



UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
DEPARTAMENTO DE SAÚDE PÚBLICA
CURSO DE ESPECIALIZAÇÃO MULTIPROFISSIONAL NA ATENÇÃO BÁSICA 2016

Anaysa Cristina Rizo Vázquez

Estratégia na redução do tabagismo na Vila Bom Jesus.
São Mateus do sul. Paraná, Paraná, 2017

Florianópolis, Março de 2018

Anaysa Cristina Rizo Vázquez

Estratégia na redução do tabagismo na Vila Bom Jesus. São
Mateus do sul. Paraná, Paraná, 2017

Monografia apresentada ao Curso de Especialização Multiprofissional na Atenção Básica da Universidade Federal de Santa Catarina, como requisito para obtenção do título de Especialista na Atenção Básica.

Orientador: Ana Maria Mujica Rodriguez
Coordenadora do Curso: Profa. Dra. Fátima Büchele

Florianópolis, Março de 2018

Anaysa Cristina Rizo Vázquez

Estratégia na redução do tabagismo na Vila Bom Jesus. São Mateus do sul. Paraná, Paraná, 2017

Essa monografia foi julgada adequada para obtenção do título de “Especialista na atenção básica”, e aprovada em sua forma final pelo Departamento de Saúde Pública da Universidade Federal de Santa Catarina.

Profa. Dra. Fátima Büchele
Coordenadora do Curso

Ana Maria Mujica Rodriguez
Orientador do trabalho

Florianópolis, Março de 2018

Resumo

Introdução: O consumo do tabaco é reconhecido mundialmente como umas das principais causas de doenças e mortes, sendo considerado como um problema prioritário a nível mundial. Na vila Bom Jesus no município São Mateus do Sul no estado de Paraná (PR) foi identificado como o principal problema de saúde. **Objetivo:** O principal objetivo constituiu reduzir o tabagismo no território da equipe de estratégia de saúde a família. **Metodologia:** foi realizada revisão da literatura nos bancos de dados: Scielo, Lilacs, Medline. Após diagnóstico situacional, iniciou-se a construção do plano de ação para as estratégias de enfrentamento. **Resultados esperados:** A maior representação da população fumante foi do sexo masculino, com faixa etária entre os 20 – 59 anos. O maior por cento referiu haver iniciado o tabagismo entre os 15 -19 anos sendo o sexo masculino a de maior representação. A quantidade de cigarros fumados diariamente superava as 20 unidades diárias. Em relação a tentativa de deixar de fumar o maior por cento da população feminina confirmou nenhuma tentativa para abandonar o tabagismo, a diferença do sexo masculino que afirmou ter tido tentativa de abandono ao tabagismo. Antes da intervenção a maioria dos fumantes foram classificados como desconhecedores, posteriormente se mostrou um aumento no nível do conhecimento tanto do sexo masculino como feminino.

Palavras-chave: Estratégia Saúde da Família, Planejamento em Saúde, Prevenção Primária, Tabagismo

Sumário

1	INTRODUÇÃO	9
2	OBJETIVOS	13
2.1	Objetivo Geral	13
2.2	Objetivos Específicos	13
3	REVISÃO DA LITERATURA	15
4	METODOLOGIA	19
5	RESULTADOS ESPERADOS	21
	REFERÊNCIAS	25

1 Introdução

O povoado de São Mateus do Sul surgiu como pouso e setor de apoio às bandeiras militares lançados pelo governador da capitania de São Paulo, Dom Luiz de Souza Botelho e Mourão em 1877. São Mateus do Sul tem uma área de 1.342,633 km², tendo sua população estimada em mais de 40 mil habitantes. Estima-se que a maioria, cerca de 58% vivem na sede urbana e 42% na área rural, distribuídos em cerca de 5 mil pequenas propriedades (BRASIL, 2017). O município faz limites com as cidades de Antônio Olinto, São João do Triunfo, Mallet, Paulo Frontin, Rebouças e Rio Azul, no estado do Paraná; e com Canoinhas e Três Barras, no estado de Santa Catarina (BRASIL, 2017).

Entre as principais organizações e movimentos sociais existentes no município encontra-se: a dolescentro, associação de pais e amigos dos excepcionais, associação de proteção a maternidade e infância, hospital e maternidade Dr. Paulo forte, lar São Mateus Sul. Existem diversas entidades representativas da comunidade e lideranças comunitárias sendo alguma de elas: a prefeitura municipal, agência Regional de São Mateus do Sul, conselho municipal da política sobre drogas, câmara de dirigentes logísticos, notarias.

São Mateus do Sul expõe diversos serviços públicos do bairro fundamentalmente: o serviço de: finança, educação e cultura, saúde, obras, agricultura, meio ambiente, planejamento, esporte e turismo, assistência social, indústria e comércio e equipamentos sociais.

A renda média domiciliar per capita no São Mateus é de 650,50. O salário mínimo: 510,00 rs. Existindo a nível municipal a inclusão de renda em programas sociais entre os quais encontra-se: casa familiar rural do São Mateus do Sul e programa minha casa minha vida.

A taxa de analfabetismo é de 3,84. Em relação á alfabetização: a taxa de aprovação anos iniciais é de 95,3%, a aprovação em anos finais:90,1%, a taxa de aprovação ensino médio é de 85,2%.

Entre os principais serviços de saneamento básico no bairro se acham: serviço de zoonoses, coleta pública de lixo, limpeza das ruas, coleta adequada de desenhos biológicos, distribuição adequada de fertilizantes da indústria agropecuária, colocação de filtros na indústria Petrobrás. Sendo a taxa de cobertura de coleta de resíduos líquidos de 92,95%.

Dados populacionais

A população total é de a vila Bom Jesus é 3386 habitantes. Sendo do sexo masculino 1522 para um 44,95%. O sexo feminino está representado por 1864 mulheres correspondendo o 55,05% da população total (IBGE, 2017).

Procura pelo serviço de saúde

Em quanto a organização da agenda, no posto de saúde se tem em conta a divisão acorde os diferentes tipos de atendimento diário. Se mantém agenda programada para os grupos de pacientes que já realizam acompanhamento atendimento e devem ter as consul-

tas garantidas para melhor controle e adesão das suas doenças. Além se tem espaço para atendimento de demandas espontâneas, identificados durante o acolhimento e que necessitam da atenção durante o mesmo dia. Também tem manutenção de vagas para aqueles pacientes que necessitam consultas de retorno para apresentação de exames, reavaliação de evolução de diversas doenças. A organização deve ser o melhor para o paciente: já seja agudo ou crônico, tanto para o médico e demais profissionais integrantes de equipe de saúde.

A elaboração da lista de problemas foi feita a partir da observação ativa da autora em sua prática como médico da estratégia de saúde, assim trabalho em equipe com profissionais da saúde, membros da equipe da unidade de saúde, gestores e usuários.

As cinco queixas mais comuns na localidade são: infecções respiratórias agudas, doenças diarreicas e hipertensão arterial, aumento na incidência alcoolismo e de Diabetes Mellitus. As principais causas de mortes dos residentes da localidade se expõem a continuação: doenças do aparelho circulatório e respiratório. As doenças respiratórias e cardiovasculares constituem as principais causas de internações dos idosos residentes no bairro por ordem de prioridade.

Além das doenças e agravos apresentados acima, tem outras afecções que se destacam do ponto de vista epidemiológico na comunidade designadamente: Tabagismo: 1306; Alcoolistas: 62; Obesos: 43; Sobrepeso: 73; e Deficientes Físicos: 16.

As doenças respiratórias constituíram a primeira causa de procura pelo serviço de saúde no território, diagnosticando-se 572 casos novos incrementando-se 16,89 %, aumentando a frequência de e das taxas de internações em crianças menores de 5 anos e em adultos maiores de 60 anos. Entre as causas do problema estão tabagismo, não aleitamento materno, desconhecimentos e práticas de mães e trabalhadoras de creches relativos ao cuidado da criança com infecção respiratória, poeira domiciliar (fumaça de lenha), fungos baratas infecções recorrentes na infância, susceptibilidade individual, na comunidade existem problemas ambientais, que interveem no desenvolvimento de doenças respiratórias como: desmatamento, falta de cobertura florestal, poluição ambiental, uso de produtos químicos ocupacionais, risco tecnológico associado a transposição de gás natural, assim como temperaturas baixas.

Este problema de saúde ocasiona ausência as atividades escolares, afetação no desenvolvimento mental e físico das crianças, atenua a saúde e capacidade produtiva do trabalhador, diminui a qualidade de vida dos doentes especialmente em grupos vulneráveis: crianças e idosos.

Justificativa

Dentro das ações preconizadas pela estratégia de saúde, a educação em saúde se mostra imprescindível. Ela integra o rol de promoção e prevenção de ações em saúde. É uma prática atribuída a todos os profissionais da atenção primária à saúde.

O diagnóstico situacional elaborado pela equipe como uma das atividades de pla-

nejamento y avaliação de os serviços em saúde identificou o tabagismo como problema prioritário que necessita intervenção da equipe visto a elevada mortalidade de doenças respiratórias e cardiovasculares. De esta forma torna-se importante discorrer sobre o tabagismo e seus efeitos.

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

O presente trabalho se justifica devida a importância das estratégias de educação em saúde, em especial aos grupos de educação em saúde na atenção primaria. Vários estudos comprovam a importância da abordagem de agravos crônicos a saúde através de realização de dinâmicas de grupo (RUBIA, 2008). Ressalta-se ainda a inexistência de um grupo educativo com foco nas doenças respiratórias provocadas por o tabagismo no município São Mateus do Sul, como problema a ser enfrentado.

2 Objetivos

2.1 Objetivo Geral

Reduzir o tabagismo no território da equipe de Estratégia Saúde à Família de Bom Jesus, São Mateus do Sul, Paraná.

2.2 Objetivos Específicos

Identificar o nível de conhecimento sobre tabagismo e consumo de cigarros.

Aplicar estratégias educativas sobre o tabagismo, segundo o nível de conhecimento encontrado.

Avaliar o nível de conhecimento sobre o tabagismo depois de aplicado o programa de intervenção.

3 Revisão da Literatura

O tabagismo é reconhecido como uma doença epidêmica que causa dependência física, psicológica e comportamental semelhante ao que ocorre com o uso de outras drogas como álcool, cocaína e heroína. A dependência ocorre pela presença da nicotina nos produtos à base de tabaco. Esta doença integra o grupo dos transtornos mentais e comportamentais devidos ao uso de substância psicoativa na Revisão da Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados à Saúde (CID-10, 1997) (INCA, 2017).

No decorrer dos anos, o padrão de morbimortalidade tem 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 por transição epidemiológicas e afetou inicialmente os países de renda alta, mas posteriormente chegou aos países de renda média e baixa, sendo que nesses o processo ocorreu de maneira acelerada (RAMIS *et al.*, 2012).

O tabagismo é a principal causa global prevenível de morbidade e mortalidade. Estimativas apontarão que, em 2013, o tabaco foi responsável por 10% dos óbitos globais e projeta-se mais de oito milhões de óbitos para 2030, dos quais 83% ocorrerão nos países emergentes (INCA, 2017). Dados recentes indicam que os custos atribuíveis ao tabagismo são responsáveis por perdas de US\$ 500 bilhões ao ano devido à redução da produtividade, adoecimento e mortes prematuras (SILVA *et al.*, 2014). A evidência epidemiológica disponível aponta relação de causalidade entre o tabagismo e cerca de 50 doenças, das quais se destacam as cardiovasculares, cânceres e respiratórias. O fumo também é responsável por 29% e 18% das mortes por câncer em países desenvolvidos e emergentes, respectivamente (SILVA *et al.*, 2014).

No Brasil, o tabagismo é considerado problema de saúde pública e seu controle sistemático tem sido realizado desde 1989, quando o Ministério da Saúde (MS), por meio do Instituto Nacional de Câncer (INCA), criou o Programa Nacional de Controle do Tabagismo (PNCT), atualmente denominado Programa Nacional de Controle do Tabagismo e Outros Fatores de Risco de Câncer (PNCTOFR) e que é referência mundial. O objetivo geral do PNCTOFR é reduzir a prevalência de fumantes no Brasil e a consequente morbimortalidade por doenças relacionadas ao tabaco, com ações implementadas de forma descentralizada, utilizando o sistema de gerência do Sistema Único de Saúde (SUS) (SILVA *et al.*, 2014).

Inquéritos nacionais, embora com metodologias distintas, têm evidenciado redução da prevalência do tabagismo². Resultados de pesquisa publicada em 2016 pelo Sistema de Vigilância de Fatores de Risco e Proteção para Doenças Crônicas por Inquérito Telefônico (VIGITEL) notificou a redução de 35% na prevalência de fumantes no Brasil em 10 anos, passando de 15,7% (2006) para 10,2% (2016), sendo Curitiba o estado que apre-

sentou maior número de fumantes (14%) e Salvador o menor número (5,1%) (SAÚDE SECRETARIA DE VIGILÂNCIA EM SAÚDE, 2017).

De acordo com a Estimativa 2016: Incidência de Câncer no Brasil, foram registrados no País 596 mil novos casos de câncer em 2016. Sendo o câncer de pulmão o segundo mais representado com uma taxa de incidência no 2016 de 17,49 por 100 mil habitantes. As estimativas sobre a incidência e mortalidade decorrentes de câncer de pulmão por sexo foram 17.330 homens e 10.890 mulheres (BRASIL(B), 2017).

É perceptível que a epidemia do tabagismo tem acarretado custos sociais, econômicos e de saúde. Os recentes estudos demonstram que a interferência do tabagismo nestas áreas é grande, pois implica no desenvolvimento de estratégias governamentais no combate e controle do tabagismo. O Ministério da Saúde, através do Instituto Nacional do Câncer, possui um Programa de Tabagismo com reconhecimento internacional em função do seu pioneirismo na implantação de determinadas ações educativas, legislativas e econômicas. Vale ressaltar que este programa foi o primeiro na área de controle e combate ao tabagismo a ser estudado em um projeto-piloto da Organização Mundial da Saúde (OMS), por dois motivos específicos (CAVALCANTE; PINTO, 2015). Primeiro devido à complexidade do sistema de saúde do Brasil, que conta com uma rede descentralizada de assistência à saúde e múltiplas ações para o controle do tabagismo. Em segundo lugar, devido aos visíveis resultados do programa, dos quais o mais representativo foi a redução da prevalência do uso do tabaco na população adulta (CAVALCANTE; PINTO, 2015).

Programa Nacional de Controle do Tabagismo – PNCT

Em 1989, o Ministério da Saúde assumiu, por intermédio do INCA, a organização do Programa Nacional de Controle do Tabagismo, que está inserido na Política Nacional de Promoção da Saúde. O objetivo geral do programa é reduzir a prevalência de fumantes e a conseqüente morbimortalidade relacionada ao consumo de derivados de tabaco no Brasil e tem como meta alcançar dois grandes objetivos específicos (BRASIL, 2011). O primeiro refere-se à redução da iniciação do tabagismo, principalmente entre jovens, o que supõe o investimento em ações educativas e legislativas. O segundo objetivo diz respeito a aumentar a cessação de fumar entre aqueles que se tornaram dependentes e, como consequência, proteger a população dos riscos do tabagismo passivo (BRASIL, 2011). Para tanto, é necessária a oferta do tratamento do tabagismo. Para alcançar os objetivos expressos, o programa está estruturado em estratégias e ações específicas. Dentre as estratégias estão a descentralização, a intersetorialidade e a parceria com a sociedade civil organizada. No que se refere à descentralização das ações, segue-se a lógica do SUS através das secretarias estaduais e municipais de saúde. Devido à extensão territorial do Brasil e suas diferenças regionais, a descentralização foi a estratégia utilizada para garantir a expansão das ações do programa em todo país (BRASIL, 2011).

Através destas estratégias, o PNCT desenvolve três grupos de ação, a saber: educativas, promoção e apoio à cessação de fumar e mobilização de medidas legislativas e econômicas

para controle do tabaco. As ações educativas estão divididas em atividades pontuais e contínuas. As ações pontuais referem-se às campanhas nas datas específicas (Dia Mundial sem tabaco, em 31 de maio, e dia Nacional de Combate ao tabagismo, em 29 de agosto).

A segunda ação do programa está direcionada ao apoio à cessação de fumar, cujo objetivo é motivar os fumantes a deixarem de fumar e possibilitar o acesso ao tratamento. O terceiro e último grupo de ações do PNCT refere-se às ações legislativas e econômicas. O INCA tornou-se referência nacional para elaboração de pareceres técnicos utilizados na criação de políticas de combate ao tabagismo, tanto de cunho legislativo quanto econômico (BRASIL, 2011).

O avanço legislativo no Brasil e o pioneirismo das ações do PNCT nas políticas de controle do tabagismo renderam ao país reconhecimento internacional. O destaque fica para a legislação sobre publicidade e propaganda, além das restrições do fumo em locais públicos e privados. O quadro a seguir apresenta algumas das principais medidas legislativas relacionadas ao tabagismo, selecionadas em ordem cronológica, para evidenciar a evolução desta política no país (INCA(B), 2017).

Legislações relacionadas ao controle do tabaco e do tabagismo

Quadro 1: Legislação brasileira para controle do tabaco (INCA(B), 2017)

O tabagismo é um assunto de saúde pública de grande importância, pois tem influência na gênese de várias doenças. O seu controle depende de fatores políticos, sociais, econômicos e culturais. A intervenção nesta temática é de grande relevância pois tem implicações direta e indiretas nas taxas de morbimortalidade, qualidade de vida da população, e nos gastos de SUS.

MEDIDAS LEGISLATIVAS	DESCRIÇÃO
Lei 7488 (11/06/1986)	Cria o Dia Nacional de combate ao Fumo: “29 de agosto.”
Constituição da República Federativa do Brasil. (05/10/1988)	Determina que a publicidade de tabaco estará sujeita a restrições e conterà advertências sobre malefícios.
Lei 8069 (13/07/1990) – Estatuto da criança e do adolescente	Proíbe vender ou entregar à criança ou adolescente produtos cujos componentes possam causar dependência física ou psíquica.
Portaria Interministerial 477 (24/03/1995)	Recomenda às emissoras de TV que evitem transmissão de imagens em que apareçam personalidades fumando e recomenda que órgãos vinculados ao SUS recusem patrocínio das indústrias de tabaco
Lei 9294 (15/07/1996)	Proíbe o uso de cigarros e qualquer produto derivado de tabaco em recinto coletivo privado ou público. Permite o tabagismo em fumódromos (áreas destinadas exclusivamente ao fumo e adaptadas para tal).
Lei 9782 (27/12/1999) – Define o Sistema Nacional de Vigilância Sanitária	Cria a ANVISA. Dentre outras funções, é responsável pela regulamentação, controle e fiscalização dos cigarros, cigarrilhas, charutos e qualquer outro produto derivado do tabaco.
Lei 10167 (27/12/2000)	Altera a lei 9294/96, proibindo a venda por via postal, distribuição de amostra ou brinde e comercialização em estabelecimentos de ensino e saúde.
Lei 10167 (27/12/2000)	Altera a lei 9294/96, proibindo a participação de crianças e adolescentes na publicidade de produtos derivados do tabaco
Lei 10167 (27/12/2000)	
Portaria do Ministério do Trabalho n° 06 (05/02/2001)	Proíbe o trabalho de menores de 18 anos na colheita, beneficiamento ou industrialização do fumo.
Resolução da ANVISA n° 46 (28/03/2001)	Estabelece teores máximos permitidos de alcatrão, nicotina e monóxido de carbono na corrente primária da fumaça do cigarro em 10mg/cig., 1mg/cig., 10mg/cig. Proíbe utilização, nas embalagens, e publicidade de descritores: baixo teor, light, soft, leve, dentre outros, que levem a interpretação equivocada por parte do consumidor.
Resolução do Banco Central do Brasil n° 2833 (05/04/2001)	Fica vedada a concessão de crédito público a atividades relacionadas com a produção de fumo no âmbito da PRONAF (Programa Nacional de Fortalecimento da Agricultura Familiar), em parceria ou integração com indústria do tabaco.
Resolução da ANVISA n° 15 (17/01/2003)	Proíbe a venda de produtos derivados do tabaco na internet.
Lei n° 10702	Proíbe a venda de produtos derivados de tabaco a menores

4 Metodologia

Se realizou o diagnóstico situacional do problema, mediante o registro na UBS e em fontes secundarias como o Sistema de Informação da Atenção Básica (SIAB), Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), Instituto Nacional do Câncer José Alencar Gomes da Silva (INCA), entrevistas com informantes-chaves da comunidade e observação ativa da área pelos membros da equipe, especialmente os agentes comunitários de saúde.

Após a realização do diagnóstico situacional, iniciou-se a construção do plano de ação mediante as reuniões da equipe, verificando os principais problemas da comunidade, priorizando a questão do tabagismo. A partir de desse detalhamento se iniciou o planejamento para operacionalização das estratégias de enfrentamento. Posteriormente se analisou os recursos financeiros, organizacionais, cognitivos, para realização de ações propostas.

Para a fundamentação teórica deste trabalho foi feita pesquisa bibliográfica na modalidade de revisão da literatura nos seguintes bancos de dados: Scielo, Lilacs, Medline. Se aplicaram os seguintes descritores no título, abstract ou corpo de artigo: tabagismo, planejamento em saúde, saúde da família, prevenção em saúde. Sendo selecionadas publicações em português, no período 2012-2016, abordando a temática em estudo. Também foram utilizados manuais do Ministério de Saúde e Organização Mundial da Saúde. Excluindo-se publicações que não tratam exclusivamente a temática, assim como aqueles indisponíveis ou repetidos.

A população alvo são os usuários fumantes que frequentam a instituição.

Seleção de nós críticos

Os nós críticos são os fatores com relação causal estabelecida sobre o problema. A ação sobre esses fatores aumenta a chance de uma intervenção mais efetiva. Os seguintes nós críticos foram identificados no enfrentamento do problema:

- Dependência do tabaco: gerando dificuldade para a cessação.
- Hábitos de vida não saudável.
- Desinformação a respeito das consequências do tabagismo, influencia individual, familiar, social e ambiental.
- Transtornos psiquiátricos como ansiedade e depressão que podem levar ao tabagismo ou impossibilitar a cessação naqueles que fumam.

Tabela: Desenho Operacional

Opera- ção	Resultado	Ações	Responsável	Prazo
Mais in- formação	Criar cultura de autocuidado	Ações de educação a população (palestras)	Médicos Enfermeiras Agentes comunitários de saúde	3 se- ma- nas
Saúde para você	Captar maior número de fumantes na área de abrangência	Reuniões com a comunidade Busca ativa (visita domiciliaria)	Técnica de enfermagem Agentes comunitários de saúde	2 se- ma- nas
Conhecer e vencer obstácu- los	Esclarecer principais duvidas Conhecer principais dificuldades a serem enfrentadas	Reuniões entre os participantes do grupo Consultas individuais	Medico Enfermeira Psicólogo (NASF)	3 se- ma- nas

5 Resultados Esperados

O tabagismo caracteriza-se como um problema de saúde, associado a causa de diversas doenças. Por esse motivo compreendesse que precisa ser combatido com o propósito de reduzir os casos já existentes e impedir o surgimento de outros novos.

Na vila Bom Jesus do município São Mateus do Sul o tabagismo foi identificado como o principal problema de saúde após de ser realizado o diagnóstico situacional, foi feito o projeto de intervenção para reduzir o tabagismo e os danos que este hábito provoca.

Entre os resultados encontramos que a maior representação da população fumante foi do sexo masculino, com faixa etária entre os 20 – 59 anos, segundos de os homens que se encontravam entre os 15- 19 anos (Tabela 2).

Na tabela 3, pode-se observar que o 75,42 % referiram haver iniciado o tabagismo entre os 15 -19 anos sendo o sexo masculino a de maior representação com 61,26 %. O 71,21 % da população fumante mencionaram que a quantidade de cigarros fumados diariamente superava as 20 unidades diárias. O 61,26 % correspondeu ao sexo masculino, o 9,95 % correspondeu ao sexo feminino (Tabela 4).

Tabela 1. Dado populacional acordo sexo e faixa etária. Vila Bom Jesus. São Mateus do Sul. 2017

Tabela 2. População fumante acordo sexo e faixa etária

Tabela 3. Idade de iniciação ao tabagismo acordo sexo

Tabela 4. Quantidade de cigarros fumados diariamente acordo sexo

Tabela 5. Tentativa de deixar de fumar nos últimos 12 meses segundo o sexo

Em relação a tentativa de deixar de fumar o maior por cento da população feminina (15,31%) confirmou nenhuma tentativa para abandonar o tabagismo, a diferença do sexo

População por faixa etária e sexo			
Faixa etária	Sexo Feminino	Sexo Masculino	Total
	4	21	25
1-4	10	63	73
5-9	21	135	156
10-14	25	235	260
15-19	68	370	438
20-59	1281	925	2206
60-79	58	90	148
+80	55	25	80
Total	1522	1864	3386

Faixa etária	Sexo feminino		Sexo masculino		Total	
	N	%	N	%	N	%
15-19 anos	25	1,92	150	11,49	175	13,41
20-59 anos	190	14,54	790	60,49	980	75,03
69-79 anos	34	2,60	85	6,51	119	9,11
Mais 80 anos	20	1,53	12	0,92	32	2,45
Total	269	20,59	1037	79,41	1306	100

Idade de iniciação	Sexo feminino		Sexo masculino		Total	
	N	%	N	%	N	%
15-19 anos	185	14,16	800	61,26	985	75,42
20-59 anos	84	6,43	227	17,38	311	23,81
Mais de 60 anos	_____	_____	10	0,77	10	0,77
Total	269	20,59	1037	79,41	1306	100

Quantidade de cigarros fumados diariamente	Sexo feminino		Sexo masculino		Total	
	N	%	N	%	N	%
1-10 cigarros	10	0,77	_____	_____	10	0,77
11-20 cigarros	129	9,87	237	18,15	366	28,02
Mais de 20 cigarros	130	9,95	800	61,26	930	71,21
Total	269	20,59	1037	79,41	1306	100

Tentativa	Sexo feminino		Sexo masculino		Total	
	N	%	N	%	N	%
Sim	69	5,28	800	61,26	869	66,54
Não	200	15,31	237	18,15	437	33,46
Total	269	20,59	1037	79,41	1306	100

Conhecimento antes da intervenção	Sexo feminino		Sexo masculino		Total	
	N	%	N	%	N	%
Desconhecedores	150	11,48	587	44,95	737	56,43
Conhecedores	119	9,11	450	34,46	569	43,57
Total	269	20,59	1037	79,41	1306	100

Conhecimento Depois da intervenção	Sexo feminino		Sexo masculino		Total	
	N	%	N	%	N	%
Desconhecedores	15	1,14	25	1,92	40	3,06
Conhecedores	254	19,45	1012	77,49	1266	96,94
Total	269	20,59	1037	79,41	1036	100

masculino que o maior por cento afirmou ter tentativa de abandono ao tabagismo (Tabela 5)

Antes da intervenção o 56,43% foi classificada como desconhecedores, correspondendo o 44,95% ao sexo masculino, o sexo feminino esteve representado por 11,48%. (Tabela 6)

Tabela 6. Conhecimentos em relação ao tabagismo antes da intervenção

Tabela 7. Conhecimentos em relação ao tabagismo depois da intervenção

Na tabela 7, mostra-se os resultados dos conhecimentos em relação ao tabagismo após a intervenção. Mostrando-se um aumento no por cento (96,24) de população conhecedora tabagismo e riscos, sendo o sexo masculino o maior representado (77,49 %), o sexo feminino também mostrou aumento na porcentagem para um 19,45 %.

Com base neste estúdio concluiu-se a maior representação da população fumante foi do sexo masculino, com faixa etária entre os 20 – 59 anos. O maior por cento referiu haver iniciado o tabagismo entre os 15 -19 anos sendo o sexo masculino a de maior representação. A quantidade de cigarros fumados diariamente superava as 20 unidades diárias. Em relação a tentativa de deixar de fumar o maior por cento da população feminina confirmou nenhuma tentativa para abandonar o tabagismo, a diferença do sexo masculino que o maior por cento afirmou ter tido tentativa de abandono ao tabagismo. Antes da intervenção a maioria dos fumantes foram classificados como desconhecedores, posteriormente se mostrou um aumento no nível do conhecimento tanto do sexo masculino como feminino.

Consideramos que deve se intensificar a nível municipal estratégias de combate ao tabagismo entre diferentes setores sociais, governamentais e não governamentais os quais tem sucesso no combate ao tabagismo.

Referências

- BRASIL, M. da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Análise de Situação de S. *Plano de Ações Estratégicas para o Enfrentamento das Doenças Crônicas não Transmissíveis (DCNT) no Brasil 2011-2022*. Brasília: Ministério da Saúde, 2011. Citado 2 vezes nas páginas 16 e 17.
- BRASIL, P. de São Mateus do S. *Geografia*. 2017. Disponível em: <<http://www.saomateusdosul.pr.gov.br/o-municipio/geografia/>>. Acesso em: 06 Set. 2017. Citado na página 9.
- BRASIL(B), M. de S. *Instituto Nacional de Câncer José Alencar Gomes da Silva. Estimativa de Câncer no Brasil*. 2017. Disponível em: <<http://www.inca.gov.br/estimativa/2016/estimativa-2016-v11.pdf>>. Acesso em: 16 Nov. 2017. Citado na página 16.
- CAVALCANTE, T.; PINTO, M. Considerações sobre tabaco e pobreza no brasil: consumo e produção de tabaco. In: BRASIL, M. da Saúde. Organização Panamericana de S. (Ed.). *Tabaco e Pobreza, um círculo vicioso – a Convenção Quadro para Controle do Tabaco: uma resposta*. Brasília: Ministério da Saúde, 2015. p. 97–136. Citado na página 16.
- IBGE. *Infográfico. Dados gerais do Município*. 2017. Disponível em: <<https://cidades.ibge.gov.br/painel/painel.php?codmun=410315>>. Acesso em: 13 Set. 2017. Citado na página 9.
- INCA, I. N. de C. *Programa Nacional de Controle al Tabagismo*. 2017. Disponível em: <http://www2.inca.gov.br/wps/wcm/connect/acoes_programas/site/home/nobrasil/programa-nacional-controle-tabagismo/tabagismo>. Acesso em: 17 Nov. 2017. Citado na página 15.
- INCA(B), M. de Saúde. Instituto Nacional de Câncer José Alencar Gomes da S. *Legislações relacionadas ao controle do tabaco e do tabagismo*. 2017. Disponível em: <http://www2.inca.gov.br/wps/wcm/connect/acoes_programas/site/home/nobrasil/programa-nacional-controle-tabagismo/legislacao>. Acesso em: 10 Nov. 2017. Citado na página 17.
- RAMIS, T. R. et al. Tabagismo e consumo de álcool em estudantes universitários: prevalência e fatores associados. *Revista Brasileira de Epidemiologia*, p. 376–385, 2012. Citado na página 15.
- RUBIA, K. Abordagem em grupo na atenção primária: o caso do “grupo do colesterol” do centro de saúde escola de botucatu. Botucatu, n. 131, 2008. Curso de Programa de Pós Graduação em Saúde Coletiva, Universidade Estadual Paulista Júlio de Mesquita Filho - UNESP. Citado na página 11.
- SAÚDE SECRETARIA DE VIGILÂNCIA EM SAÚDE, D. d. V. d. D. e. A. n. T. e. P. d. S. B. Ministério da. *Vigitel Brasil 2016: vigilância de fatores de risco e proteção para doenças crônicas por inquérito telefônico: estimativas sobre frequência e distribuição*

sociodemográfica de fatores de risco e proteção para doenças crônicas nas capitais dos 26 estados. Brasília: Ministério da Saúde, 2017. Citado na página 15.

SILVA, S. T. da et al. Combate ao tabagismo no brasil: a importância estratégica das ações governamentais. *Ciência Saúde Coletiva*, p. 539–552, 2014. Citado na página 15.