

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

SEBASTIÃO PIMENTA DE MORAES NETO

**PROJETO DE INTERVENÇÃO PARA REDUÇÃO DO TABAGISMO NO
TERRITÓRIO DA ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA, SÃO
FRANCISCO NO MUNICÍPIO DE PASSOS-MG.**

FORMIGA – MINAS GERAIS

2014

SEBASTIÃO PIMENTA DE MORAES NETO

**PROJETO DE INTERVENÇÃO PARA REDUÇÃO DO TABAGISMO NO
TERRITÓRIO DA ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA, SÃO
FRANCISCO NO MUNICÍPIO DE PASSOS-MG.**

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

Orientadora: Prof^a Silvana Spindola de Miranda.

FORMIGA – MINAS GERAIS

2014

SEBASTIÃO PIMENTA DE MORAES NETO

**PROJETO DE INTERVENÇÃO PARA REDUÇÃO DO TABAGISMO NO
TERRITÓRIO DA ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA, SÃO
FRANCISCO NO MUNICÍPIO DE PASSOS-MG.**

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

Orientadora: Prof^a Silvana Spindola de Miranda.

Banca Examinadora:

Prof^a. Silvana Spindola de Miranda (UFMG) - orientadora

Prof^a. Matilde Meire Miranda Cadete-UFMG

Aprovado em Belo Horizonte em: 09 /01/2015

RESUMO

Com o objetivo de propor um projeto de intervenção para reduzir o tabagismo no território da Estratégia de Saúde da Família (ESF), São Francisco, Passos-MG, optou-se pelo método de estudo explicativo, de cunho bibliográfico, nas bases de dados da LILACS e da SciELO, com os descritores: Saúde da Família. Planejamento em Saúde. Prevenção em Saúde. Tabagismo a fim de conhecer os riscos da prática do tabagismo e embasar a construção do plano de intervenção na ESF São Francisco conforme os princípios do Planejamento Estratégico Situacional. Foram elaboradas cinco operações visando reduzir em 20% o número de usuários tabagistas no período de um ano no território. As operações foram baseadas na mudança de hábitos e estilo de vida, implantação de alternativas terapêuticas eficazes e com custo zero, melhoria da estrutura para atendimentos aos usuários tabagistas, aumento do nível de informação da população sobre os riscos do tabagismo e capacitação da equipe para a implantação do Programa de Controle do Tabagismo do Ministério da Saúde. A viabilidade do plano de ação mostrou-se como favorável em todos os seus aspectos. O prazo máximo para início das atividades foi de três meses. Por meio do diagnóstico de saúde da população e da análise da literatura que envolveu a temática, foi possível conhecer a realidade da população do território e correlacionar com os aspectos que envolvem a prática do tabagismo descrito na literatura. Verifica-se que o tabagismo constitui grave problema de saúde pública, com repercussões em todo o mundo, sendo responsável pela significativa morbimortalidade relacionada a doenças cardiovasculares e a incidência de neoplasias. Outro ponto importante relaciona-se ao tabagismo passivo, sendo o ambiente familiar local de maior exposição dos indivíduos que não fumam as substâncias tóxicas do cigarro daqueles que convivem e, conseqüentemente, às doenças decorrentes de tal exposição. Tendo em vista a complexidade da temática e os prejuízos do consumo do tabaco, deve-se considerar que ações preventivas são necessárias a fim de prevenir as complicações decorrentes do tabagismo. Desta forma, é de grande relevância intervenções que visam a cessação desse vício com aplicações que se referem à educação em saúde da comunidade e o apoio aos usuários que desejam parar de fumar.

Palavras-chave: Saúde da Família. Planejamento em Saúde. Prevenção em Saúde. Tabagismo.

ABSTRACT

In order to propose an intervention project to reduce smoking in the territory of the Family Health Strategy (FHS), San Francisco, Passos-MG, we opted for the comprehensive study method, bibliographic nature, in the databases of LILACS and SciELO, using the keywords: Family Health. Health Planning. Prevention in Health. Smoking in order to get to know the risks of smoking, and base the construction of contingency plan in San Francisco ESF as the principles of the Situational Strategic Planning. Five operations have been prepared to reduce by 20% the number of smokers users within one year in the territory. The operations were based on changing habits and lifestyle, implementation of effective therapeutic alternatives with zero cost, improving the structure for service users to smokers, increasing the population level of information about the risks of smoking and team training for implementation of the Control Program of the Health Ministry Tobacco. the feasibility of the action plan proved to be favorable in all its aspects. The deadline for commencement of activities was three months. Through health diagnosis population and literature analysis involved the theme, it was possible to know the reality of the territory's population and correlate with aspects involving the practice of smoking described. It appears that smoking is a serious public health problem, with repercussions throughout the world and is responsible for significant morbidity and mortality related to cardiovascular diseases and neoplasms. Another important point relates to passive smoking, with the local family environment of increased exposure of individuals who do not smoke toxic cigarette substances of those who live and therefore the diseases caused by such exposure. Given the complexity of the subject and the damage of tobacco consumption, one must consider that preventive actions are necessary in order to prevent complications caused by smoking. Thus, it is highly relevant interventions aimed at the cessation of this addiction with applications that refer to community health education and support for users who want to quit smoking.

Keywords: Family Health. Health Planning. Prevention in Health. Smoking.

LISTAS DE FIGURAS E GRÁFICOS

Figura 1 – Região administrativa de Passos	9
Figura 2 - Distribuição da população, por sexo e faixa etária, Passos-MG, 2013.	14
Gráfico 1 - População Rural e Urbana, Passos-MG, 2012.	12

LISTAS DE TABELAS E QUADROS

Tabela 1 - População Rural e Urbana, Passos-MG, 2012.	13
Tabela 2 - População urbana por faixas etárias, Passos-MG, 2013.	14
Quadro 1 – Classificação das prioridades dos problemas encontrados na área de abrangência da ESF São Francisco.	31
Quadro 2 – Desenho das operações relacionados ao controle do tabagismo.	34
Quadro 3 – Identificação dos Recursos críticos para o desenvolvimento das operações definidas para o enfrentamento dos "nós" críticos relacionados ao tabagismo.	36
Quadro 4 - Recursos críticos para o desenvolvimento das operações definidas para o enfrentamento dos "nós" críticos no que se refere ao tabagismo no território.	37
Quadro 5 – Desenvolvimento do Plano Operativo.	38
Quadro 6 – Planilha de acompanhamento das operações/projeto.	39

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

AMBES	Ambulatório de Referência para DST/AIDS
AVC	Acidente Vascular Cerebral
CEREST	Centro de Referência em Saúde do Trabalhador
CLT	Consolidação das Leis Trabalhistas
CMS	Conselho Municipal de Saúde
ESF	Estratégia de Saúde da Família
IAM	Infarto Agudo do Miocárdio
IBGE	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
IDH	Índice de Desenvolvimento Humano
INCA	Instituto Nacional do Câncer
MS	Ministério da Saúde
NAE	Núcleo de Assistência em Estomaterapia
NAEPH	Núcleo de Assistência, Ensino e Pesquisa em Hanseníase
NASF	Núcleos de Apoio à Saúde da Família
OMS	Organização Mundial da Saúde
PES	Planejamento Estratégico Situacional
SIAB	Sistema de Informação da Atenção Básica
SUS	Sistema Único de Saúde
UBS	Unidades Básicas de Saúde
UPA	Unidade de Pronto Atendimento

SUMÁRIO

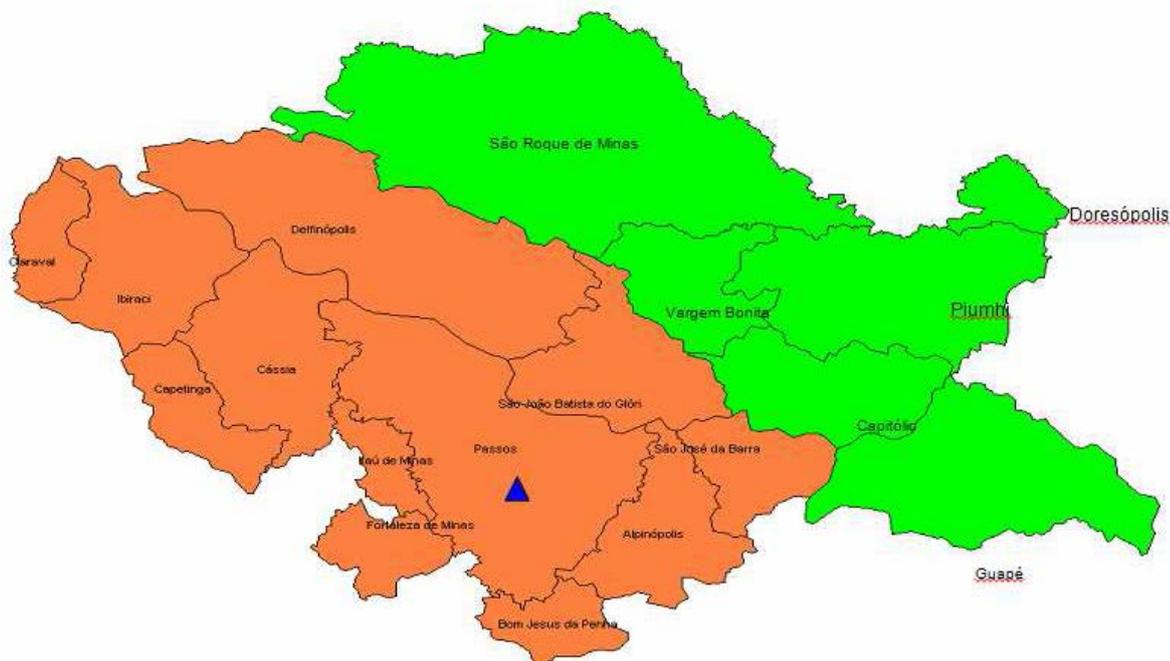
1 INTRODUÇÃO	9
2 JUSTIFICATIVA	18
3 OBJETIVOS	20
4 METODOLOGIA	21
5 BASES CONCEITUAIS.....	22
6 PLANO DE AÇÃO.....	30
7 CONSIDERAÇÕES FINAIS	41
REFERÊNCIAS	42

1 INTRODUÇÃO

O município de Passos localiza-se no interior do estado de Minas Gerais, na Mesorregião do Sul e Sudoeste de Minas. Está a 352 km da capital Belo Horizonte e limita-se com os municípios de Delfinópolis, São João Batista do Glória, Alpinópolis, Bom Jesus da Penha, Jacuí, Fortaleza de Minas, Cássia e Itaú de Minas. É a 4.^a maior cidade do Sul/Sudoeste Mineiro e a 26.^a do Estado. Localiza-se também próxima da Serra da Canastra, importante ponto turístico brasileiro.

A figura 1 a seguir apresenta a localização e região administrativa da cidade de Passos- MG.

Figura 1 – Região administrativa de Passos



Fonte: SES/MG, IBGE, DATASUS

Atualmente, Passos conta com uma população estimada de 111 651 habitantes, segundo dados do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE, 2013).

A formação de Passos inicia-se em meados do século XVIII, com as primeiras fazendas sendo implantadas entre 1780 e 1830, sendo que a Vila propriamente dita inicia-se em 1848, sendo elevada à categoria de cidade no ano de 1858. O aniversário da cidade é comemorado no dia 14 de maio, portanto, possui hoje 167 anos.

O primeiro nome do município sul-mineiro foi Capoeiras, por estar, aquela época, situada a povoação dentro de uma densa capoeira.

O segundo nome - Vila Formosa do Senhor Bom Jesus dos Passos – foi dado ao antigo arraial das Capoeiras em virtude de o alferes João Pimenta de Abreu, devoto do Senhor Bom Jesus dos Passos, ter construído o primeiro templo nessa cidade, em cumprimento de uma promessa. Mais tarde o nome foi simplificado para Passos (IBGE-CIDADES, 2014).

Os primeiros desbravadores da região foram os alferes João Pimenta de Abreu e seus parentes, os quais ali se fixaram atraídos, sobretudo, pela topografia, fertilidade do solo e existência do ouro às margens do Rio Grande. Em 1823, já era grande o povoado, quando Domingos Vieira de Souza e Joaquim Lopes da Silva construíram as suas fazendas, contribuindo para a formação do arraial. Com o correr dos anos e a chegada de novos mineradores, o povoado se alargou, tornando-se conhecido em toda a província de Minas Gerais pelo nome de Arraial da Capoeira (IBGE-CIDADES, 2014).

Pela provisão de 11 de Dezembro de 1835 foi a primeira capela, ainda semi construída pelo alferes João Pimenta de Abreu com a colaboração do Coronel José Caetano Machado, Capitão Manoel Ferreira de Souza Brandão, Domingos de Souza Vieira e Joaquim Lopes Vieira (os dois últimos doadores dos terrenos para formação do novo arraial), elevada à categoria de capela curada, que foi inaugurada em 20 de março de 1836, tendo por padroeiro São Bom Jesus dos Passos (IBGE-CIDADES, 2014).

Ainda pautado na narrativa do IBGE-Cidades (2014), tem-se que se aos esforços do capelão de Passos, Padre Francisco de Paula Trindade, a criação da freguesia do Senhor Bom Jesus dos Passos, pela provisão nº 184, de abril de 1840.

Crescendo vertiginosamente a freguesia do Senhor Bom Jesus dos Passos, devido aos esforços de bravos pioneiros, hábeis tanto no manejo dos mosquetes, quanto no do arado, atraiu a atenção das autoridades da província e por força da

Lei nº386, de 09 de outubro de 1848, foi à freguesia do Senhor Bom Jesus dos Passos, então florescente distrito de Jacuí, elevado à categoria de vila, com a denominação de "Vila Formosa do Senhor Bom Jesus dos Passos", sendo-lhe anexadas, em virtude da mesma lei as freguesias de Ventania (hoje Alpinópolis) e Carmo do Rio Claro.

Instalando-se a Vila de Passos em 07 de setembro de 1850, foi a Câmara Municipal formada pelos seguintes cidadãos: Presidente da Câmara – Tenente Coronel José Caetano Machado, Vereadores - Sargento-mor Manoel Cardoso Osório, Capitão Manoel Lemos, Padre Francisco José da Costa, Camilo Antônio Pereira de Carvalho, Fidelis Rodrigues de Faria, Jerônimo Pereira de Melo (mais tarde Barão de Passos).

Continuando em franco progresso, a florescente vila foi elevada à categoria de cidade pela lei nº 854, de 14 de maio de 1858, mantendo o mesmo nome.

A inauguração pela estrada de ferro Minas Rio, em 1865, do tráfego em Três Corações motivou a apresentação de projeto de lei, na assembleia provincial, pelo deputado Dr. Antônio Pinheiro de Meneses, resultando na lei nº 3648, de 01 de setembro de 1888, que autorizou o Presidente da Província de Minas a contratar com a estrada de ferro Minas Rio, o prolongamento de suas linhas até a cidade de Passos. Todavia, sobrevindo, na ocasião a proclamação da república, a companhia inglesa solicitou a dilatação do prazo, mas não sendo atendida, deixou caducar a concessão, fazendo com que Passos fosse privada, por mais 30 anos, dos benefícios deste indispensável e importante meio de transporte.

Quanto à formação administrativa, observa-se que a vila foi criada com sede na povoação de Vila Formosa do Senhor Bom Jesus dos Passos e com esta denominação, pela lei provincial nº 386, de 09 de outubro de 1848, tendo sido desmembrada do município de Jacuí (IBGE-CIDADES, 2014).

Sua instalação verificou-se em 07 de setembro de 1850. Em virtude da lei provincial nº 854, de 14 de maio de 1858, foi elevada à categoria de cidade. De acordo com a divisão administrativa do Brasil, referente a 1911, o município de Passos se apresenta composta de 03 distritos: Passos, criado pela lei provincial nº184, de abril de 1840, sendo transferido do município de São Sebastião do Paraíso para o de Jacuí pela lei provincial nº2905, de 28 de setembro de 1882; sua criação foi confirmada pela lei estadual nº02, de 14 de setembro de 1891 (IBGE-CIDADES, 2014).

Segundo os quadros de apuração do recenseamento geral de I-IX-1920 e o texto da lei estadual nº 843, o município se compõe igualmente de 03 distritos: Passos, São João Batista do Glória e São José da Barra.

Por força do decreto-lei estadual nº 148, de 17 de dezembro de 1938, o município de Alpinópolis perdeu também o distrito de São João Batista do Glória para o novo município de Delfinópolis. Ficou, portanto, o município de Passos no quinquênio 1939-1943, em que vigorou o mencionado decreto-lei, constituído de um só distrito: Passos.

De conformidade com o decreto-lei estadual nº 1058, de 31 de dezembro de 1943, que estabeleceu o quadro territorial judiciário-administrativo, vigente no quinquênio 1944-1948, o município de Passos adquiriu o distrito de São João Batista do Glória, transferido do município de Delfinópolis; perdeu parte do distrito da sede para o novo distrito de Itaú de Minas, do novo município de Pratápolis, ficando constituído no quinquênio referido dos distritos de Passos e São João Batista do Glória (IBGE-CIDADES, 2014).

Pela lei nº 336, de 27 de dezembro de 1953, que fixou os quadros de divisão judiciária e administrativa para vigorar no quinquênio 1949-1953, perdeu o município de Passos o distrito de São João Batista do Glória, ficando constituído de apenas o distrito da sede. A lei nº 1039, de 12 de junho de 1953, que fixou os quadros de divisão administrativa em vigor no quinquênio 1954-1958, conservou a mesma composição, isto é, apenas o distrito da sede.

A área total do município é de 1.338,070 km² e a concentração habitacional de aproximadamente 79,44 habitantes/km², com aproximadamente 25 mil famílias no seu território total.

O Índice de Desenvolvimento Humano (IDH) é de 0,756 (IBGE, 2010) e a taxa de urbanização é de 100% (IBGE, 2012). A renda média familiar era de R\$802,97 em 2010. Quanto ao abastecimento de água tratada e recolhimento de esgoto por rede pública tem uma cobertura de 100% da população.

Em relação à economia, o município se destaca na agroindústria (açúcar, álcool, fermento, laticínios,); agropecuária (cana, café, milho, gado de corte e de leite, avicultura de corte e de postura, suinocultura); indústria confeccionista e de serviços. Atualmente a cidade está se destacando na indústria moveleira. A indústria mobiliária (móveis rústicos e finos) vem se destacando e ganhando

expressão nacional pela sua qualidade de acabamento, design diferenciado e durabilidade.

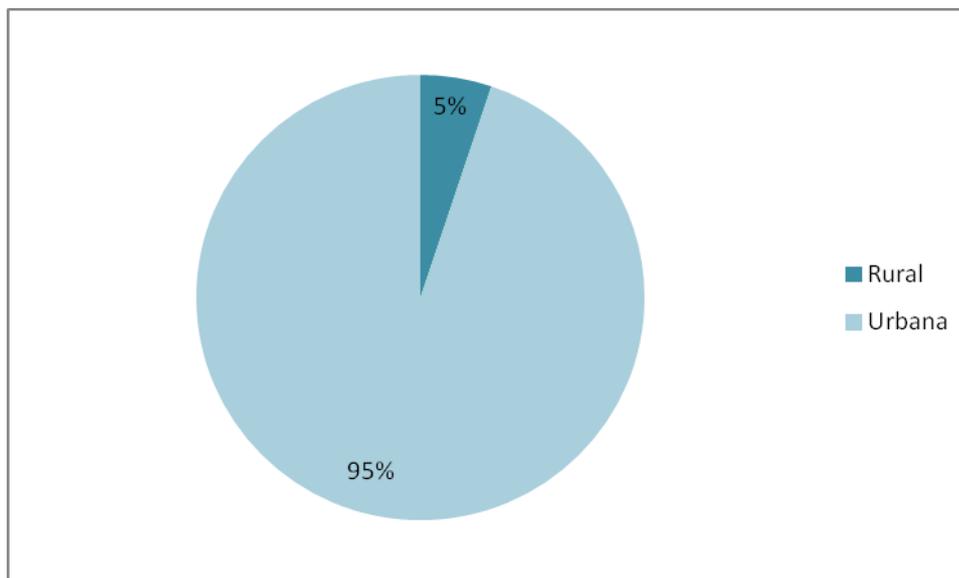
Conforme dados do IBGE (2012) para a população estimada, tem-se uma proporção muito grande relativa à população urbana que é infinitamente superior à rural conforme mostrado na Tabela 1 e gráfico 1.

Tabela 1 - População Rural e Urbana, Passos-MG, 2012.

População do último censo 2012	Qte %	Total
Rural	5,00%	5.448
Urbana	95,00%	100.842

Fonte: Relatório anual de gestão 2012.

Gráfico 1- População Rural e Urbana, Passos-MG, 2012.



Fonte: Relatório anual de gestão 2012.

No que diz respeito à faixa etária e gênero da população urbana, os dados da Tabela 2 demonstram como eles se articulam entre si.

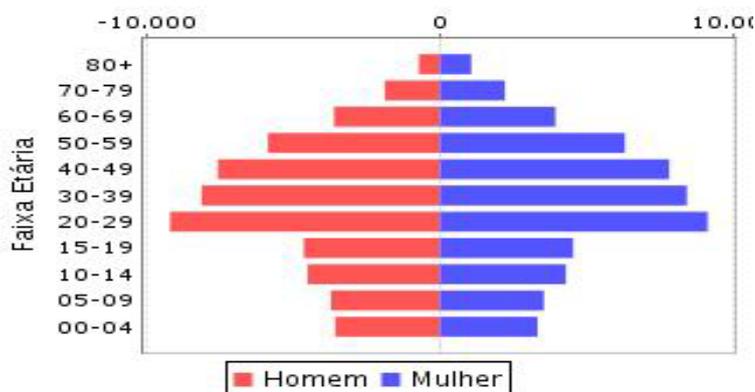
Tabela 2 - População urbana por faixas etárias, Passos-MG, 2013.

Faixas etárias	Homem	Mulher	Total
00-04	3.558	3.317	6.875
05-09	3.706	3.530	7.236
10-14	4.498	4.282	8.780
15-19	4.626	4.528	9.154
20-29	9.171	9.098	18.269
30-39	8.102	8.391	16.493
50-59	5.846	6.284	12.130
60-69	3.598	3.922	7.520
70-79	1.876	2.206	4.082
80+	715	1.064	1.779
Total	53.248	54.413	107.661

Fonte: Relatório anual de gestão 2013.

Analisando a Figura 2 percebe-se que a população mais expressiva é referente à faixa etária compreendida entre 20 a 29 anos, seguida pela de 30 a 39 anos. Percebe-se, ainda a feminilização quando se trata de pessoas idosas.

Figura 2 - Distribuição da população, por sexo e faixa etária, Passos-MG, 2013.



Fonte: Relatório anual de gestão 2013.

A Taxa de Crescimento Anual, entre 2000 e 2010, ficou em torno de 0,91%, número bem menor que o 1,5% verificado nas últimas décadas. A densidade demográfica é de 79,44 habitante/km² e a taxa de escolarização 92%. A incidência da pobreza em Passos-MG é de 23,88% (IBGE 2003), sendo o índice de desenvolvimento da educação básica, absoluto e relativo no Brasil

O Conselho Municipal de Saúde (CMS) foi constituído pela Lei Municipal nº 1.768, de 08/07/1991, sendo sua redação modificada pela Lei Municipal nº 2052 de 30/10/97.

O CMS é composto por representantes do governo, dos prestadores de serviços de saúde, dos trabalhadores de saúde e dos usuários, cujas decisões, quando consubstanciadas em resoluções, são homologadas pelo Secretário Municipal da Saúde.

O CMS é composto por quinze titulares, sendo:

- 50% (sete) de representantes dos usuários do SUS;
- 50% (sete) representantes de entidades de trabalhadores da saúde, entidades de prestadores de serviços de saúde, entidades empresariais com atividade na área de saúde, todas eleitas em processo eleitoral direto, bem como de representantes do governo indicados pelos seus respectivos dirigentes.

O Fundo Municipal de Saúde foi de R\$11.000,00 (competência set. 2013). Já o orçamento destinado à saúde (com especificidades que julgar interessante): Atenção Básica 12.566.150; Assistência Hospitalar e Ambulatorial 19.966.309; Suporte Profilático e Terapêutico 0,00; Vigilância Sanitária 418.251,48 441; Vigilância Epidemiológica 2.022.000,00; Alimentação e Nutrição 0,00; Outras Subfunções 1.886.000,00; com um total de 36.858.711,44.

O município tem outros serviços utilizados pela comunidade, tais como: luz elétrica (CEMIG), água (SAAE), telefonia (VIVO, TIM, OI, CLARO), correios (Sede e distribuidor), bancos (Brasil, Caixa Econômica Federal, Itaú, Santander, Bradesco, Mercantil do Brasil, Crediicip e Sicoob).

A maior parte dos profissionais do município apresenta vínculo com a gestão nos moldes da Consolidação das Leis Trabalhistas (CLT) e estatutário. Quanto aos contratos por prazo determinado, esses correspondem a aproximadamente 21% do total de vínculos, o que sinaliza para precarização da forma de contratação, não oferecendo estabilidade aos profissionais, indicando a possibilidade de realização de concurso público.

A Rede de Média e Alta Complexidade no município conta com o Hospital Santa Casa de Misericórdia de Passos, Hospital São José (Unimed), Hospital Regional do Câncer de Passos, Hospital Otto Krakauer, UPA - Unidade de Pronto Atendimento, É realizada em oito Unidades de Saúde: uma Policlínica de Especialidades e um Centro de Diagnóstico, um Unidade de Pronto Atendimento (UPA-24 horas), um Centro de Referência em Saúde do Trabalhador (CEREST), um Núcleo de Assistência em Estomatoterapia (NAE), um Ambulatório de Referência para DST/AIDS (AMBES), um Núcleo de Assistência, Ensino e Pesquisa em Hanseníase (NAEHP), uma Unidade do Programa Viva Mulher e uma Unidade do Programa de Hepatites Virais.

Futuramente a prefeitura estudará um projeto para implantação do Hospital da Mulher e Cidade da Saúde e do Saber.

A assistência à saúde no município é integrada por 26 Unidades de Saúde: 17 Unidades da Estratégia de Saúde de Família (ESF) e nove Unidades Básicas de Saúde convencionais (UBS/ambulatórios), apoiadas por dois Núcleos de Apoio à Saúde da Família (NASF).

O Sistema de referência e contra referência é utilizado para articular os níveis de atenção à saúde.

O território da ESF São Francisco conta com 914 famílias e 3087 habitantes com um nível de alfabetização de 83%.

A ESF localiza-se na Rua São Francisco de Assis 140, bairro São Francisco, em local de fácil acesso da população, próximo a Rodoviária do município e funciona das 7 às 11:30h e das 13 às 16:30h, totalizando uma carga horária de 40 horas/semanais.

Sua equipe é formada por nove profissionais, sendo um médico, uma enfermeira, um técnico de enfermagem e seis agentes comunitários de saúde.

A estrutura física da unidade de saúde é composta dois consultórios médicos, uma sala da enfermeira, sala da técnica de enfermagem, banheiro para funcionários e outro para pacientes, sala de espera e uma cozinha.

Quanto à taxa de emprego e principais postos de trabalho, observa-se o comércio e serviço autônomo, com taxa de emprego de aproximadamente 70%.

Os outros recursos da comunidade incluem área de saúde (hospitais, clínicas, laboratórios, escolas, creches, igrejas).

As famílias do território da unidade de saúde vivem com nível econômico de baixo a médio, e morrem principalmente de patologias como Acidente Vascular Cerebral (AVC) e Infarto Agudo do Miocárdio (IAM).

O diagnóstico situacional elaborado pela equipe de saúde São Francisco, como uma das atividades do Módulo de planejamento e avaliação de serviços em saúde (CAMPOS; FARIA; SANTOS, 2010), identificou o tabagismo como problema prioritário de saúde que necessita de intervenção da equipe visto a elevada mortalidade no seu território por doenças cardiovasculares que podem ser consequência de tal prática. Desta forma, torna-se importante discorrer sobre o tabagismo e seus efeitos no organismo bem como ações que visam a cessação deste vício.

2 JUSTIFICATIVA

O tabagismo foi considerado pela equipe de saúde da família São Francisco como o problema prioritário, principalmente pela dificuldade no manejo clínico desses usuários. No território da ESF São Francisco 236 usuários são tabagistas, sendo observada a baixa adesão aos grupos operativos que tem como objetivo a cessação do fumo.

Diante disso, a equipe considerou tal problema como prioritário devido à necessidade de ações multidisciplinares para o seu enfrentamento.

O consumo do tabaco é reconhecido mundialmente como uma das principais causas de doenças e mortes. Considera-se o como uma patologia crônica, decorrente da dependência da nicotina, um dos seus principais componentes, que torna o indivíduo fumante vulnerável a diversas doenças, como as doenças cardiovasculares, respiratórias e vários tipos de câncer. Apesar da redução de sua prevalência observada nos últimos anos, o tabaco ainda se encontra como uma das drogas lícitas mais utilizadas pela população, segundo o Instituto Nacional de Câncer (INCA, 2013).

No Brasil, uso do tabaco constitui causa de óbitos em cerca de 200.000 indivíduos por ano (UTAGAWA et al., 2007).

Um dos grandes inimigos para redução do fumo consiste na propaganda, que ainda constitui fonte de grandes investimentos em alguns países. Tal prática contribui para que novos fumantes sejam conquistados e, assim, tornem-se mantenedores da indústria do tabaco, principalmente, o público jovem que inicia essa prática, conforme estudos, por volta dos 12 anos de idade (BRASIL, 2003).

Quanto ao gênero e classe social modificações são observadas no âmbito mundial. A introdução do consumo do tabaco na população foi marcada pelo maior número de fumantes do sexo masculino, o que, nas últimas décadas, têm sofrido alterações, com aumento da prevalência do tabagismo entre as mulheres (BRASIL, 2012), acarretando em repercussões no processo reprodutivo dessa população (CASTANHEIRA; SILVA, 2011).

Sendo assim, ações multidisciplinares são primordiais com a finalidade de diminuir o tabagismo no nosso território, diminuindo assim a morbidade e

mortalidade decorrente dessa prática, visto que as doenças cardiovasculares são as principais causas de óbitos na área de abrangência da ESF São Francisco.

3 OBJETIVO

Propor um projeto de intervenção para reduzir o tabagismo no território da ESF São Francisco, Passos-MG.

4 METODOLOGIA

Este trabalho se constitui de dois momentos:

Primeiro, fez-se o diagnóstico situacional da ESF São Francisco realizado por meio de coleta, tratamento e análise dos dados colhidos na unidade de saúde e comunidade, através da observação da equipe, análise de prontuários e sistemas de informação em saúde, como o Sistema de Informação da Atenção Básica (SIAB). Esses dados foram oriundos da participação efetiva dos profissionais da equipe de saúde.

Segundo, para compor o referencial teórico foi utilizado o método de estudo explicativo, de cunho bibliográfico, com abordagem qualitativa dos dados a fim de conhecer os riscos da prática do tabagismo e embasar a construção do plano de intervenção na ESF São Francisco, Passos-MG.

Para Gil (2010), a pesquisa explicativa tem como objetivo identificar fatores que podem determinar ou contribuir para ocorrência de certos fenômenos, sendo o tipo de pesquisa que mais se aproxima da realidade, sendo, assim, considerada complexa e delicada. A pesquisa de origem baseia-se na análise de publicações anteriores, como livros, artigos ou teses, com material analiticamente processado pelos seus autores (SEVERINO, 2007).

Gil (2010) complementa que a pesquisa bibliográfica é desenvolvida mediante o concurso dos conhecimentos disponíveis e a utilização cuidadosa de métodos, técnicas e outros procedimentos científicos.

Para coleta de dados, foi realizado um levantamento on-line de publicações nacionais nas bases de dados *Scientific Electronic Library Online* (SciELO) e Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde (LILACS). Nesta base de dados, foram utilizados os descritores “Saúde da Família. Planejamento em Saúde. Prevenção em Saúde. Tabagismo” realizando-se a busca desses termos no título, abstract ou corpo do artigo. Foram selecionadas publicações em português, no período de 2010 a 2014, abordando a temática em estudo, com a exclusão de publicações que não tratam exclusivamente da temática bem como aqueles indisponíveis ou repetidos (foi mantida apenas uma base de dados). Após a leitura dos resumos e publicações, foi realizada a seleção do material conforme os critérios de inclusão e exclusão pré-estabelecidos.

5 BASES CONCEITUAIS

5.1 Aspectos gerais sobre o Tabagismo

No decorrer dos anos, os padrões de morbimortalidade têm sofrido transformações profundas, com a diminuição dos óbitos por doenças infectocontagiosas e seu significativo aumento por doenças relacionadas aos hábitos de vida. Tal processo é conhecido como transição epidemiológica e afetou, primeiramente, os países de desenvolvidos, chegando mais tarde nos países menos desenvolvidos, porém de forma mais acelerada (RAMIS et al., 2012).

Entre os comportamentos prejudiciais à saúde, destaca-se o uso e abuso de drogas lícitas e ilícitas, que no Brasil configura-se como um problema de cunho social. Tal problema tem chamado das autoridades devido ao aumento de sua prevalência (OLÍVIO; GRACZVK, 2011 *apud* SOARES; GONÇALVES; CUNHA, 2012).

As pesquisas mostram que o aumento crescente do consumo de drogas deve-se, em especial, a sua utilização como fonte recreativa, a iniciação precoce do uso bem como a facilidade de acesso na obtenção dos produtos devido aos preços acessíveis (SANTOS; OLIVEIRA, 2013).

Para Ferreira et al. (2010 *apud* SOARES; GONÇALVES; CUNHA, 2012), os fatores de riscos que levam ao consumo de drogas, na maioria das vezes, relaciona-se ao meio social em que o indivíduo encontra-se inserido.

Dietz et al. (2011) colocam que o termo droga possui diversas interpretações, que na maioria das vezes relaciona-se a ideia de uma substância proibida, de uso ilegal e nocivo, que provocam alterações nas funções, sensações, humor e comportamentos. No entanto, existem alguns tipos de drogas que são considera lícitas, dentre elas o álcool e o tabaco.

Dentre as drogas lícitas mais consumidas, encontra-se o tabaco, sendo seu uso, de acordo com Organização Mundial da Saúde (OMS), a maior causa da mortalidade de cunho evitável mundial. Dados epidemiológicos mostram que aproximadamente um bilhão e 300 milhões de indivíduos são fumantes, sendo 200 milhões destes do sexo feminino. Espera-se que em 2030, mais de oito milhões de mortes por ano devido ao consumo do tabaco, o que exige ações preventivas em caráter de urgências (MOTTA; ESCHER; LUCENA, 2010).

O tabaco constitui fator de risco importante para o desenvolvimento do câncer de pulmão, laringe e esôfago, bem como de doenças respiratórias e cardiovasculares, dentre outras. Segundo a OMS cerca de 4,9 milhões de pessoas morrem anualmente por doenças provocadas pelo consumo do tabaco (CASTANHEIRA E SILVA, 2011).

Dantas (2013) destaca que mais de 80% dos fumantes iniciam o consumo do tabaco antes dos 18 anos de idade, persistindo neste hábito até a idade adulta.

As consequências do tabagismo a curto-prazo incluem efeitos respiratórios (redução da função pulmonar e do crescimento do pulmão, falta de ar e expectoração mais frequentes, aumento do risco de câncer do pulmão) e não respiratórios, (aumento da frequência cardíaca, diminuição da capacidade física, visitas mais frequentes a profissionais de saúde por queixas psicológicas e emocionais) bem como a adição à nicotina e o risco associado do uso de outras drogas (álcool, maconha, cocaína) (DANTAS, 2013).

O tabagismo pode ainda provocar morte súbita bem como diversas incapacidades físicas provocadas por doenças coronarianas, hipertensão arterial, acidente vascular encefálico, enfisema e câncer (MOTTA; ESCHER; LUCENA, 2010).

No Brasil, o tabagismo está diretamente associado a 30% dos casos de infarto agudo do miocárdio, 25% dos casos de acidente vascular cerebral, 85% das mortes por doença pulmonar obstrutiva crônica e pelo menos 90% das mortes por câncer de pulmão (RAMIS et al., 2012).

Há alguns anos, estudos mostravam que os efeitos do consumo do cigarro aconteciam com maior intensidade na população masculina, mas, recentemente, novas pesquisas têm verificado que população feminina tem susceptibilidade igual ou superior aos homens, sendo que o tabagismo para a mulher pode trazer consequências como a infertilidade, câncer de colo de útero, menopausa precoce e a dismenorreia com prevalência maior do que naquelas que não fumam (MOTTA; ESCHER; LUCENA, 2010).

Ramis et al. (2012) destacam que no Brasil, aproximadamente 34% dos homens e 29% das mulheres são tabagistas, consumindo cerca de 175 bilhões de cigarro por ano.

Motta; Escher; Lucena (2010) salientam que o aumento do uso do tabaco entre mulheres deve-se a marcante publicidade ainda permitida em alguns países.

O consumo do tabaco no público feminino configura-se como um relevante problema de saúde, pois além das consequências pertinentes ao tabagista de qualquer sexo, na mulher observam-se maiores complicações relacionadas ao seu sistema reprodutivo (CASTANHEIRA E SILVA, 2011).

Ao tratar do aspecto social, o início da expansão do tabagismo foi marcado pelos níveis altos de consumo por pessoas de classes sociais abastadas. Gradativamente esta situação se modificou e, atualmente, as parcelas mais baixas da população encontram-se mais expostas ao tabaco (WÜNSCH FILHO et al., 2012).

A pesquisa de Wünsch Filho et al. (2012) mostra que estratificação da população quanto a renda e ocupação revelou consumo mais elevado, de duas a três vezes, nos grupos com piores condições sociais e econômicas. Quanto a ocupação, atuação em atividades com menor qualificação e baixo nível de escolaridade foram fatores preditivos de falhas nas tentativas de cessação do vício bem como relacionada a quantidade de cigarros fumados.

Medidas restritivas relacionadas a comercialização e ao consumo do tabaco nos países desenvolvidos levaram a indústria do tabaco a direcionar seus esforços de venda para países menos desenvolvidos, nos quais havia maiores perspectivas de crescimento do consumo e contínua reposição de fumantes, com foco das campanhas nos adolescentes e jovens, público mais propício a iniciação da prática (WÜNSCH FILHO et al., 2012).

O Ministério da Saúde (MS), por meio do Instituto Nacional de Câncer (INCA), criou o Programa Nacional de Controle do Tabagismo (PNCT), conhecido como Programa Nacional de Controle do Tabagismo e Outros Fatores de Risco de Câncer PNCTOFR) com o objetivo de “reduzir a prevalência de fumantes no Brasil e a consequente morbimortalidade por doenças relacionadas ao tabaco”, com implementação de ações descentralizadas, utilizando o sistema de gerência do Sistema Único de Saúde (SUS) (SILVA et al., 2014, p.540).

5.2 Tabagismo passivo

Os danos ao organismo humano associados ao tabagismo não se restringem apenas as pessoas que fumam, atingindo também aquelas não fumantes, porém que vivem sob poluição da fumaça de cigarros nos domicílios, nos

ambientes de trabalho, de lazer, escolas e outros espaços públicos fechados (WÜNSCH FILHO et al., 2012).

Para Coelho; Rocha e Jong (2012, p. 295) “o fumante passivo é aquele que, não sendo fumante por vontade própria, é obrigado a respirar pela via atmosférica o ar que contém o fumo do tabaco, pela gravidez e/ou pelo aleitamento materno”. O mesmo autor ressalta que há cerca de dois bilhões de fumantes passivos, destes 700 milhões são crianças.

Os produtos de combustão provenientes do cigarro e liberados no ambiente são causa de doenças e de morte prematura. No mundo, pesquisas têm demonstrado forte associação entre o tabagismo passivo ambiental e o aumento do risco de morbimortalidade, pois se acredita que a exposição passiva ao tabaco seja equivalente a 1% de 20 cigarros fumados ativamente ao dia (PASSOS; GIATTI; BARRETO, 2011).

A fumaça inalada pelos fumantes passivos é responsável por grande parte das doenças relacionadas ao consumo do tabaco incidentes nestes indivíduos, em especial, o câncer de pulmão. Tal poluição ambiental decorre da fumaça exalada pelo fumante (corrente primária ou principal), que corresponde a 25% do total, e por aquela resultante da queima da ponta do cigarro ou outro produto do tabaco (corrente secundária) (WÜNSCH FILHO et al., 2012).

A corrente secundária produzida pela combustão do cigarro entre as tragadas corresponde aos restantes 75% de fumaça de tabaco presente nos ambientes, sendo a mais importante fonte da poluição ambiental e com maiores concentrações de todos os componentes carcinogênicos do tabaco (WÜNSCH FILHO et al., 2012).

Coelho; Rocha; e Jong (2012) complementam que a corrente secundária pode conter seis vezes mais nicotina, quatro vezes mais alcatrão, sete vezes mais monóxido de carbono, setenta e três vezes mais amônia e cinquenta vezes mais compostos cancerígenos que a corrente primária.

Passos; Giatti; e Barreto (2011) ressaltam que apesar da dose de fumo ingerida por fumantes ser 100 vezes superior à ingerida por fumantes passivos, o risco relativo de doença arterial coronariana é quase a mesma, 1,78 para fumantes ativos e 1,31 para fumantes passivos, sendo que morar com um fumante acarreta no aumento de 20-30% relacionado ao risco de desenvolvimento de câncer de pulmão.

O desconhecimento sobre o tabagismo passivo torna-se risco não apenas às crianças, mas também às mães fumantes (DANTAS, 2013).

O tabagismo passivo pode se iniciar na fase de vida intrauterina, sendo que a gestante tabagista ativa ou passiva pode induzir repercussões deletérias ao feto, pela condução de substâncias tóxicas por meio do cordão umbilical (WÜNSCH FILHO et al., 2012).

Já nas crianças, a inalação da fumaça do tabaco pode ocasionar problemas respiratórios, como a redução da função pulmonar e as doenças do trato respiratório; otite média e Síndrome da Morte Súbita Infantil (DANTAS, 2013).

As residências são os locais onde ocorre a maior exposição ao tabaco ambiental, sendo muitas crianças expostas precocemente e diariamente à fumaça do cigarro enquanto se alimentam, brincam ou dormem. Além da residência, pode ocorrer a exposição das crianças a fumaça do cigarro na escola ou nos veículos (WÜNSCH FILHO et al., 2012).

As ações de saúde pública destinadas a reduzir exposição ao tabagismo ambiental são responsabilidades do Estado, como proteção do cidadão quanto aos males que outros podem fazer contra ele. No Brasil, são recentes as medidas antitabagismo passivo e com menor impacto que aquelas generalistas, podendo justificar sua alta prevalência enquanto o país apresenta queda no consumo de tabaco. No entanto, outras pesquisas são necessárias para maior compreensão deste fenômeno (PASSOS; GIATTI; BARRETO, 2011).

Passos, Giatti, e Barreto (2011) complementam que a implementação de políticas de ambientes fechados livres do tabaco é uma tendência mundial, fundamentada no conhecimento dos prejuízos a saúde provocados pela exposição aos componentes tóxicos da fumaça de tabaco, sendo observado no Brasil o aumento do apoio popular ao banimento do fumo em ambientes fechados.

5.3 Tabagismo e o câncer

Segundo a Organização Mundial da Saúde (OMS), o número anual de casos novos de câncer no mundo passou de 10 milhões em 2000 e, em 2020, ultrapassará 15 milhões, sendo que a maior parte dos casos novos, aproximadamente 60%, acontecerá em regiões menos desenvolvidas (SANTOS et al., 2012).

As pesquisas mostram que 80% das neoplasias são atribuíveis a influências ambientais, especialmente as relacionadas com os hábitos de vida (SANTOS et al., 2012), sendo o tabagismo, isoladamente, a principal causa de câncer no mundo (WÜNSCH FILHO et al., 2012).

O hábito de fumar pode aumentar em longo prazo o risco de desenvolver câncer de pulmão em 20 a 30 vezes, e em 30 a 50% em tabagistas passivos, mostrando que não há nenhuma dose ou quantidade segura para o consumo (FEITOSA; PONTES, 2011).

O tabagismo também é responsável por 29% e 18% dos óbitos por câncer em países desenvolvidos e emergentes, respectivamente. Dentre os tipos de neoplasias cuja relação é bem estabelecida com o tabagismo, encontram-se os cânceres de pulmão, laringe e esôfago (PINTO; UGÁ, 2011).

Os mesmos autores complementam que as neoplasias de pulmão e de esôfago estão entre as mais incidentes no Brasil e são as que apresentam significativa letalidade, sendo o câncer de laringe responsável por 2% de todos os cânceres, correspondendo a cerca de nove mil novos casos ao ano (PINTO; UGÁ, 2011).

O câncer do pulmão constitui a maior causa de óbitos entre os tipos de câncer no Brasil. Configura-se como o tumor maligno mais comum, com uma incidência mundial que tende a aumentar cerca de 2% ao ano, sendo 90% dos casos diagnosticados associados ao consumo de tabaco (FEITOSA; PONTES, 2011).

Em relação ao tabagismo passivo, além do câncer de pulmão, observa-se em longo prazo incidência de tumores de faringe e laringe entre indivíduos não fumantes (WÜNSCH FILHO et al., 2012).

Dantas (2013) complementa que a persistência do hábito de fumar pode ocasionar também em câncer do trato respiratório, digestório e urinário, do pâncreas, colo do útero e Leucemia Mieloide Aguda.

Quanto às regiões do país, as taxas do conjunto de tumores (exceto os tumores de pele) são cerca de duas vezes mais elevadas nas regiões Sudeste e Sul do que nas regiões Norte e Nordeste correlacionando também ao elevado consumo de tabaco nestas regiões, com elevadas incidências dos três tumores com intensa associação com o tabaco: cavidade oral, esôfago e pulmão (WÜNSCH FILHO et al., 2012).

Feitosa e Pontes (2011) destacam que o hábito de fumar além de configurar fator de risco para o desenvolvimento do câncer também influencia em seu prognóstico.

5.4 A importância dos grupos de apoio na cessação do fumo

O tratamento da dependência do tabaco associa-se a desintoxicação do usuário bem ao fortalecimento de seus hábitos saudáveis (CASSOL et al., 2012).

Uma das modalidades de tratamento para o tabagista é a abordagem em grupo. Para Zimerman (1997), o ser humano é gregário e só existe em função de seus inter-relacionamentos grupais.

O mesmo autor ressalta que os grupos são formados por pessoas que convivem e partilham de um mesmo espaço, guardando entre si uma certa valência de inter-relacionamento e interesses comuns.

Os grupos operativos envolvem os campos comunitários, institucionais, terapêuticos e do ensino-aprendizagem, sendo neste último a premissa fundamental "aprender a aprender", ou seja, adotar um novo modo de viver e se comportar, por meio do conhecimento das suas potencialidades com vistas a transformar a realidade vivenciada (CASSOL et al., 2012).

A convivência em grupos promove sentimentos de pertinência (é o "vestir a própria camiseta") e de pertencência (o indivíduo se refere ao grupo como sendo "o meu grupo"), visando uma tarefa e um objetivo comum (ZIMERMAN, 1997).

Tais grupos configuram-se como fonte de apoio aos usuários que se encontra em processo de cessação do fumo a fim de encontrar estratégias na busca pela abstinência por meio da troca de experiências entre seus e membros bem como de ajuda profissional (ALVAREZ et al., 2012)

Alvarez et al. (2012) complementa que o atendimento em grupo com pessoas que vivenciam o mesmo problema facilita a identificação, a troca de experiências, particularidades e intimidades entre os membros, possibilitando também à equipe de saúde identificar as reais necessidades e anseios desses usuários, facilitando, assim, o planejamento da assistência.

As atividades dos grupos de apoio apresentam-se como "metodologias assistenciais utilizadas pelos profissionais da saúde com objetivo terapêutico e ferramenta de cuidado" que tem como objetivo "auxiliar pessoas durante períodos

de ajustamento a mudanças, no tratamento de crises ou na manutenção ou adaptação a novas situações” (ALVAREZ et al., 2012, p.103).

Assim, o ambiente dos grupos deve proporcionar o compartilhamento de experiências e sentimentos a fim de fortalecer os usuários na busca por estratégias para cessação do vício (ZIMERMAN, 1997).

Trata-se de uma maneira de cuidar que contribui para a interação e integração de seus participantes, aumentando a aprendizagem e o crescimento pessoal, demandando habilidades comunicação, relacionamento terapêutico e manejo por parte da equipe de saúde (MORAES; LOPES; BRAGA, 2006).

Os mesmos autores destacam que o trabalho em grupo facilita a compreensão equipe de saúde sobre os problemas vivenciados para que as estratégias terapêuticas possam ser cada vez mais aprimoradas.

Os grupos ao oferecer apoio emocional e informações/orientações possibilitam a “percepção da situação real que estão vivendo, por meio do conhecimento de dados mais concretos sobre o problema e diminuição das fantasias a ele relacionadas, ajudando-os no enfrentamento da crise vivenciada” (OLIVEIRA et al., 2010, p. 59).

Desta forma, o grupo operativo é reconhecido como um "grupo de apoio", sendo um “importante suporte para manterem-se em abstinência, espaço para o diálogo, aprendizado e como responsável pelas vitórias conseguidas na luta contra o consumo do tabaco” (CASSOL et al., 2012, p. 133).

6 PLANO DE AÇÃO

O desenvolvimento do Plano de Ação foi embasado no Planejamento Estratégico Situacional (PES). O PES tem como foco os problemas diante de uma dada realidade na qual se pretende intervir, sendo que o grau de prioridade do problema depende da forma de entendimento dos diversos sujeitos que o vivenciam. Já para conseguir a resolutividade de tais problemas necessita-se de disponibilidade bem como acesso aos recursos necessários, além da análise da viabilidade política (KLEBA; KRAUSER; VENDRUSCOLO, 2011).

Para esses autores supracitados, o PES, além de considerar a realidade local dentro do seu grau complexidade e especificidades, também fornece dinâmicas e significados particulares, exigindo a participação da equipe interdisciplinar para solução dos problemas e com formas singulares de abordagem.

Segundo Campos (2009, p. 152), os princípios do PES em síntese são:

- 1) Pressupõe a participação dos diferentes atores interessados na operação da unidade de saúde e, portanto, na elaboração do seu Plano de Ação;
- 2) Reconhece, como ponto de partida, a visão singular de cada ator sobre o que são problemas de saúde no seu território;
- 3) Busca, como efeito mais importante, a criação e o fortalecimento de compromissos entre os atores que analisam os problemas e propõem soluções;
- 4) Representa uma proposta concreta para efetivar a participação social e a descentralização dos serviços de saúde.

Para desenvolvimento do plano de ação na ESF São Francisco, as seguintes etapas foram realizadas:

- Levantamento do perfil da população da área adscrita com informações contidas no Sistema de Informação da Atenção Básica (SIAB), como perfil do territorial, epidemiológico, sanitário e de produção dos profissionais;
- Realização de reuniões semanais com a equipe de saúde para a seleção dos problemas mais relevantes feita pelos profissionais;
- Desenvolvimento do plano de intervenções focado no problema prioritário.

Segue abaixo o desenvolvimento dos dez passos do PES para o enfrentamento do tabagismo no território da ESF São Francisco:

Passo 1: Definição dos problemas

Após reunião com a equipe, foram definidos os cinco principais problemas que acometem a população, sendo estes considerados pela equipe de difícil manejo clínico:

- Tabagismo;
- Risco cardiovascular aumentado;
- Sobrepeso e obesidade;
- Gravidez na adolescência;
- Uso crônico de Benzodiazepínicos.

Passo 2: Priorização dos problemas

No quadro abaixo podemos observar a priorização dos cinco problemas supracitados a partir da avaliação da equipe multidisciplinar da ESF São Francisco:

Quadro 1 – Classificação das prioridades dos problemas encontrados na área de abrangência da ESF São Francisco.

Problemas	Importância	Urgência	Capacidade de enfrentamento	Seleção
Tabagismo	Alta	8	Parcial	1
Risco cardiovascular aumentado	Alta	7	Parcial	2
Sobrepeso e obesidade	Alta	6	Parcial	3
Gravidez na adolescência	Alta	6	Parcial	3
Uso crônico de Benzodiazepínicos	Alta	6	Parcial	4

Fonte: Diagnóstico de saúde e observação ativa da área.

Passo 3: Descrição do problema selecionado

O tabagismo foi considerado pela equipe de saúde da família São Francisco como o problema prioritário, principalmente pela dificuldade no manejo clínico desses usuários.

No território da ESF São Francisco 236 usuários são tabagistas, sendo observada a baixa adesão aos grupos operativos que tem como objetivo a cessação do fumo.

Diante disso, a equipe considerou tal problema como prioritário devido a necessidade de ações multidisciplinares para o seu enfrentamento.

Passo 4: Explicação do problema

O consumo do tabaco é reconhecido mundialmente como uma das principais causas de doenças e mortes.

Considera-se o como uma patologia crônica, decorrente da dependência da nicotina, um dos seus principais componentes, que torna o indivíduo fumante vulnerável a diversas doenças, como as doenças cardiovasculares, respiratórias e vários tipos de câncer. Apesar da redução de sua prevalência observada nos últimos anos, o tabaco ainda se encontra como uma das drogas lícitas mais utilizadas pela população (INCA, 2013).

De acordo com OMS, o tabagismo é considerado a maior causa da mortalidade de cunho evitável mundial. Dados epidemiológicos mostram que aproximadamente um bilhão e 300 milhões de indivíduos são fumantes, sendo 200 milhões destes do sexo feminino. Espera-se que em 2030, mais de oito milhões de mortes por ano devido ao consumo do tabaco, o que exige ações preventivas em caráter de urgências (MOTTA; ESCHER; LUCENA, 2010).

O tabagismo pode provocar morte súbita bem como diversas incapacidades físicas provocadas por doenças coronarianas, hipertensão arterial, acidente vascular encefálico, enfisema e câncer. Há alguns anos, estudos mostravam que os efeitos do consumo do cigarro aconteciam com maior intensidade na população masculina, mas, recentemente, novas pesquisas têm verificado que população feminina tem susceptibilidade igual ou superior aos homens, sendo que o tabagismo para a mulher pode trazer consequências como a infertilidade, câncer de colo de útero, menopausa precoce e a dismenorreia com prevalência maior do que naquelas que não fumam (MOTTA; ESCHER; LUCENA, 2010).

Além disso, outro fator importante consiste no tabagismo passivo e suas consequências, tais como câncer de pulmão, doenças respiratórias e cardíacas (BRASIL, 2003).

Desta forma, verificamos a necessidade de ações multidisciplinares com a finalidade de diminuir o tabagismo no nosso território, diminuindo assim a morbidade e mortalidade decorrente dessa prática, visto que as doenças cardiovasculares são as principais causas de óbitos na área de abrangência da ESF São Francisco.

Passo 5: Seleção dos “nós críticos”

Foram considerados “nós críticos” pela equipe os hábitos e estilos de vida; aspectos socioeconômicos; nível de informação; estrutura dos serviços de saúde; e o processo de trabalho da equipe de saúde.

Passo 6: Desenho das operações

Quadro 2 – Desenho das operações relacionados ao controle do tabagismo.

Nó crítico	Operação / Projeto	Resultados esperados	Produtos esperados	Recursos necessários
Hábitos e estilos de vida	Viva Melhor Modificar hábitos e estilos.	Reduzir em 20% o número de usuários tabagistas em 1 ano.	Grupo de apoio a cessação do tabagismo.	Organizacional : para + grupos; Cognitivo: + informação sobre estratégias; Político: articulação intersetorial; Financeiro: + recursos audiovisuais e impressos educativos.
Aspectos socioeconômicos	Renove Implantar alternativas terapêuticas eficazes e	Reduzir em 20% o número de usuários tabagistas em	Alternativas terapêuticas eficazes e sem custos implantados.	Organizacional : + conhecimento sobre estratégias de

	com custo zero.	1 ano.		comunicação e abordagem; Cognitivo: organização da agenda; Político: + articulação intersetorial e mobilização social; Financeiro: + para recursos educativos e de apoio.
Nível de informação	+ Saber Aumentar o nível de informação sobre os riscos do tabagismo.	População mais informada sobre os riscos do tabagismo.	Avaliação do nível de informação e capacitação dos usuários e profissionais.	Organizacional : + conhecimento sobre estratégias de comunicação e abordagem; Cognitivo: + planejamento da equipe; Político: + articulação intersetorial; Financeiro: + para recursos educativos e de apoio.
Estrutura dos serviços de saúde	Cuidando + Melhorar a estrutura para atendimento aos usuários tabagistas.	Garantir o material do Ministério da Saúde e medicamentos para cessação do tabagismo.	Aquisição de materiais e medicamentos	Cognitivo: + planejamento e adequação; Político: + decisão para estruturar o serviço; Financeiro: + aquisição de materiais e medicamentos.
Processo de trabalho da equipe de saúde	Recicle Capacitar a equipe para a implantação do Programa de Controle do	Cobertura de 80% dos usuários tabagistas em 1 ano no Programa de Controle do Tabagismo.	Capacitação da equipe; Implantação do Programa de Controle do Tabagismo do Ministério da Saúde.	Organizacional : + adequação de fluxos; Cognitivo: + planejamento para implantação do Programa de

	Tabagismo do Ministério da Saúde.			Controle do Tabagismo do Ministério da Saúde; Político: + articulação intersetorial e adesão dos profissionais; Financeiro: + recursos audiovisuais e impressos educativos.
--	-----------------------------------	--	--	---

Passo 7: Identificação dos recursos críticos

Quadro 3 – Identificação dos Recursos críticos para o desenvolvimento das operações definidas para o enfrentamento dos "nós" críticos relacionados ao tabagismo.

Operação/ Projeto	Recursos críticos
Viver Melhor	Político: articulação intersetorial; Financeiro: + recursos audiovisuais e impressos educativos.
Renove + Saber	Cognitivo: organização da agenda; Político: + articulação intersetorial.
+ Saber	Político: mobilização social; Financeiro: + para recursos educativos e de apoio.
Cuidando +	Político: + decisão para estruturar o serviço; Financeiro: + aquisição de materiais e medicamentos.
Recycle	Organizacional: + adequação de fluxos; Político: + articulação intersetorial; Financeiro: + recursos audiovisuais e impressos educativos.

Passo 8: Análise da viabilidade

Quadro 4 - Recursos críticos para o desenvolvimento das operações definidas para o enfrentamento dos "nós" críticos no que se refere ao tabagismo no território.

Operação / Projetos	Recursos críticos	Controle dos recursos críticos		Ações estratégicas
		Ator que controla	Motivação	
Viva Melhor Modificar hábitos e estilos.	Financeiro: + recursos audiovisuais e impressos educativos.	Secretário de saúde	Favorável	Não é necessário
Renove Implantar alternativas terapêuticas eficazes e com custo zero.	Cognitivo: organização da agenda; Político: + articulação intersetorial.	Equipe de saúde Secretário de saúde	Favorável Favorável	Não é necessário
+ Saber Aumentar o nível de informação sobre os riscos do tabagismo.	Político: mobilização social; Financeiro: + para recursos educativos e de apoio.	Associações de Bairro/ Conselho de Saúde. Secretário de saúde	Favorável Favorável	
Cuidando + Melhorar a estrutura para atendimentos aos usuários tabagistas.	Político: + decisão para estruturar o serviço; Financeiro: + aquisição de materiais e medicamentos.	Secretário de saúde Secretário de saúde	Favorável Favorável	Apresentar projeto de estruturação do serviço.
Recicle Capacitar a equipe para a implantação do Programa de Controle do Tabagismo do Ministério da Saúde	Organizacional: + adequação de fluxos; Político: + articulação intersetorial; Financeiro: + recursos audiovisuais e impressos educativos.	Secretário de saúde Secretário de saúde Secretário de saúde	Favorável Favorável Favorável	

Passo 9: Plano operativo

Quadro 5 – Desenvolvimento do Plano Operativo.

Operação	Resultados	Produtos	Responsável	Prazo
Viva Melhor Modificar hábitos e estilos.	Reduzir em 20% o número de usuários tabagistas em 1 ano.	Grupo de apoio a cessação do tabagismo.	Médico e enfermeiro.	6 meses para início das atividades.
Renove Implantar alternativas terapêuticas eficazes e com custo zero.	Reduzir em 20% o número de usuários tabagistas em 1 ano.	Alternativas terapêuticas eficazes e sem custos implantados.	Equipe de saúde e NASF	6 meses para início das atividades.
+ Saber Aumentar o nível de informação sobre os riscos do tabagismo.	População mais informada sobre os riscos do tabagismo.	Avaliação do nível de informação e capacitação dos usuários e profissionais.	Equipe de saúde e NASF	3 meses para início das atividades.
Cuidando + Melhorar a estrutura para atendimentos aos usuários tabagistas.	Garantir o material do Ministério da Saúde e medicamentos para cessação do tabagismo.	Aquisição de materiais e medicamentos.	Médico e enfermeiro.	6 meses para início das atividades.
Recicle Capacitar a equipe para a implantação do Programa de Controle do Tabagismo do Ministério da Saúde	Cobertura de 80% dos usuários tabagistas em 1 ano no Programa de Controle do Tabagismo.	Capacitação da equipe; Implantação do Programa de Controle do Tabagismo do Ministério da Saúde.	Médico, enfermeiro e NASF.	3 meses

Passo 10: Gestão do Plano

Quadro 6 – Planilha de acompanhamento das operações/projeto.

Operação “Viva melhor”				
Coordenação: Médico - Avaliação após seis meses do início do projeto.				
Produtos	Responsável	Prazo	Situação atual	Justificativa
Grupo de apoio a cessação do tabagismo.	Médico e Enfermeiro	6 meses	Programa a ser implementado.	
Operação “Renove”				
Coordenação: Enfermeiro - Avaliação após seis meses do início do projeto.				
Produtos	Responsável	Prazo	Situação atual	Justificativa
Alternativas terapêuticas eficazes e sem custos implantados .	Equipe de saúde e NASF.	6 meses	Programa a ser implementado.	
Operação “+ Saber				
Coordenação: Enfermeiro da ESF - Avaliação após seis meses do início do projeto.				
Produtos	Responsável	Prazo	Situação atual	Justificativa
Avaliação do nível de informação;	Enfermeiro	3 meses	Programa a ser implementado.	
Capacitação dos usuários e profissionais.	Médico	3 meses	Programa a ser implementado.	
Operação “Cuidando +”				
Coordenação: Médico da ESF - Avaliação após seis meses do início do projeto.				
Produtos	Responsável	Prazo	Situação atual	Justificativa
Aquisição de materiais e medicamento.	Médico	6 meses	Programa a ser implementado.	
Operação “Recicle”				
Coordenação: Médico da ESF - Avaliação após seis meses do início do projeto.				
Produtos	Responsável	Prazo	Situação atual	Justificativa
Capacitação da equipe;	Enfermeiro	3 meses	Programa a ser implementado.	
Implantação	Enfermeiro	6 meses	Programa a ser	

do Programa de Controle do Tabagismo do Ministério da Saúde.			implementado.	
--	--	--	---------------	--

6.1 Proposta de intervenção

Para Kleba; Krauser; Vendruscolo (2011), um problema é uma determinada questão ou um determinado assunto que necessita ser solucionada a fim de trazer benefícios para a população, sendo o PES uma estratégia que tem como objetivo identificar e propor intervenções sobre os problemas prioritários de saúde da população adscrita.

O problema prioritário no território da ESF São Francisco considerado a partir da análise da equipe de saúde foi o tabagismo, sendo assim proposto o seguinte plano de intervenção.

Foram criadas cinco propostas a partir dos nós críticos identificados:

Viver melhor: grupo de apoio terapêutico visando reduzir em 20% o número de usuários tabagistas em 1 ano. Tal grupo será realizado sob coordenação do Médico da ESF, sendo as atividades desenvolvidas em conjunto com a equipe multidisciplinar da unidade de saúde e do NASF, com ações baseadas no Programa do Ministério da Saúde.

Renove: alternativas terapêuticas eficazes e com custo zero visando reduzir em 20% o número de usuários tabagistas em 1 ano, sob coordenação do Enfermeiro da ESF, com ações realizadas pela equipe de saúde e NASF, sendo estimuladas práticas saudáveis com foco na atividade física e alimentação saudável. É importante ressaltar que esta estratégia e a “Viver Melhor” são complementares ao tratamento do usuário, sendo realizadas concomitantemente.

+ Saber: avaliação do nível de informação e capacitação dos usuários e profissionais. Serão realizadas, inicialmente, pesquisas com os profissionais e, posteriormente, com os usuários sobre aspectos importantes relacionados ao tabagismo. Após a identificação das dúvidas da equipe será realizada a

capacitação dos profissionais. As pesquisas na comunidade serão realizadas pelos Agentes Comunitários de Saúde nas residências do território, com um mínimo de 15 entrevistas por agente. Após o levantamento dos dados, serão propostas capacitações sobre o tabagismo, abordando as dúvidas mais frequentes encontradas nos resultados do levantamento.

Cuidando +: aquisição de materiais e medicamentos. Serão solicitados junto a Gerência Regional de Saúde materiais impressos e medicamentos disponibilizados gratuitamente pelo Ministério da Saúde para os usuários em processo de cessação do tabagismo.

Recicle: será solicitada capacitação da equipe pela Gerência Regional de Saúde pelo Ministério da Saúde para que estes estejam aptos a colocar em prática o Programa de Combate ao Tabagismo. Após a capacitação, será implantado o Programa de Controle do Tabagismo do Ministério da Saúde com vistas a reduzir tal prática no território.

Com a proposta de intervenção supracitada, espera-se através da a capacitação da equipe, conscientização da população e implantação de alternativas terapêuticas aos tabagistas a redução de 20% dos usuários tabagistas no território.

7 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Com a pesquisa tornou-se possível propor um projeto de intervenção para reduzir o tabagismo no território da ESF São Francisco, município de Passos-MG.

Por meio do diagnóstico de saúde da população e da análise da literatura que envolve a temática, foi possível conhecer a realidade da população do território e correlacionar com os aspectos descritos na literatura que envolvem a prática do tabagismo.

Verifica-se que o tabagismo constitui grave problema de saúde pública, com repercussões em todo o mundo, sendo responsável pela significativa morbimortalidade relacionada a doenças cardiovasculares e a incidência de neoplasias.

As neoplasias mais comuns decorrente de tal prática, além do câncer de pulmão, são o câncer de boca, laringe e faringe, dentre outros.

Outro ponto importante relaciona-se ao tabagismo passivo, sendo o ambiente familiar local de maior exposição dos indivíduos que não fumam as substâncias tóxicas do cigarro daqueles que convivem e, conseqüentemente, às doenças decorrentes de tal exposição.

Tendo em vista a complexidade da temática e os prejuízos do consumo do tabaco, deve-se considerar que ações preventivas são necessárias a fim de prevenir as complicações decorrentes do tabagismo.

Desta forma, é de grande relevância intervenções que visam a cessação desse vício com aplicações que se referem a educação em saúde da comunidade e o apoio aos usuários que desejam parar de fumar.

REFERÊNCIAS

ALVAREZ, S. Q.; GOMES, G. C.; OLIVEIRA, A. M. N.; XAVIER, D. M. Grupo de apoio/suporte como estratégia de cuidado: importância para familiares de usuários de drogas. **Rev. Gaúcha Enferm.**, Porto Alegre , v. 33, n. 2, Jun. 2012. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1983-14472012000200015&lng=en&nrm=iso>. Acesso em 08 nov. 2014.

ATLAS DE DESENVOLVIMENTO DO BRASIL 2013. **Perfil Municipal:** Passos-MG. Disponível em: <http://atlasbrasil.org.br/2013/pt/perfil/passos_mg>. Acesso em 09 jun. 2014.

BRASIL, Ministério da Saúde. **Tabagismo.** Inquérito Domiciliar sobre Comportamentos de Risco e Morbidade Referida de Doenças e Agravos não Transmissíveis. Brasil, 15 capitais e Distrito Federal 2002–2003. Disponível em: <<http://www.inca.gov.br/inquerito/docs/tab.pdf>>. Acesso em 15 jul. 2014.

BRASIL, Ministério da Saúde. **Tabagismo.** Inquérito Domiciliar sobre Comportamentos de Risco e Morbidade Referida de Doenças e Agravos não Transmissíveis. Brasil, 15 capitais e Distrito Federal 2002–2003. Disponível em: <<http://www.inca.gov.br/inquerito/docs/tab.pdf>>. Acesso em 15 jul. 2014.

CAMPOS, A. G. de. Planejamento Estratégico Situacional na Atenção Básica: solucionando problemas e reinventando ações. **RBPS**, v. 22, n. 3, p. 151-156, 2009. Disponível em: <<http://ojs.unifor.br/index.php/RBPS/article/view/554>>. Acesso em 22 jul. 2014.

CAMPOS, F. C. C. de; FARIA, H. P. de; SANTOS, M. A. dos. Síntese do diagnóstico situacional da equipe verde da comunidade de Vila Formosa, Município de Curupira. In: CAMPOS, F. C. C. de; FARIA, H. P. de; SANTOS, M. A. dos.. **Planejamento e avaliação das ações em saúde.** 2ª ed. Belo Horizonte: Nescon/UFMG, 2010. 118p.

CASSOL, P. B.; TERRA, M. G.; MOSTARDEIRO, S. C. T. S.; GONÇALVES, M. O.; PINHEIRO, U. M. Tratamento em um grupo operativo em saúde: percepção dos usuários de álcool e outras drogas. **Rev. Gaúcha Enferm.**, Porto Alegre , v. 33, n. 1, mar. 2012. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1983-14472012000100018&lng=en&nrm=iso>. Acesso em 08 nov. 2014.

CASTANHEIRA E SILVA, J. M. P. **Gravidez e tabagismo:** abordagem pelos profissionais de saúde e implicações da exposição do feto ao monóxido de carbono. Dissertação (Mestrado). Universidade da Beira Anterior (Ciências da Saúde). Corvilhã, 2011. Disponível em: <http://www.fcsaude.ubi.pt/thesis/upload/972/tese_joanacastanheir.pdf>. Acesso em: 13 ago. 2014.

COELHO, S. A.; ROCHA, S. A.; JONG, L. C. Consequências do tabagismo passivo em crianças. **Cienc Cuid Saude**, v. 11, n. 2, p. 294-301, Abr./Jun. 2012. Disponível em: <<http://eduem.uem.br/ojs/index.php/CiencCuidSaude/article/view/10281/pdf>>. Acesso em 04 nov. 2014.

DANTAS, D. R. G. **Estudo sobre a prevalência do tabagismo entre adolescentes no Brasil**. Tese (Doutorado). Universidade Federal da Bahia, Faculdade de Medicina da Bahia. Salvador, 2013. 121 f. Disponível em: <<https://repositorio.ufba.br/ri/bitstream/ri/13104/1/tese%20vers%C3%A3o%20final%20enviada%20%C3%A0%20gr%C3%A1fica.pdf>>. Acesso em 04 nov. 2014.

DIETZ, G.; SANTOS, C. G. dos; HILDEBRANDT, L. M.; LEITE, M. T. As relações interpessoais e o consumo de drogas por adolescentes. **Rev. Eletrônica Saúde Mental Álcool Drog.**, v. 7, n. 2, p. 85-91, maio-ago. 2011. Disponível em: <<http://www.revistas.usp.br/smad/article/view/49577>>. Acesso em 04 nov. 2014.

FEITOSA, R. C.; PONTES, E. R. J. C. Levantamento dos hábitos de vida e fatores associados à ocorrência de câncer de tabagistas do município de Sidrolândia (MS, Brasil). **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 16, n. 2, p. 605-613, 2011. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/csc/v16n2/v16n2a24.pdf>>. Acesso em 12 nov. 2014.

GIL, A. C. **Como elaborar projetos de pesquisa**. 5 ed. São Paulo: Atlas, 2010. 184 p.

GOLDENBERG, M. **A arte de pesquisar: como fazer pesquisa qualitativa em Ciências Sociais**. Rio de Janeiro: Record, 2004.

IBGE. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística.

IBGE. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Cidades. 2014.

INCA, Instituto Nacional de Câncer. **Programa Nacional de Controle do Tabagismo (PNCT) – Tratamento do Tabagismo**. 2013. Disponível em: <<http://www2.inca.gov.br/wps/wcm/connect/eb44a9804f7964bd9b04db00980f7ebc/Tire+suas+duvidas+-+PNCT+finalizado+-+para+site+INCA.pdf?MOD=AJPERES&CACHEID=eb44a9804f7964bd9b04db00980f7ebc>>. Acesso em 15 jul. 2014.

KLEBA, M. E.; KRAUSER, I. M.; VENDRUSCOLO, C.. O planejamento estratégico situacional no ensino da gestão em saúde da família. **Texto contexto - enferm.**, Florianópolis, v. 20, n. 1, Mar. 2011. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-07072011000100022&lng=en&nrm=iso>. Acesso em 30 out. 2014.

MINAS GERAIS, Prefeitura Municipal de Passos. **Diagnóstico de Saúde ESF São Francisco**. Dez. 2012.

MINAS GERAIS, Prefeitura Municipal de Passos. **Plano Municipal de Saúde de Passos-MG**. Gestão 2014-2017, 2014.

MINAS GERAIS, Prefeitura Municipal de Passos. **Relatório Anual de Gestão**. 2012.

MINAYO, M.C.S.(org). **Pesquisa social: teoria, método e criatividade**. 14ed. Petrópolis, Rio de Janeiro: Vozes, 1994.

MORAES, L. M. P.; LOPES, M. V. O.; BRAGA, V. A. B. Componentes funcionais da teoria de Peplau e sua confluência com o referencial de grupo. **Acta paul. enferm.**, São Paulo, v. 19, n. 2, Jun. 2006. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-21002006000200016&lng=en&nrm=iso>. Acesso em 08 nov. 2014.

MOTTA, G. C. P. da; ESCHER, I. C.; LUCENA, A. F. Fatores associados ao tabagismo na gestação. **Rev. Latino-Am. Enfermagem**, v. 18, n. 4, jul.-ago. 2010. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rlae/v18n4/pt_21.pdf>. Acesso em 15 jul. 2014.

OLIVEIRA, L. M. A. C.; MEDEIROS, M.; BARBOSA, M. A.; SIQUEIRA, K. M.; OLIVEIRA, P. M. C.; MUNARI, D. B. O acolhimento de familiares de pacientes internados em UTI: a tecnologia de grupo como estratégia para o cuidado de enfermagem. **Rev Esc Enferm. USP**, v. 44, n. 2, 2010. Disponível em: <http://repositorio.unb.br/bitstream/10482/1577/1/Tese%20Lizete%20Malagoni%20de%20%20A%20C%20Oliveira%20Acolhimento_familiares_ptes_UTI.pdf>. Acesso em 08 nov. 2014

PASSOS, V. M. A.; GIATTI, L.; BARRETO, S. M. Tabagismo passivo no Brasil: resultados da Pesquisa Especial Do Tabagismo, 2008. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 16, n. 9, set. 2011. Disponível em <http://www.scielo.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232011001000004&lng=pt&nrm=iso>. Acesso em 12 nov. 2014.

PINTO, M.; UGÁ, M. A. D. Custo do tratamento de pacientes com histórico de tabagismo em hospital especializado em câncer. **Rev Saúde Pública**, v. 45, n. 3, p. 575-582, 2011. Disponível em: <<http://www.scielo.org/pdf/rsp/v45n3/2061.pdf>>. Acesso em 12 nov. 2014.

RAMIS, T. R.; MIELKE, G. I.; HABEYCHE, E. C.; OLIZ, M. M.; HALLA, P. C. Tabagismo e consumo de álcool em estudantes universitários: prevalência e fatores associados. **Rev Bras Epidemiol.**, v. 15, n. 2, p. 376-385, 2012. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/rbepid/v15n2/15.pdf>>. Acesso em 12 nov. 2014.

SANTOS, J. A. T.; OLIVEIRA, M. L. F. de. Políticas públicas sobre álcool e outras drogas: breve resgate histórico. **Sau. & Transf. Soc.**, Florianópolis, v.4, n.1, p.82-89, 2013. Disponível em: <<http://periodicos.ufpel.edu.br/ojs2/index.php/enfermagem/article/viewFile/3449/283>>. Acesso em 04 nov. 2014.

SANTOS, R. A.; PORTUGAL, F. B.; FELIX, J. D.; SANTOS, P. M. O.; SIQUEIRA, M. M. Avaliação Epidemiológica de Pacientes com Câncer no Trato Aerodigestivo Superior: Relevância dos Fatores de Risco Álcool e Tabaco. **Revista Brasileira de Cancerologia**, v. 58, n. 1, p. 21-29, 2012. Disponível em: <http://www.inca.gov.br/rbc/n_58/v01/pdf/05_artigo_avaliacao_epidemiologica_pacientes_cancer_trato_aerodigestivo_superior_relevancia_fatores_risco_alcool_tabaco.pdf>. Acesso em 04 nov. 2014.

SEVERINO, A. J. **Metodologia do Trabalho Científico**. 23 ed. São Paulo: Cortez, 2007.

SILVA, S. T. S.; MARTINS, M. C.; FARIA, F. R.; COTTA, R. M. M. Combate ao Tabagismo no Brasil: a importância estratégica das ações governamentais. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 19, n. 2, p. 539-552, 2014. Disponível em: <<http://www.scielo.org/pdf/csc/v19n2/1413-8123-csc-19-02-00539.pdf>>. Acesso em 04 nov. 2014.

UTAGAWA, C. Y.; SOUZA, R. A. de; SILVA, C. O. M.; SILVA, M. O. da. Tabagismo e Gravidez: Repercussões no Desenvolvimento Fetal. **Caderno UniFOA**, ano II, n. 04, ago. 2007. Disponível em: <<http://web.unifoa.edu.br/cadernos/edicao/04/97.pdf>>. Acesso em: 13 ago. 2014.

WUNSCH FILHO, V.; MIRRA, A. P.; LÓPEZ, R. V. M.; ANTUNES, L. F. Tabagismo e câncer no Brasil: evidências e perspectivas. **Rev. bras. epidemiol.**, São Paulo, v. 13, n. 2, jun. 2010. Disponível em <http://www.scielo.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1415-790X2010000200001&lng=pt&nrm=iso>. Acesso em 12 nov. 2014.

ZIMERMAN, D. E. **Como trabalhamos com grupos**. Porto Alegre/RS: Artmed, 1997.