânea e atendimentos de demanda programada. O acolhimento é realizado majoritariamente no início da manhã e da tarde pela recepcionista, que recebe os usuários, esclarece dúvidas, faz agendamentos e direciona o fluxo para a triagem com a enfermeira. Esse acolhimento se estende ao longo do dia de acordo com demanda e é um ponto forte da equipe, sendo desenvolvido de forma proativa e harmônica por todos outros profissionais sempre que necessário.

A demanda espontânea da equipe ainda é pequena, mas vem crescendo gradativamente, sendo incorporada ao fluxo de atendimento diariamente conforme necessário, exceto no que se refere ao atendimento de saúde bucal, que corresponde a maior parte do tempo desses profissionais. A maior parte da agenda corresponde aos atendimentos da demanda programada. São realizados semanalmente atendimentos de pré-natal, aos hipertensos e diabéticos, rastreamento do câncer de mama e de colo uterino e visitas domiciliares. E a puericultura é realizada pelo pediatra, mas ocorre atendimento de demanda espontânea de crianças e adolescentes.

O grupo de hipertensos e diabéticos “Hiperdia” ocorre duas vezes ao mês, em dois dos bairros da área de abrangência na eSF2. Esses grupos já existiam anteriormente e eram realizados pela outra UBS. Tem uma boa e crescente adesão da população, mas muitos pacientes só comparecem para troca de receitas e aqueles que realmente precisam passar por consulta muitas vezes não aguardam. Esse fato está sendo revisto pela equipe para melhorias. Há também o grupo de gestantes, que ocorre antes das consultas de pré-natal, visando orientar e esclarecer dúvidas para essa população. Foi iniciado um grupo mensal de promoção a atividade física para as gestantes, mas ainda não foi obtida boa adesão.

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

A Estimativa Rápida é um método utilizado para elaboração de um diagnóstico de saúde de determinado território, de modo a se obter informações sobre um conjunto

de problemas e dos recursos potenciais para o seu enfrentamento, num curto período de tempo e sem altos gastos, constituindo importante ferramenta para apoiar um processo de planejamento participativo. Seu objetivo é envolver a população na identificação das suas necessidades e problemas e também os atores sociais - autoridades municipais, organizações governamentais e não governamentais e outros - que controlam recursos para o enfrentamento dos problemas (FARIA; CAMPOS; SANTOS, 2018).

A lista de problemas obtida através dessa estimativa, como já esperado, foi extensa, mas a seguir são pontuados os principais problemas identificados na área de abrangência da “eSF2”:

- Lixo nas ruas
- Ausência de rede de esgoto
- Hipertensão arterial sistêmica
- Tabagismo
- Diabetes
- Uso de drogas
- Etilismo
- Doenças de saúde mental
- Violência
- Ausência de educação continuada
- Ausência de rede de saúde mental
- Dificuldade de comunicação entre os níveis de atenção
- Demora para consultas e exames intermunicipais
- Infecções Sexualmente Transmissíveis
- Ausência de planejamento na equipe
- Grupos em condições de maior vulnerabilidade social
- Dengue

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

Em um segundo momento, foi realizada nova reunião para classificação e priorização dos problemas identificados no diagnóstico situacional e então, definir o problema prioritário, sobre o qual seria elaborado o plano de ação.

A “eSF2” selecionou inicialmente seis problemas relacionados à saúde da comunidade a partir do diagnóstico situacional elaborado: saúde mental, hipertensão arterial, diabetes, tabagismo, violência e vulnerabilidade social. As avaliações foram estabelecidas segundo os critérios de importância, urgência e capacidade de enfrentamento do problema (FARIA; CAMPOS; SANTOS, 2018). Estão sintetizadas no Quadro 1 a seguir:

Quadro 1 - Classificação de prioridade para os problemas identificados no diagnóstico da comunidade adscrita à equipe de Saúde “eSF2”, Unidade Básica de Saúde Adelino Alcebíades Ferreira, município de Campo Florido, estado de Minas Gerais

Problemas	Importância*	Urgência**	Capacidade de enfrentamento***	Seleção/Priorização*** *
Saúde Mental	Alta	6	Parcial	3
Hipertensão arterial	Alta	6	Total	2
Diabetes	Alta	3	Total	6
Tabagismo	Alta	7	Total	1
Violência	Alta	4	Parcial	4
Vulnerabilidade Social	Alta	4	Parcial	5

Fonte: Autoria própria (2020).

*Alta, média ou baixa

** Distribuir 30 pontos entre os problemas identificados

***Total, parcial ou fora

****Ordenar considerando os três itens

O problema tabagismo na população coberta pela “eSF2” foi selecionado como prioridade 1.

2 JUSTIFICATIVA

O tabaco é responsável pela morte de mais de 8 milhões de pessoas por ano, sendo 7 milhões resultantes do uso direto desse produto e 1,2 milhão do fumo passivo, conforme aponta a Organização Mundial da Saúde (OMS, sd) citada pelo Instituto Nacional do Câncer (INCA). Para a OMS, no mundo cerca de 80% dos fumantes são de países de baixa e média renda, “onde o peso das doenças e mortes relacionadas ao tabaco são maiores” (INCA, 2021a, sp.).

Segundo o INCA (2021a), o tabagismo está relacionado ao desenvolvimento de cerca de 50 enfermidades. Dentre estas, destacam-se vários tipos de câncer, doenças do aparelho respiratório, doenças cardiovasculares, úlcera do aparelho digestivo, osteoporose, catarata, patologias buco-dentais, impotência sexual no homem, infertilidade na mulher, menopausa precoce e complicações na gravidez.

A partir do diagnóstico situacional da área de abrangência da “eSF2”, tais dados chamaram a atenção: o tabagismo foi identificado como a segunda doença mais prevalente na população da área de abrangência da “eSF2”; a hipertensão arterial, doença a qual o tabagismo é fator de risco, é a primeira doença mais prevalente; a população da área é predominantemente composta de adultos jovens, sendo que a maioria dos fumantes se enquadram nessa faixa etária; os óbitos nessa população são decorrentes em sua maioria por doenças cardiovasculares, neoplasias e doenças respiratórias, causas essas, também associadas ao tabagismo; demandas pontuais por ajuda para cessação do tabagismo pelos pacientes.

Avaliando todos esses fatores, entende-se que o tabagismo caracteriza-se como uma grande condição em saúde pública e acentuada relevância também na área de cobertura pela eSF2, o que justifica a proposta desse projeto de intervenção.

3 OBJETIVOS

3.1 Objetivo geral

Elaborar um projeto de intervenção para implementação de um programa de controle do tabagismo na população adscrita na Estratégia de Saúde da Família “ESF2” da Unidade Básica de Saúde Adelino Alcebíades Ferreira, em Campo Florido, Minas Gerais, visando uma redução na incidência e prevalência de fumantes e, conseqüentemente, da morbimortalidade associada ao tabagismo.

3.2 Objetivos específicos

Para se atingir o objetivo estipulado, foram propostos os seguintes objetivos específicos:

- Realizar reuniões quinzenais e mensais com a equipe
- Promover ações educativas para prevenir a experimentação e iniciação do tabagismo
- Viabilizar a disponibilização de materiais de apoio e medicamentos pelo município
- Promover reuniões de cessação ao tabagismo
- Melhorar a qualidade de vida da população tabagista
- Reduzir o risco cardiovascular associado ao tabagismo
- Reduzir gastos públicos municipais.

4 METODOLOGIA

Foi utilizado o Planejamento Estratégico Situacional (PES) através do método de Estimativa Rápida para obtenção do diagnóstico situacional da área de abrangência da ESF.

A partir de seus fundamentos e método, o PES, “propõe o desenvolvimento do planejamento enquanto um processo participativo” (FARIA; CAMPOS; SANTOS, 2018, p.26).

Sendo assim, possibilita a incorporação dos pontos de vista dos vários setores sociais, incluindo a população, e que os diferentes atores sociais explicitem suas demandas, propostas e estratégias de solução, numa perspectiva de negociação dos diversos interesses em jogo (FARIA; CAMPOS; SANTOS, 2018, p.26).

Os dados e informações levantados pelo método da Estimativa Rápida foram coletados principalmente através de registros escritos existentes na Secretaria Municipal de Saúde e cadastros das ACS, informações junto aos informantes-chave e observação ativa da área.

Uma vez identificados os problemas que afetam a saúde da comunidade, foram promovidas reuniões para discutir a capacidade de enfrentamento destes problemas pela equipe, seguido de uma priorização dos mesmos para a elaboração do plano de ação.

Para revisão bibliográfica foi consultada a Biblioteca Virtual do Nesccon e documentos de órgãos públicos (ministérios, secretarias, etc.) e de outras fontes de busca. Esta consulta foi guiada pelos descritores em ciências da saúde: Abandono do uso de tabaco, Atenção primária à saúde, Hábito de fumar, Tabagismo.

Para redação do texto foram aplicadas as normas da Associação Brasileira de Normas Técnicas (ABNT) e outras orientações de Corrêa, Vasconcelos e Souza (2018) contidas no módulo de Iniciação à metodologia: Trabalho de Conclusão de Curso.

5 REVISÃO BIBLIOGRÁFICA

Ao longo da história da sociedade, pelo menos desde o século XV, o uso do tabaco esteve presente, tendo sido consumido de diferentes formas, sendo a principal delas, o fumo. Grande parte dos historiadores considera que o tabaco é originado da América, onde a planta era cultivada pelos indígenas nos vales orientais dos Andes Bolivianos, sendo difundida no Brasil por meio das migrações indígenas (BRITISH AMERICAN TOBACCO, 2020).

O tabagismo é considerado uma doença epidêmica e causa de aproximadamente 50 doenças, como o câncer, doença pulmonar obstrutiva crônica (DPOC), hipertensão arterial sistêmica (HAS) e o Acidente Vascular Encefálico (AVE). O fumo ainda é considerado fator de risco para outras doenças infecciosas, como a tuberculose (INCA, 2021a).

Segundo a Organização Pan-Americana da Saúde (OPAS), no mundo morre uma pessoa a cada quatro segundos enquanto que nas Américas morre uma pessoa a cada 34 segundos. A cada ano, ocorre um total de 8 milhões de mortes em todo o mundo sendo que as mortes são causadas pela exposição ao fumo passivo totalizam mais de 93 mil (OPAS, 2019). Oliveira *et al.*(2019, p.477) informam que em 2017, o tabagismo “foi responsável por cerca de 8,10 milhões de mortes e 213,39 milhões de anos saudáveis de vida perdidos”.

Os custos sobre a economia e o sistema de saúde dos brasileiros superam os R\$ 125 bilhões anualmente e as mortes evitáveis decorrentes do uso do tabaco chegam a 161.853 (INCA, 2020a; INCA, 2021a).

5.1 Tabagismo e doenças cardiovasculares

O Ministério da Saúde (BRASIL, 2014, p.56) ressalta que “o tabagismo é considerado um dos maiores fatores de risco para as doenças cardiovasculares (DCV) e a maior causa de doença coronariana, tanto em homens quanto em mulheres”.

Existe evidência científica suficiente para explicar a fisiopatologia e a relação causal do tabagismo na gênese da hipertensão arterial sistêmica. Dentre outros mecanismos envolvidos, o principal é o papel da nicotina na elevação dos níveis pressóricos do organismo ao longo do dia, aumentando em até 2x o risco de hipertensão arterial (SOUSA, 2015; INCA, 2020b). Outros estudos internacionais mostram um risco aumentado para desenvolvimento de HAS em usuários de tabaco, com *Odds Ratio* de 1.86 (SINGH; SHANKAR; SINGH, 2017).

Os fumantes possuem de 2 a 4 vezes mais chances de desenvolverem doenças cardiovasculares quando comparados aos não fumantes. De acordo com o *Centers For Disease Control And Prevention* (CDC), o tabagismo é causa de AVE e coronariopatias, que por sua vez estão entre as principais causas de morte nos

Estados Unidos (CDC, 2020). Mesmo pessoas que fumam menos de 5 cigarros por dia podem apresentar sinais precoces de doença cardiovascular. O tabagismo causa lesões no endotélio vascular, o que provoca aumento da espessura e rigidez dos vasos, que leva aumento da pressão arterial e aumento da frequência cardíaca. Além disso, aumenta-se a probabilidade de ocorrência de eventos tromboembólicos em função da lesão endotelial (SOUSA, 2015; CDC, 2020).

5.2 Tabagismo e doenças respiratórias

O uso do cigarro provoca lesões tanto nas vias aéreas superiores (nariz, seios paranasais, faringe, laringe e traqueia) como nas vias aéreas inferiores (brônquios, bronquíolos e alvéolos pulmonares). As principais doenças causadas pelo cigarro são a DPOC, incluindo enfisema e bronquite crônica e câncer de pulmão. Os fumantes têm de 12 a 13 vezes mais chances de desenvolver DPOC que os não fumantes (CDC, 2020).

Desde muito cedo o indivíduo pode sofrer efeitos nocivos do tabaco. Segundo Sales *et al.* (2019, p.1), “estes efeitos sobre o aparelho respiratório se iniciam ainda intraútero e influenciam as respostas imunológicas ao longo da infância e vida adulta”.

5.3 Tabagismo e outras doenças

O consumo de cigarro pode diminuir as chances de gestação na mulher, e, quando a mesma consegue engravidar, afeta diretamente a saúde da criança desde a vida intrauterina e após o parto. Outras intercorrências podem ocorrer, como: “placenta prévia, ruptura prematura das membranas, descolamento prematuro da placenta, hemorragia no pré-parto, aborto espontâneo, crescimento intrauterino restrito, e comprometimento do desenvolvimento físico da criança” (INCA, 2021b, sp.). O tabagismo aumenta as chances de parto pré-termo, morte intrauterina, baixo peso ao nascer, síndrome da morte súbita infantil, gestação ectópica e malformações orofaciais (CDC, 2020).

O ato de fumar também afeta o esperma masculino, podendo resultar em redução da fertilidade, aumento do risco de malformações fetais e abortamento. Nos ossos, leva ao enfraquecimento, levando a um risco aumentado de fraturas. Os danos ao organismo decorrentes do uso do tabaco vão além dos já citados aqui e podem atingir

todos os órgãos com maior ou menor intensidade a depender de cada indivíduo. Para continuar os exemplos, podemos elencar os olhos, aumentando o risco de catarata e degeneração macular, resultando em perda da visão. Nos dentes e gengiva, provocando o aumento do risco de perda dentária. O risco para desenvolvimento de diabetes mellitus tipo 2 pode ser até 40% maior do que em não fumantes (CDC, 2020).

5.4 Prevenção ao uso do tabaco

A OMS estabeleceu o primeiro tratado internacional de saúde pública da história humana, a Convenção-Quadro para o Controle do Tabaco (CQCT). Este tratado visa a proteger as gerações presentes e futuras das consequências danosas do tabagismo ativo e passivo (BRASIL, 2015; INCA, 2021a). Constatou-se que a exposição de crianças e adolescentes ao tabagismo tem acontecido cada vez mais precocemente. A convenção estabeleceu em seus princípios norteadores a prevenção à iniciação, reforçando o papel do acesso à informação sobre os riscos decorrentes do uso do tabaco como ferramenta importante para a prevenção do início do consumo. Além disso, a proteção de toda a pessoa contra a exposição à fumaça do cigarro (INCA, 2021a).

A maioria dos adolescentes inicia o uso antes dos 19 anos, por isso faz-se necessário atuar no controle de venda para menores, programas de conscientização e oferecer programas de formação a agentes de saúde e educação (INCA, 2020c; INCA, 2021a).

Neste sentido, quanto ao controle do tabaco, ressalta-se que o Brasil tem sido considerado referência mundial, devido ao longo e significativo trabalho realizado para este propósito, intensificado a partir de 1980. Contribuíram para este resultado ações estratégicas como o incentivo e a adoção de ações educativas e de tratamento, além de medidas legislativas, publicitárias e econômicas (BRASIL, 2015). É importante que a eSF inclua o NASF no desenvolvimento destas ações educativas no nível individual e coletivo.

5.5 Interrupção do tabagismo

A redução do consumo de tabaco está diretamente associada a menores riscos de desenvolvimento de hipertensão e outras doenças cardiovasculares, como acidente vascular encefálico e infarto agudo do miocárdio. Estudos de grande relevância na

literatura científica, como a American College of Cardiology (ACC) e American Heart Association (AHA) demonstram a clara associação entre cessação do tabagismo e redução da prevalência de doenças cardiovasculares como a HAS. Mesmo em adultos, após 15 anos de cessação do tabagismo, o risco de falência cardíaca e de morte cai para o mesmo patamar de pessoas que nunca fumaram (ARNETT *et al.*, 2019).

A cessação do uso do tabaco traz inúmeros benefícios à saúde e promove uma redução do risco de desenvolvimento de todas as doenças relacionadas ao consumo do cigarro. Cerca de apenas 1 ano após a interrupção do uso, o risco de evento cardíaco diminui drasticamente. Após 2 a 5 anos, o risco de AVE torna-se o mesmo de quem nunca fumou. Depois de 5 anos de cessação do tabagismo, o risco de câncer de boca, garganta, esôfago e bexiga cai 50%, enquanto a chance de morrer por câncer de pulmão após 10 anos de interrupção do tabagismo cai pela metade (OLIVEIRA *et al.*, 2019; CDC, 2020).

A estratégia adotada no Brasil para o tratamento do tabagismo é liderada pelo Instituto Nacional de Câncer (INCA), órgão do ministério da saúde responsável pelo Programa Nacional de Controle do Tabagismo (PNCT) e por toda rede de tratamento em parceria com estados e municípios. As ações são descentralizadas e atuam de forma integrada. Assim, as diretrizes do PNCT orientam todos os entes da federação para uma atuação eficaz e conjunta. As ações educativas, legislativas e econômicas vêm favorecendo a redução do uso do tabaco e de sua aceitação social, fazendo com que “um número cada vez maior de pessoas queira parar de fumar, evidenciando a importância de priorizar o tratamento do fumante como uma estratégia fundamental no controle do tabagismo” (INCA, 2020d, sp.).

Os protocolos definidos pelo Ministério da Saúde definem formas de abordagens e tratamento ao tabagismo, estabelecem diretrizes terapêuticas e disponibilizam aos estados e municípios os materiais de apoio e medicamentos. As orientações do PNCT estão de acordo com as principais diretrizes internacionais quanto ao tratamento do tabagismo e usa metodologia embasada em evidências científicas (BRASIL, 2015; INCA, 2020b).

As estratégias utilizadas passam por medidas sócio-educativas da população, ações legislativas e econômicas (INCA, 2020b). As ações implementadas apresentaram impacto significativo nos índices de consumo de tabaco, levando o número de tabagistas homens de 43,3% da população em 1989 para 18,9% em 2013, enquanto que entre as mulheres, a redução foi de 27% em 1989 para 11% em 2013 (INCA, 2020b).

Entretanto, apesar da redução, o número de adeptos ao tabagismo ainda é significativo e a sua redução no âmbito da saúde pública é um desafio para todos os profissionais de saúde envolvidos, principalmente os que atuam no nível de atenção primária. Embora os estudos apontem para o sucesso das políticas públicas empreendidas pelo governo ao longo dos anos, principalmente após a implementação do Programa Nacional em 2005, mais de um milhão de doenças e centenas de milhares de mortes ainda ocorrem todos os anos por eventos associados ao tabagismo (INCA, 2021a). Isso resulta em alto custo para os cofres públicos com assistência médica e perda de produtividade por morte precoce e incapacidade devido ao tabagismo (INCA, 2020a).

Outra medida que tem contribuído para a redução do número de pessoas que fazem uso do tabaco é “a proibição da propaganda em todos os tipos de mídia, advertências sanitárias com imagens nos maços de cigarros e aumento de impostos e preços” (FIGUEIREDO; TURCI; CAMACHO, 2017, 56).

6 PLANO DE INTERVENÇÃO

Conforme estabelecido no primeiro e segundo passos desse projeto, essa proposta de plano de intervenção refere-se ao problema “tabagismo”, priorizado dentre os demais identificados. Prosseguiu-se com uma descrição do problema selecionado (terceiro passo), a explicação (quarto passo), a seleção de seus nós críticos (quinto passo) e o desenho das operações (6º passo) e viabilidade e gestão (7º a 10º passo).

6.1 Descrição do problema selecionado (terceiro passo)

O tabagismo foi identificado como a segunda doença mais prevalente na população da área de abrangência da “ESF2”, correspondendo a 5,9% nessa população. A

hipertensão arterial, doença que tem como o tabagismo um dos principais fatores de risco, é a primeira doença mais prevalente, contabilizando 10,1%.

Em um primeiro momento, esses números podem parecer pequenos, mas quando relembramos que a população abrangida é composta majoritariamente de adultos jovens (41,04 % dos fumantes têm entre 20-39 anos), essa porcentagem torna-se muito relevante, pois idealmente, espera-se que essa população apresente o mínimo de comorbidades possíveis. Este fato é agravado quando destrinchado o perfil de fumantes e nota-se que dentro do grupo de tabagistas, 42,93% são também hipertensos e 36,64% apresentam sobrepeso ou algum grau de obesidade.

Outro aspecto observado foi o perfil de mortalidade. As causas de óbitos nessa população são decorrentes em sua maioria por doenças cardiovasculares, neoplasias e doenças respiratórias, causas essas, também associadas ao tabagismo. Além disso, a equipe identificou pedidos de ajuda para cessação do tabagismo advindas dos pacientes.

6.2 Explicação do problema selecionado (quarto passo)

O início do uso do tabaco na história do Brasil remonta ao período colonial. Ao longo das décadas, são vários os fatores implicados no início do consumo de tabaco pela população, que engloba desde aspectos ambientais, sócios demográficos, comportamentais até pessoais, o que não é diferente na população de abrangência da “ESF2”.

Devido o hábito de fumar ser aceito pela sociedade como um estilo de vida, as crianças acabam crescendo num ambiente onde os cigarros são anunciados e vendidos em qualquer lugar e o ato de fumar é estimulado como um hábito desejável e esperado, reforçado muitas vezes pela publicidade da indústria do tabaco e dos meios de comunicação. Além disso, segundo o INCA (2021a), o contato com o tabaco geralmente ocorrerá na adolescência, fase caracterizada por muitas transformações físicas e emocionais, portanto, é fundamental e necessário a atuação no controle de venda à menores, restrições publicitárias, programas de conscientização, de formação a agentes de saúde e educação.

Uma boa proposta de intervenção direcionada à essa condição de saúde, principalmente em uma população jovem e de baixa renda, englobando desde ações educativas de prevenção precoce até medidas de cessação do hábito, tende a gerar um grande impacto na redução incidência e prevalência do tabagismo no município, com conseqüente redução da morbimortalidade e melhora da qualidade de vida dessa população, bem como redução de custos diretos e indiretos relacionados às doenças e perda de produtividade atribuídas a essa comorbidade.

6.3 Seleção dos nós críticos (quinto passo)

Foram identificadas as três seguintes situações (nós críticos), cujas resoluções terão potencial de grande impacto nos desfechos negativos associados ao tabagismo:

- Alta incidência e prevalência de jovens tabagistas;
- Ausência de tratamento cognitivo comportamental e farmacológico para fumantes;
- Hipertensão arterial e obesidade em tabagistas.

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 2, 3 e 4).

Quadro 2 - Desenho das operações (6º passo) e viabilidade e gestão (7º a 10º passo) sobre o “nó crítico 1” relacionado ao problema “Tabagismo” na população sob responsabilidade da Equipe de Saúde da Família ESF2, do município Campo Florido, estado de Minas Gerais

Nó crítico 1	Alta incidência e prevalência de jovens tabagistas
6º passo: operação	Aumentar o nível de informação de crianças e adolescentes sobre os riscos associados ao tabagismo por meio de palestras e dinâmicas nas escolas.
6º passo: projeto	“Não fumar: sua melhor escolha”

6º passo: resultados esperados	<ul style="list-style-type: none"> - Reduzir a incidência de experimentação do tabaco e seus derivados; - Reduzir a prevalência de jovens fumantes e conseqüentemente de futuros adultos fumantes; - Despertar o interesse de jovens fumantes pela redução ou cessação do tabagismo; - Conscientizar os familiares através dos jovens com relação aos malefícios do tabagismo passivo em seus domicílios.
6º passo: produtos esperados	<ul style="list-style-type: none"> - Palestras e dinâmicas semanais nas escolas; - Cartilhas informativas; - População jovem informada sobre os riscos associados ao tabagismo; - Familiares dos jovens informados sobre os riscos associados ao tabagismo, inclusive passivo.
6º passo: recursos necessários	<p>Estrutural: Quadra ou pátio das escolas;</p> <p>Cognitivo: Conhecimento sobre o tema e estratégias pedagógicas para atingir o público jovem;</p> <p>Financeiro: Cartilhas educativas;</p> <p>Político: Articulação intersetorial (autorização e parceria com secretaria de educação e liberação de verba pelo gestor para impressão das cartilhas).</p>
7º passo: viabilidade do plano - recursos críticos	<p>Secretaria de Educação (Favorável).</p> <p>Secretaria Municipal de Saúde (Favorável)</p>
8º passo: controle dos recursos críticos - ações estratégicas	<p>Reuniões intersetoriais (Secretário de saúde, Diretora da escola)</p> <p>Responsáveis: Médica, Enfermeira e ACS (favoráveis)</p>
9º passo; acompanhamento do plano -responsáveis e prazos	<p>Prazo: 1 mês (2 semanas em cada escola)</p> <p>Responsáveis: Médica, Diretora da escola e ACS</p>
10º passo: gestão do plano: monitoramento e avaliação das ações	<p>Primeira semana: produção de cartilhas finalizadas, com distribuição quinzenal em cada escola; Semanal em reuniões de equipe: avaliação dos acertos e erros no contato com os jovens, com ajuste na aplicação do plano mensal; avaliação do nível de informação dos jovens e famílias por meio de questionário escolar e familiar.</p>

Fonte: Autoria própria (2020)

Quadro 3 - Desenho das operações (6º passo) e viabilidade e gestão (7º a 10º passo) sobre o “nó crítico 2” relacionado ao problema “Tabagismo”, na população sob responsabilidade da Equipe de Saúde da Família ESF2, do município de Campo Florido, estado de Minas Gerais

Nó crítico 2	Ausência de tratamento cognitivo comportamental e farmacológico para fumantes;
6º passo: operação	Implantar a abordagem cognitiva comportamental e farmacológica nos pacientes com desejo de cessação do tabagismo através de grupo operativo e/ou acompanhamento individual.
6º passo: projeto	“CessAÇÃO”

6º passo: resultados esperados	<ul style="list-style-type: none"> - Cessação do tabagismo em 70% da população fumante abordada; - Cobertura de pelo menos 80% dos fumantes da área ao longo do ano; - Oferta medicamentosa para 100% da população com critério; - População mais informada sobre os riscos associados ao tabagismo; - Redução da prevalência de tabagismo ativo e passivo; - Redução da morbimortalidade associadas ao tabagismo em longo prazo; - Redução de gastos públicos
6º passo: produtos esperados	Grupo operativo sobre tabagismo semanal durante 3 meses. Consultas destinadas ao tabagismo semanais nos primeiros 3 meses, após conforme protocolo de acompanhamento/prevenção de recaídas.
6º passo: recursos necessários	<p>Estrutural: sala de reuniões, cadeiras, projetor</p> <p>Cognitivo: Conhecimento sobre o tema e estratégias educativas</p> <p>Financeiro: Medicamentos (adesivos nicotínicos, bupropiona)</p> <p>Político: Autorização do gestor (Secretaria de saúde)</p>
7º passo: viabilidade do plano - recursos críticos	Secretaria Municipal de Saúde (Favorável)
8º passo: controle dos recursos críticos - ações estratégicas	Reuniões intersetoriais (secretário de saúde e farmacêutico) Responsáveis: ACS, Secretário de saúde, Médica e Enfermeira (favoráveis)
9º passo: acompanhamento do plano - responsáveis e prazos	Prazo: 1 ano (3 meses para cada grupo) Responsáveis: Secretário de saúde, Médica e Enfermeira
10º passo: gestão do plano: monitoramento e avaliação das ações	Primeira semana: projeção de demanda e estimativa de custos realizada e acompanhamento de processo de compra; seleção dos pacientes e aplicação do teste de Fagerstrom. Semanal: disponibilização das medicações. Mensal e trimestral em reuniões de equipe: monitoramento das ações do grupo operativo, ajustes necessários; Avaliação geral do programa aos 12 meses.

Fonte: Autoria própria (2020)

Quadro 4 - Desenho das operações (6º passo) e viabilidade e gestão (7º a 10º passo) sobre o “nó crítico 3” relacionado ao problema “Tabagismo”, na população sob responsabilidade da Equipe de Saúde da Família, do município de Campo Florido, estado de Minas Gerais

Nó crítico 3	Hipertensão arterial e obesidade entre os tabagistas
6º passo: operação	Modificar hábitos e estilo de vida para reduzir o risco cardiovascular dos fumantes por meio de grupo operativo de atividade física e nutricional.
6º passo: projeto	“Novos Ares”
6º passo: resultados esperados	- Redução do risco cardiovascular global dos tabagistas

	<ul style="list-style-type: none"> - Perda ponderal e redução da circunferência abdominal dos tabagistas com sobrepeso e obesidade - Estímulo à alimentação balanceada - Redução do sedentarismo e estímulo à atividade física - Otimizar o controle pressórico dos tabagistas
6º passo: produtos esperados	Grupo de atividade física e grupo nutricional quinzenais Triagem médica e nutricional Folheto nutricional
6º passo: recursos necessários	Estrutural: Sala de Reuniões da UBS, cadeiras, quadra da Escola em frente à UBS Cognitivo: Conhecimento sobre o tema, desenvolvimento de folheto nutricional, preparação café da manhã Político: Articulação intersetorial (autorização e parceria com secretaria de educação e liberação de verba pelo gestor para impressão dos folhetos e oferta de café da manhã) Financeiro: folhetos, café da manhã com alimentos saudáveis
7º passo: viabilidade do plano - recursos críticos	Secretaria Municipal de Saúde (Favorável) Secretaria de Educação (Favorável) NASF (favorável)
8º passo: controle dos recursos críticos- ações estratégicas	Reuniões intersetoriais (NASF, secretário de saúde e diretoria escolar) Responsáveis: Médica e técnica de enfermagem (favoráveis), NASF (Nutricionista e Educador Físico - favoráveis)
9º passo: acompanhamento do plano - responsáveis e prazos	Prazo: 3 meses (com encontros semanais) Responsáveis: Médica, Nutricionista e Educador Físico
10º passo: gestão do plano: monitoramento e avaliação das ações	Primeira semana: produção de cartilhas finalizadas, com distribuição quinzenal e seleção dos participantes com avaliação de risco cardiovascular; quinzenal: aplicação do programa de caminhada e ginástica orientada e avaliação nutricional: aos três meses: mensal: reunião em equipe para avaliação das ações e ajustes; avaliação da redução do risco cardiovascular aos 3 meses (Score de Framingham):

Fonte: Autoria própria (2020)

7 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Uma vez reconhecidas as diversas consequências do tabagismo para à saúde, torna-se evidente que o custo para a implementação de um programa de controle ao tabagismo será muito menos oneroso que o tratamento das morbidades advindas dele, o que reforça que o tratamento para sua cessação deve ser sempre estimulado e priorizado na atenção primária à saúde.

A implantação em uma UBS de um programa que envolva ações educativas voltadas para a prevenção do consumo de produtos derivados do tabaco e seus fatores de riscos, associadas ao tratamento do fumante como estratégia fundamental no controle do tabagismo, tende a reforçar o papel de prevenção e promoção da saúde pela atenção primária conquistando uma redução na morbimortalidade e estimulando a construção de uma sociedade mais consciente da necessidade de formar cidadãos mais saudáveis.

Com a implantação das ações propostas espera-se uma redução na incidência e prevalência de fumantes dessa população e, conseqüentemente, da morbimortalidade associada ao tabagismo, além de uma melhora da qualidade de vida e redução de gastos públicos demandados por essa comorbidade no município.

REFERÊNCIAS

ARNETT, D. K. et al.. 2019 ACC/AHA Guideline on the Primary Prevention of Cardiovascular Disease: A Report of the American College of Cardiology/American Heart Association Task Force on Clinical Practice Guidelines. **Circulation.**, v.140, n.11, p.e596-e646, 2019.

BRASIL. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística - IBGE. **Conheça cidades e os estados do Brasil**. Brasília, 2019. Disponível em: <https://cidades.ibge.gov.br>. Acesso em: 12 out. 2019.

BRASIL. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística - IBGE. Cidades. Minas Gerais. **Campo Florido**. Brasília, 2021. Disponível em: <https://cidades.ibge.gov.br/brasil/mg/campo-florido/panorama> >. Acesso em: 12 mar. 2021.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Estratégias para o cuidado da pessoa com doença crônica**. Brasília: Ministério da Saúde, 2014. 162 p. : il. (Cadernos de Atenção Básica, n. 35)

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**. Brasília: Ministério da Saúde, 2015. 154 p. : il. (Cadernos da Atenção Básica, n. 40)

BRITISH AMERICAN TOBACCO - BAT. **O tabaco na história**. Brasil, 2020. Disponível em http://www.batbrasil.com/group/sites/SOU_AG6LVH.nsf/vwPagesWebLive/DO9YDBCK?opendocument Acesso em 08 mar. 2021.

CENTERS FOR DISEASE CONTROL AND PREVENTION - CDC, **Health Effects of Cigarette Smoking**. 2020. Disponível em: https://www.cdc.gov/tobacco/data_statistics/fact_sheets/health_effects/effects_cig_smoking/index.htm Acesso em: 10 maio. 2021.

CORRÊA, E. J.; VASCONCELOS, M.; SOUZA, S. L. **Iniciação à metodologia: trabalho de conclusão de curso**. Belo Horizonte: Nescon /UFMG, 2018. Disponível em: https://www.nescon.medicina.ufmg.br/biblioteca/imagem/Modulo_Iniciacao-Metodologia_TCC.pdf. Acesso em: 30 set. 2019.

FARIA H. P.; CAMPOS, F.C.C. SANTOS, M. A. **Planejamento, avaliação e programação das ações em saúde**. Belo Horizonte: Nescon/UFMG, 2018. https://www.nescon.medicina.ufmg.br/biblioteca/imagem/PLANEJAMENTO_AVALIA CAO_PROGRAMACAO_Versao_Final.pdf. Acesso em: 8 set. 2019.

FIGUEIREDO, V. C.; TURCI, S. R. B; CAMACHO, L . A. B. Controle do tabaco no Brasil: avanços e desafios de uma política bem sucedida. **Cad. Saúde Pública**, v. 33, supl. 3, e00104917, 2017.

INSTITUTO NACIONAL DO CÂNCER. INCA. **Tabagismo**. 2021a. Disponível em: <https://www.inca.gov.br/tabagismo>>. Acesso em: 25 mai. 2021.

INSTITUTO NACIONAL DO CÂNCER. INCA. **Tabagismo e saúde da mulher**. 2021b. Disponível em: <https://www.inca.gov.br/tabagismo/saude-da-mulher>>. Acesso em: 25 mai. 2021.

INSTITUTO NACIONAL DO CÂNCER. INCA. **Custos atribuíveis ao tabagismo**. 2020a. Disponível em: <<https://www.inca.gov.br/observatorio-da-politica-nacional-de-controle-do-tabaco/custos-atribuiveis-ao-tabagismo>>. Acesso em: 25 mai. 2021.

INSTITUTO NACIONAL DO CÂNCER. INCA. **Programa Nacional de Controle do Tabagismo**. 2020b. Disponível em: <<https://www.inca.gov.br/programa-nacional-de-controle-do-tabagismo>> Acesso em: 17 jul. 2020.

INSTITUTO NACIONAL DO CÂNCER. INCA. **Tabagismo: causas e prevenção**. 2020c. Disponível em: <<https://www.inca.gov.br/tabagismo>> Acesso em: 12 mar. 2021.

INSTITUTO NACIONAL DO CÂNCER. INCA. **29/8 – Dia Nacional de Combate ao Fumo: Tabagismo e Coronavírus (Covid-19)**. 2020d. <<http://bvsmis.saude.gov.br/component/content/article?id=3279>>. Acesso em: 25 mai. 2021.

OLIVEIRA, G. M. *et al.*. 2019: Recomendações para a Redução do Consumo de Tabaco nos Países de Língua Portuguesa - Posicionamento da Federação das Sociedades de Cardiologia de Língua Portuguesa. **Arq Bras Cardiol.**, v.112, n.4, p.477486, 2019.

ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DA SAÚDE - OPAS. **Tabaco**. 2019. Disponível em: <<https://www.paho.org/pt/node/4968>>. Acesso em: 15 mar. 2021.

SALES, M. P. U. *et al.*. A Atualização na abordagem do tabagismo em pacientes com doenças respiratórias. **J Bras Pneumol.**, v.45, n.3,e20180314, p.1-17, 2019.

SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE. Campo Florido. **Projeto de Credenciamento da Equipe do Núcleo de Apoio à Saúde da Família**. Campo Florido: Secretaria Municipal de Saúde, 2016.

SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE. Campo Florido. **Projeto de Credenciamento de Equipe de Saúde da Família**. Campo Florido: Secretaria Municipal de Saúde, 2017.

SINGH, S.; SHANKAR, R.; SINGH, G. P. Prevalence and Associated Risk Factors of Hypertension: A Cross-Sectional Study in Urban Varanasi. **Int J Hypertens.**, v.2017, p.1-11, dez. 2017. Disponível em: <<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/29348933/>>

SOUSA, M. G.. Tabagismo e Hipertensão arterial: como o tabaco eleva a pressão. **Rev Bras Hipertens.**, v.22, N.3, P.78-83, 2015.