

**UNIVERSIDADE FEDERAL DE MINAS GERAIS  
CURSO DE ESPECIALIZAÇÃO EM GESTÃO DO CUIDADO EM SAÚDE DA  
FAMÍLIA**

**ANDRÉ FERNANDO TEIXEIRA**

**PROPOSTA DE INTERVENÇÃO DE UMA EQUIPE DE SAÚDE DA  
FAMÍLIA PARA INTENSIFICAÇÃO DA LUTA CONTRA O  
TABAGISMO**

**JUIZ DE FORA / MG**

**2018**

**ANDRÉ FERNANDO TEIXEIRA**

**PROPOSTA DE INTERVENÇÃO DE UMA EQUIPE DE SAÚDE DA  
FAMÍLIA PARA INTENSIFICAÇÃO DA LUTA CONTRA O  
TABAGISMO**

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

Orientador: Professora Thabata Coaglio Lucas.

**JUIZ DE FORA / MG**

**2018**

**ANDRÉ FERNANDO TEIXEIRA**

**PROPOSTA DE INTERVENÇÃO DE UMA EQUIPE DE SAÚDE DA  
FAMÍLIA PARA INTENSIFICAÇÃO DA LUTA CONTRA O  
TABAGISMO**

**Banca examinadora**

Examinador 1: Professora Thabata Coaglio Lucas – UFVJM

Examinador 2 – Professora Maria Dolôres Soares Madureira – UFMG

Aprovado em Belo Horizonte, em        de        de 2018.

## DEDICATÓRIA

Dedico este trabalho à minha esposa Rayane Teixeira, à minha mãe Maria Catarina Mafra e às minhas tias Maria José e Cida.

## **AGRADECIMENTOS**

Agradeço profundamente aos meus colegas de equipe da ESF Santana de Sericita, aos meus professores e tutores do curso de Especialização em Gestão do Cuidado em Saúde da Família, assim como todos os colaboradores do NESCON – UFMG e a minha orientadora Thabata Coaglio Lucas.

*“Quando alguém cair em erro, estendamos os braços em socorro do irmão equivocado, evitando a crítica que apenas precipita a quedas maiores. Lembremos que amanhã poderá ser nossa vez de cair também.”*

Bezerra de Menezes

## RESUMO

No território da Equipe de Saúde da Família Santana de Sericita/MG há proeminência de diversos problemas de saúde pública, sendo o tabagismo o problema prioritário, pois apresenta prevalência considerável de fumantes ativos. Objetivou-se propor uma intervenção para a Equipe de Saúde da Família para intensificação da luta contra o tabagismo no distrito de Santana, localizado no município de Sericita/MG. A elaboração da proposta baseou-se no método do Planejamento Estratégico Situacional com participação ativa de todos os membros da equipe. Os nós críticos estabelecidos para o problema foram: representação social positiva do hábito de fumar, capacidade elevada do tabaco em causar dependência, facilidade no acesso aos produtos que contêm a substância, primeiros contatos com o “fumo” e exposição dos jovens a ele, pouca informação a respeito dos meios de tratamento do tabagismo. Para cada um deles houve uma operação estratégica específica, elas se tangenciavam e se complementavam visando os seguintes resultados esperados: diminuição do contato e do estímulo entre o paciente e a vontade de fumar, entendimento pela população de que o hábito de fumar é prejudicial à saúde, tornar os tabagistas mais capazes de vencer a dependência à nicotina, atingir índice de abstinência satisfatório aos pacientes que procurarem a unidade de saúde, vislumbrando a cessação do tabagismo.

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

## **ABSTRACT**

In the territory of Family Health Team Santana de Sericita/MG there is a prominence of several public health problems, smoking being the priority problem, since it presents a considerable prevalence of active smokers. The objective was to propose an intervention for the Family Health Team to intensify the fight against smoking in the Santana district, located in the municipality of Sericita / MG. The preparation of the proposal was based on the Strategic Situational Planning method with active participation of all team members. The critical nodes established for the problem were: positive social representation of smoking, high tobacco dependence, easy access to products containing the substance, first contact with "smoking" and exposure of young people to it, few information about the means of treatment of smoking. For each of them there was a specific strategic operation, they were tangential and complementary to the following expected results: decreased contact and stimulation between the patient and the will to smoke, understanding by the population that smoking is harmful to health, to make smokers more capable of overcoming nicotine dependence, to achieve a satisfactory abstinence rate for patients who seek the health unit, with a view to cessation of smoking.

Key words: Smoking Prevention. Family Health Strategy. Smoking Cessation.

## LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

ABS	Atenção Básica à Saúde
ACS	Agente Comunitário de Saúde
APS	Atenção Primária à Saúde
CAPS	Centro de Atenção Psicossocial
DM	Diabetes melito
ESF	Estratégia Saúde da Família
INCA	Instituto Nacional de Câncer
NASF	Núcleo de Apoio à Saúde da Família
OMS	Organização Mundial da Saúde
OPAS	Organização Panamericana de Saúde
PSF	Programa Saúde da Família
UBS	Unidade Básica de Saúde
PNCT	Programa Nacional de Controle do Tabagismo
PTA	Poluição Tabagística Ambiental
SUS	Sistema Único de Saúde
UBS	Unidade Básica de Saúde

## SUMÁRIO

<b>1 INTRODUÇÃO</b>	11
1.1 Breves informações sobre o município de Sericita - MG	11
1.2 O sistema municipal de saúde	11
1.3 A Equipe de Saúde da Família de Santana de Sericita, seu território e sua população	12
1.4 Estimativa rápida: problemas de saúde do território e da comunidade (primeiro passo)	13
1.5 Priorização dos problemas (segundo passo)	15
<b>2 JUSTIFICATIVA</b>	16
<b>3 OBJETIVOS</b>	18
3.1 Objetivo geral	18
3.2 Objetivos específicos	18
<b>4 METODOLOGIA</b>	19
<b>5 REVISÃO BIBLIOGRÁFICA</b>	21
5.1 O Hábito de fumar tabaco e seus malefícios	21
5.2 A importância das políticas de governo no consumo do tabaco	22
5.3 A abordagem do tabagismo na APS	24
5.4 Envolvimento de outros setores da sociedade	26
<b>6 PLANO DE INTERVENÇÃO</b>	27
6.1 Descrição do problema selecionado (terceiro passo)	27
6.2 Explicação do problema (quarto passo)	27
6.3 Seleção dos nós críticos (quinto passo)	30
6.4 Desenho das operações (sexto passo)	31
<b>7 CONSIDERAÇÕES FINAIS</b>	36
<b>REFERÊNCIAS</b>	37

## **1 INTRODUÇÃO**

### **1.1 Breves informações sobre o município de Sericita-MG**

Sericita, antigo distrito subordinado ao município de Abre-Campo, tornou-se município em 30 de dezembro de 1962 (SERICITA, 2017). Sericita/MG possui um clima bem definido pelas estações, quente no verão e muito frio no inverno, pertence ao Parque Estadual Serra do Brigadeiro, e à Bacia do Rio Doce, e o Ribeirão Santana, que banha a sede municipal, é o principal em sua hidrografia. As cidades vizinhas são Abre-Campo, Pedra-Bonita, Araponga, Jequeri (SERICITA, 2017).

A economia da cidade é baseada na produção de café predominantemente, não há indústrias na cidade, o que torna a cidade muito dependente do escoamento desse produto. A grande maioria dos trabalhadores são lavradores, com poucas fazendas investindo na produção de outros vegetais e na pecuária, principalmente bovina, destinada basicamente ao consumo interno do município.

De acordo com os registros das equipes da Estratégia Saúde da Família (ESF) da cidade o índice de analfabetismo é de cerca de 15% entre os adultos do município.

### **1.2 O sistema municipal de saúde**

Na área da saúde apesar da construção recente de duas novas unidades e implantação de novas equipes de saúde da família, ainda se verifica uma sobrecarga da Unidade Básica de Saúde (UBS) mais antiga uma vez que esta possui a maior oferta de serviços para condições agudas. O município não possui pronto-atendimento 24h/dia, sendo que a partir das 17 horas, os pacientes são transportados aos hospitais dos municípios vizinhos, através de convênios firmados entre a prefeitura e estas instituições.

Os atendimentos médicos em algumas áreas especializadas, como a Cardiologia e a Ginecologia, geralmente são oferecidos dentro das UAPS e do UBS em alguns dias da semana, o município não firmou ainda nenhuma participação em consórcio intermunicipal de saúde.

Tal fato, torna o acesso a outras especialidades dependente do custeio por parte do paciente ou, em alguns casos selecionados, pelo custeio com recursos da prefeitura há o direcionamento de atendimentos na área de saúde mental ao Centro de Atenção Psicossocial (CAPS) de Abre Campo – MG. A atenção hospitalar é predominantemente fornecida pelo Hospital Arnaldo Gavazza da cidade de Ponte Nova - MG. A farmácia municipal oferece a maioria das medicações destinadas às condições mais prevalentes na comunidade.

### **1.3 A Equipe de Saúde da Família de Santana de Sericita, seu território e sua população**

A comunidade de Santana de Sericita é um vilarejo localizado a cerca de 6 km da zona urbana da cidade de Sericita. A população cadastrada na ESF atualmente é 1872 pessoas, dados de outubro de 2017. É composta por uma área urbanizada, que possui cerca de 169 casas, onde vivem cerca de 400 pessoas, é composta ainda por vários povoados. Os principais são Bicuíba, Funil, Boa Vista, Fundo, Roça Alegre, Cachoeiro, Córrego dos Pintos, Córrego dos Fagundes, Lagoa, Carapina e Cabeceira de Santana. Há ainda localidades próximas, Estouro e São Vicente, que pertencem ao município de Jequeri, porém seus moradores buscam a maioria dos serviços em Santana.

De forma geral o povoado e suas adjacências apresentam boa infraestrutura, as estradas apesar de apresentarem trechos de morros íngremes são largas e sempre recebem manutenções, desta forma a unidade tem localização estratégica pois pode ser acessada sem grandes dificuldades pelos moradores.

A unidade sede da equipe foi inaugurada no dia 31/07/2015, apresenta estrutura ampla e estruturada, seu expediente é de 7h às 17h, de segunda a sexta-feira, sendo oferecido atendimento médico neste período de segunda a quinta-feira e atendimento odontológico pela manhã em todos os 5 dias. A prefeitura de Sericita disponibiliza uma ambulância e motorista 24horas/dia para socorrer e transportar pacientes e funcionários pela comunidade e até mesmo aos hospitais de outras cidades conforme a necessidade. A maioria dos integrantes da equipe são

moradores da comunidade, aqueles que não os são vivem na zona urbana de Sericita.

A população assim como a do restante do município vive sob grande influência religiosa, há uma igreja católica e outros 4 centros religiosos, existe ainda a praça central rodeada por alguns estabelecimentos comerciais, principalmente botecos e mercearias, um campo de futebol, quadra poliesportiva e um cemitério. Não há farmácias e lojas no vilarejo. Na tabela 1 está exposta a estrutura etária da população de Santana de Sericita e na tabela 2 o percentual de analfabetos em cada microárea do território.

**Tabela 1: Estrutura demográfica da população de Santana de Sericita**

FAIXA ETÁRIA	MASCULINO	FEMININO	TOTAL
0-19 ANOS	261	272	533 – <b>28,5%</b>
20-39 ANOS	200	353	553 – <b>29,5%</b>
40-59 ANOS	163	232	395 – <b>21,1%</b>
60 ANOS OU +	165	226	391 – <b>20,9%</b>
<b>TOTAL</b>	<b>789 – 42,1%</b>	<b>1083 – 57,9%</b>	<b>1872</b>

Fonte: Registro da equipe ESF Santana de Sericita (outubro/2017)

**Tabela 2: População analfabeta (maiores de 15 anos)**

Microarea	Percentual de analfabetos
1	8%
2	14%
3	7,1%
9	11,5%
18	13,5%
<b>TOTAL</b>	<b>9,5%</b>

Fonte: Registro da equipe ESF Santana de Sericita (outubro/2017)

#### **1.4 Estimativa rápida: problemas de saúde do território e da comunidade**

No planejamento estratégico do trabalho de uma equipe de saúde da família (ESF) depara-se dia após dia com diversos problemas e desafios. Para o enfrentamento de cada um da forma mais abrangente possível existe a necessidade de utilização de um método de Estimativa Rápida, o que pode ser considerado relativamente fácil

quando a equipe conhece e tem proximidade com a realidade da comunidade e do território de abrangência dessa ESF.

De acordo com Campos, Faria e Santos (2010) a Estimativa Rápida propicia de forma ágil a elaboração de um plano de ação para que de forma gradual e estruturada sejam tomadas decisões e realizadas ações que levarão à resolução do maior número de problemas com maior efetividade e eficiência. Coletar dados, obter informações e envolver a população na realização são os princípios básicos da Estimativa Rápida, desse modo identificar situações de saúde individuais e coletivas que servirão de referência para definir as intervenções e ações para melhoria da condição de saúde da comunidade.

Na comunidade e território de abrangência da ESF onde trabalho, ESF Santana de Sericita-MG, posso destacar a proeminência de diversos problemas, a maioria deles comum a quase totalidade das equipes de nosso país, a alta prevalência de hipertensos, diabéticos, dislipidêmicos, ou portadores de um conjunto destas, a Síndrome Metabólica, o número elevado de analfabetos entre idosos e adultos de meia idade, a alta ocorrência de pessoas fazendo uso de psicofármacos, doenças musculoesqueléticas crônicas (exemplo: cervicalgia e lombalgia) e traumatológicas, crianças vítimas de negligência aos cuidados básicos, com destaque para problemas dentários. Questões logísticas e sócio-econômicas, como falta de transporte público e grande parcela da população trabalhando na informalidade, o que é típico de áreas rurais como a minha, existência de áreas de risco alto de transmissão vetorial.

Dentre os maiores problemas destaco o alto grau de consumo de bebidas alcoólicas, entorpecentes e uma prevalência muito alta de tabagismo entre os adultos. Na comunidade foi verificada uma prevalência de 15,3% do hábito de fumar. (Registro da equipe ESF Santana de Sericita, 2017)

## 1.5 Priorização dos problemas

Baseado no método de estimativa rápida pode ser realizada uma classificação ilustrada no quadro 1, a seguir, dos principais problemas no contexto do processo de trabalho da ESF Santana de Sericita.

<b>Quadro 1: Classificação de prioridade para os problemas identificados no diagnóstico da comunidade adscrita à ESF Santana de Sericita, município de Sericita, MG.</b>				
<b>Problemas</b>	<b>Importância*</b>	<b>Urgência**</b>	<b>Capacidade de enfrentamento***</b>	<b>Seleção/Priorização****</b>
Alta prevalência de Tabagismo	Alta	6	Total	1
Alta prevalência de Síndrome Metabólica	Alta	5	Parcial	2
Uso abusivo de bebidas alcóolicas	Alta	5	Parcial	3
Áreas com risco de transmissão vetorial	Alta	4	Parcial	4
Uso abusivo de psicofármacos	Alta	4	Parcial	4
Alta taxa de analfabetismo	Alta	2	Fora	5
Alta taxa de trabalho na informalidade	Alta	2	Fora	5

Fonte: ESF Santana de Sericita ( Outubro/2017)

\*Alta, média ou baixa

\*\* Total dos pontos distribuídos até o máximo de 30

\*\*\*Total, parcial ou fora

\*\*\*\*Ordenar considerando os três itens

Uma vez verificada a existência de diversos problemas a serem resolvidos dentro do contexto da comunidade e do processo de trabalho da ESF foi inferido que aquele com maior potencial de resolução e que traria grandes benefícios aos indicadores de saúde e do bem-estar na comunidade seria o combate ao tabagismo.

Sabe-se que existem diversas maneiras de realizar as ações visando ao controle do tabagismo e foi constatado após as discussões envolvendo toda equipe, que havia a possibilidade de enfrentamento desse problema.

## 2 JUSTIFICATIVA

“O tabagismo é uma das principais causas evitáveis de mortes precoces e de desigualdade em saúde no mundo” (FIGUEIREDO *et al.* 2017). “Estima-se que 7,2 milhões de pessoas em nível global e 156.200 pessoas no Brasil morram a cada ano devido a doenças associadas ao fumo ativo e passivo, e estas mortes concentram-se entre os mais vulneráveis e pobres” (GBD, 2015 *apud* FIGUEIREDO *et al.*, 2017).

“Além de prejuízos à saúde, o tabaco causa impactos expressivos no orçamento doméstico, dado que essa renda poderia ser aplicada para atender a outras necessidades mais urgentes na unidade familiar” (BAZOTTI *et al.*, 2016). “Indivíduos mais pobres fumam mais e, para estes, o dinheiro gasto com tabaco representa um alto custo de oportunidade, deixando de ser investido em bens cruciais como alimentação, saúde e educação” (BAZOTTI *et al.*, 2016).

Considerando o caráter crônico do tabagismo e sua importância como fator de risco e/ou causa de inúmeras enfermidades vê-se a validade que tem a intensificação do combate ao hábito de fumar na comunidade de atuação da ESF Santana de Sericita da qual faço parte, uma vez que 15,3% da população declarou-se como tabagista ativo, percentual semelhante ao que acontece no Brasil de acordo com dados da Pesquisa Nacional de Saúde, realizada pelo IBGE (BRASIL, 2013).

No Sistema Único de Saúde (SUS),

o tratamento do tabagismo é feito por meio da abordagem cognitivo-comportamental e apoio medicamentoso, quando indicado. A abordagem cognitivo-comportamental associa intervenções cognitivas com treinamento de habilidades comportamentais, sendo muito utilizada no tratamento das dependências (BRASIL, 2001 *apud* SILVA *et al.*, 2014, p.544).

Sabe-se que o médico de família tem protagonismo no controle do tabagismo na comunidade que assiste, devendo agir tanto na prevenção, primária especialmente, orientando inclusive as crianças no contexto de puericultura, oferecendo também orientação aos tabagistas passivos e principalmente na investigação e no tratamento dos tabagistas.

A tarefa de combate ao tabagismo compreende diversas ações em vários segmentos da sociedade, desde a ação fora da unidade com campanhas e propagandas passando pela parceria com meios de fiscalização de locais onde é proibido fumar e chegando ao contexto do trabalho direto da equipe da ESF. A forma de abordagem pode ser nas modalidades individual e coletiva, apesar de alguns estudos demonstrarem que a abordagem em grupo tem maior efetividade, cada paciente tem suas características e por isso o método de aconselhamento para cada caso varia de paciente para paciente.

De maneira clara podemos dizer que senão todos, quase todos os recursos para essa intervenção estão ao alcance de nossa equipe e por esse motivo foi visto como problema prioridade no processo de trabalho de nossa equipe ESF.

## **2 OBJETIVOS**

### 2.1 Objetivo geral:

Propor uma intervenção para a Equipe de Saúde da Família para intensificação da luta contra o tabagismo no distrito de Santana, localizado no município de Sericita/MG.

### 2.2 Objetivos específicos:

- 1) Realizar ações educativas visando a diminuição do tabagismo na área de abrangência da ESF Santana de Sericita/MG.
- 2) Avaliar se as ações educativas foram efetivas por meio da mudança do modo de agir da população adstrita perante o hábito de fumar.

#### 4 METODOLOGIA

A metodologia envolveu uma revisão de literatura e elaboração do plano de intervenção. Foi utilizado o Método Simplificado do Planejamento Estratégico Situacional-PES conforme exposto na Unidade Didática 1 do Módulo 3 de Planejamento e Avaliação em ações de Saúde para determinar o problema, os nós críticos e as ações (CAMPOS; FARIA; SANTOS, 2010).

A elaboração do plano de intervenção foi realizada após participação de toda a equipe da ESF em pesquisas de campo e consultas ao SIAB (Sistema de Informação de Atenção Básica) realizadas nos meses de setembro e outubro de 2017.

Foi realizada uma revisão de literatura, no período entre dezembro de 2017 a julho de 2018. Foram pesquisadas as seguintes bases de dados: Literatura Latino-Americana em Ciências da Saúde (LILACS), *Medical Literature and Retrieval System Online* (Medline), *Índice Bibliográfico Español en Ciencias de la Salud* (Ibecs) e a Base de Dados em Enfermagem (BDENF). Empregaram-se os seguintes Descritores em Ciências da Saúde (DeCS): Prevenção do Hábito de Fumar, Estratégia Saúde da Família, Abandono do Hábito de Fumar. Também foram realizadas consultas em Manuais e Documentos do Ministério da Saúde e Organização Mundial e Panamericana de Saúde, como por exemplo: Estratégia e plano de ação para fortalecer o controle do tabagismo na região das Américas 2018-2022 (OPAS, 2017) e A economia do tabaco e o controle do tabaco: em colaboração com a Organização Mundial da Saúde (INCA, 2017).

Diante desta revisão e a descrição do problema selecionado como prioridade, o tabagismo, foi exposta uma explicação e desta estabelecidos nós críticos, passou-se então a definição de soluções estratégicas para enfrentamento de cada um destes nós críticos. Desta forma foi operacionalizado um conjunto de ações, identificando recursos críticos e seus atores controladores e propostas ações para aumentar a motivação destes atores envolvidos na participação do plano de intervenção. Foram

definidos a divisão de responsabilidades em cada operação e o prazo para a realização.

Serão realizadas ações educativas em diversos pontos da comunidade e utilizando de ferramentas de comunicação como a emissora de rádio do município, panfletos, cartazes, reunião e exposições nas escolas da comunidade, além de apoio estratégico de outros setores públicos como a Polícia Militar e CRAS (Centro de Referência de Assistência Social) e Conselho Tutelar do município.

Tais ações serão iniciadas pela capacitação de todos os membros da equipe, através do estudo e grupo de discussão de publicações do Ministério da Saúde objetivando a melhoria das técnicas de abordagem tanto individual como em grupo nos diversos pontos da comunidade. A partir disto serão realizadas as ações partindo-se da elucidação dos nós críticos e para cada um destes será formulado um projeto operacional, exigindo a disponibilidade de recursos políticos, estruturais e financeiros.

Para cada uma dessas ações será estipulado um prazo e serão realizados monitoramento e avaliação dos resultados, estabelecidos através de inquéritos pelos ACS e os outros membros da equipe quando em contato com cada tabagista do território. As ações serão avaliadas também a partir de diálogos com outros membros da sociedade não tabagistas, notando o alcance e assertividade em relação ao problema.

## 5 REVISÃO BIBLIOGRÁFICA

### 5.1 O Hábito de fumar tabaco e seus malefícios

Em todo o mundo, os encargos à saúde são enormes em razão do consumo de tabaco (INCA,2017). Atualmente, por volta de 6 milhões de pessoas morrem a cada ano em consequência do consumo de tabaco (INCA, 2017). Esse número deve alcançar 8 milhões até 2030, com a maioria (80%) das mortes precoces ocorrendo em LMIC - *Low and middle-income countries* (países com renda baixa ou média). Uma grande variedade dos produtos de tabaco – fumados (cigarros, charutos, cigarros de palha e narguilés) e um grupo diverso de tabaco não fumado – são usados em todo mundo (INCA, 2017). Cigarros manufaturados, no entanto, respondem por 92,3% das vendas de tabaco no mundo, dessa maneira, são responsáveis pela maior parte das doenças e mortes causadas pelo tabaco (INCA, 2017).

O tabagismo passivo, uma mistura de exposição à fumaça da ponta do cigarro ou de outros produtos fumados e a fumaça exalada pelo fumante, é uma causa de doença e morte em adultos e crianças. Atualmente, o uso de tabaco e o tabagismo passivo são reconhecidos como causas importantes de doenças transmissíveis, doenças não transmissíveis e danos à gestação (INCA, 2017)

A epidemia tabágica no país apresenta distribuição desigual entre as classes sociais, atingindo de forma mais intensa as populações de menor renda e com menor tempo de educação formal, logo, mais permeáveis às mensagens da indústria do tabaco, sem crivo crítico (SILVA *et al.*, 2014).

Segundo a Organização Pan-Americana de Saúde (OPAS, 2017) a prevalência atual padronizada por idade de tabagismo em adultos (maiores de 15 anos) é de 17,1%, sendo maior nos homens (21,9%) do que nas mulheres (12,7%). No entanto, esta diferença por sexo é uma das menores dentre as regiões da OMS, com uma razão de 1,6 fumantes homens para cada fumante mulher (OPAS, 2017). Isto indica uma feminização do consumo, que inclusive se acentua quando são analisados os dados de adolescentes dentre 13 e 15 anos; em alguns países, a prevalência do consumo

é semelhante ou mesmo maior entre as meninas do que entre os meninos. Nesta faixa etária, a prevalência de uso de qualquer tipo de produto derivado do tabaco oscila entre 1,9% no Canadá e 28,7% na Jamaica (OPAS, 2016 *apud* OPAS, 2017).

De acordo com estimativas da OMS (OPAS, 2018) o tabaco mata metade de seus usuários, mata mais de 7 milhões de pessoas a cada ano, mais de 6 milhões dessas mortes são resultado do uso direto do tabaco, enquanto cerca de 890 mil são resultado de não-fumantes expostos ao fumo passivo.

## **5.2 A importância das políticas de governo no consumo do tabaco**

Com o avanço das pesquisas sobre produção, distribuição e consumo de bens e serviços, a economia passou a ser parte integrante dos estudos para compreender e abordar o tabagismo (INCA, 2017). A história do controle do tabaco tem suas origens nas intervenções diretas sobre seu consumo, como a educação pública e os esforços para promover o abandono do tabagismo (INCA, 2017). No século XXI, no entanto, é cada vez mais reconhecido que os fatores econômicos e comportamentais dos consumidores são comuns a todas as mercadorias e estão fortemente ligados ao processo para continuar a redução do consumo global de tabaco (INCA, 2017).

“O Brasil, mesmo com alta tributação (cerca de 76,3% sobre o preço final), possui um dos cigarros mais baratos do mundo, porque o preço de produção é baixo, tornando o produto acessível à população de menor renda” (SILVA *et al.*,2014). E, devido a diferentes taxas de impostos, especialmente na América Latina (Argentina e Uruguai – 67%; Paraguai – 13%), o Brasil é vítima do mercado ilegal, sendo estimado que 35% do mercado brasileiro sejam oriundos do contrabando. “Além disso, o preço dos derivados do tabaco no Brasil é baixo por causa do reduzido custo da mão de obra e da alta produção a qual, mesmo em queda, é a segunda maior produção mundial” (SILVA *et al.*,2014).

Garcia *et al.* (2015) inteiram que a prevenção e a cessação são as medidas de saúde pública mais efetivas para reduzir os efeitos danosos do cigarro. O aumento

de impostos/preços, a regulação dos aditivos, a proibição de brinquedos que imitam cigarro, a adoção de embalagens genéricas, a redução do fumo nos lares e a proibição do fumo em veículos podem contribuir para isso, em conjunto com as estratégias do PNCT.

Há consenso entre os pesquisadores de que a medida isolada mais efetiva para o controle do tabagismo é a alta taxa de impostos (SILVA *et al.*, 2014). No entanto, a elevação de impostos pode estimular o mercado ilegal, como ocorre na América do Sul. Segundo o Banco Mundial, o contrabando não é decorrente apenas de impostos e preços elevados (OMS, 2011 *apud* SILVA *et al.*, 2014). A corrupção é o fator explicativo. O Banco Mundial sugere que, a elevação média de 10% no preço dos cigarros incrementa em torno de 10% as receitas, reduz cerca de 3,5% o consumo e aumenta discretamente o contrabando, o qual deve ser combatido veementemente pelos países (OMS, 2011 *apud* SILVA *et al.*, 2014). O empoderamento da população, assim como uma coordenação internacional contribuem para este combate (SILVA *et al.*, 2014).

A partir de um estudo Garcia *et al.* (2015) sugerem que “a população com piores condições socioeconômicas deve ser o alvo privilegiado dessas ações e estratégias”.

A adoção de legislação para obrigar que os cigarros sejam vendidos em caixas de maços “genéricas”, sem identificação da marca (cores, imagens, logotipos), é outra estratégia interessante para ser adotada no Brasil, onde as demais restrições fizeram com que a embalagem do cigarro em si se tornasse uma das principais formas de propaganda usadas pela indústria (WAKEFIELD *et al.*, 2013).. A Austrália foi o primeiro país a adotar, em 2012, legislação desse tipo, fazendo com que o destaque na embalagem seja dado aos alertas sobre os malefícios do cigarro. Estudo realizado naquele país revelou que os fumantes usando embalagens genéricas estavam mais propensos a pensar em parar de fumar, pelo menos, uma vez ao dia durante a semana anterior e a colocar a cessação como alta prioridade em suas vidas (WAKEFIELD *et al.*, 2013).

Apesar do intenso “lobby” da indústria do tabaco durante todos esses períodos, o Brasil possui uma legislação de controle do tabagismo que é constantemente atualizada, o que contribuiu para a redução da prevalência do tabagismo no país nos últimos 10 anos. Isso só é possível por meio da ação conjunta do MS/INCA e de organizações não governamentais (MIRRA; CARVALHO, 2017).

Conclui-se de acordo com Silva *et al.* (2014) que “o hábito de fumar ainda é um grande problema de saúde pública, o qual exige atenção e vigilância constante das políticas e controle social para a desnormalização desse comportamento”.

### **5.3 A abordagem do tabagismo na APS**

A abordagem a todos os indivíduos em nível de Atenção Primária à Saúde (APS) “visa não apenas diagnosticar o tabagismo e aconselhar os fumantes, mas estimular aqueles que não fumam para que não comecem a fumar e que combatam a PTA” (SILVA *et al.*, 2014).

Segundo Cavalcante (2005), “as ações para controle do tabagismo dependem da articulação de diferentes tipos de estratégias e de diferentes setores sociais, governamentais e não governamentais”. Dessa forma Cavalcante (2005) conclui que “sob a ótica da promoção da saúde que, desde 1989, o INCA, órgão do Ministério da Saúde responsável pela Política Nacional de Controle do Câncer, coordena as ações nacionais do Programa Nacional de Controle do Tabagismo (PNCT), desenvolvidas em parceria com as secretarias estaduais e municipais de Saúde e de vários setores da sociedade civil organizada, sobretudo, das sociedades científicas e de conselhos profissionais da área da saúde”.

Portes *et al.* (2014) afirmam que importância de se desenvolver ações educativas de controle do tabagismo no âmbito da Atenção Primária em Saúde tais como programas educativos em escolas, domicílios, ambientes de trabalho e unidades de saúde entre outros equipamentos sociais. Para tal é estratégico envolver profissionais da equipe de saúde, educadores, profissionais de comunicação, lideranças comunitárias e gestores (PORTES *et al.*, 2014).

De acordo com Cavalcante (2005), para alcançar os objetivos das diretrizes acima delineadas, o PNCT tem articulado três estratégias operacionais essenciais:

- Descentralização das ações por meio das secretarias estaduais e municipais de Saúde, segundo a lógica do Sistema Único de Saúde;
- Intersetorialidade das ações pela Comissão Nacional para Implementação da Convenção Quadro para Controle do Tabaco;
- Construção de parceria com a sociedade civil organizada.

Por meio dessas estratégias essenciais tem sido possível articular, nacionalmente, três grupos de ações centrais:

- Educativas;
- Promoção e apoio à cessação de fumar;
- Mobilização de medidas legislativas e econômicas para controle do tabaco.

Desde o ano de 2001 o Ministério da Saúde vem criando documentos e manuais que orientam a abordagem aos pacientes na APS. De acordo com o INCA (2001) a abordagem cognitivo-comportamental pode ser dividida em duas modalidades de aconselhamento:

- **Abordagem breve/mínima (PAAP):** consiste em perguntar e avaliar, aconselhar e preparar o fumante para que deixe de fumar, sem no entanto, acompanhá-lo nesse processo. Pode ser feita por qualquer profissional de saúde durante a consulta de rotina, sobretudo por aqueles que têm dificuldade de fazer um acompanhamento desse tipo de paciente (exemplo: profissionais que atuam em pronto socorro; pronto atendimento; triagens, etc.). Este tipo de abordagem pode ser realizada em 3 minutos durante o contato com o paciente. Vale salientar que embora não se constitua na forma ideal de atendimento, pode propiciar resultados positivos como instrumento de cessação, pois permite que um grande número de fumantes sejam beneficiados, com baixo custo.
- **Abordagem básica (PAAPA):** consiste em perguntar, avaliar, aconselhar, preparar e acompanhar o fumante para que deixe de fumar. Também pode ser feita por qualquer profissional de saúde durante a consulta de rotina, com duração, no mínimo, de 3 minutos e, no máximo, de 5 minutos, em média, em cada contato. Indicada a todos os fumantes. É mais recomendada que a anterior (PAAP), porque prevê o retorno do paciente para acompanhamento na fase crítica da abstinência, constituindo-se em uma importante estratégia em termos de saúde pública, e também oferece a vantagem do baixo custo.

#### 5.4 Envolvimento de outros setores da sociedade

A OMS está empenhada em combater a epidemia mundial de tabaco (OPAS/OMS, 2018). A Convenção-Quadro da OMS para o Controle do Tabaco entrou em vigor em fevereiro de 2005. Desde então, tornou-se um dos tratados mais amplamente aceitos na história das Nações Unidas, com 181 partes, abrangendo 90% da população mundial (OPAS/OMS, 2018).

A implementação de políticas que promovam ambientes livres do fumo é tendência mundial, fundamentada no conhecimento dos males provocados pela exposição à PTA (PASSOS, 2008 *apud* SILVA *et al.*, 2014). Desta forma, o empoderamento da população e a participação social, princípios da promoção da saúde, são imprescindíveis para que a legislação seja efetivada. A existência de legislação que controle o consumo de tabaco em locais de trabalho é fator indispensável para a promoção da saúde, posto que elimina os riscos da exposição, além de apoiar os tabagistas que querem abandonar o vício, diminuindo a prevalência de fumantes em até 30% (SILVA *et al.*, 2014).

Victora *et al.* (2011) destacam o envolvimento concreto dos meios de comunicação com a saúde pública e ressaltam a contribuição quanto à moldagem do comportamento da população.

Silva *et al.* (2014, p.) enfatizam que:

[...] a promoção de ambientes livres de tabaco está entre as seis medidas indicadas pela OMS como prioritárias para conter a expansão do tabagismo e suas graves consequências para a saúde e o programa “Prevenção Sempre” procura sensibilizar e envolver empresários e instituições, com preparo prévio da direção e condições de sustentabilidade do programa por tempo suficiente. A proibição do tabagismo no local de trabalho, especialmente, reduz as oportunidades de fumar e configura como estímulo ao abandono da prática. A adesão e a aprovação, especialmente, da lei antitabaco federal pela população são de importância peculiar para que sua implementação seja realizada com sucesso.

## 6 PROPOSTA DE INTERVENÇÃO

Essa proposta refere-se ao problema priorizado, a alta prevalência de tabagismo na comunidade de Santana de Sericita/MG, para o qual se registra uma descrição, explicação e seleção de seus nós críticos, de acordo com a metodologia do Planejamento Estratégico Simplificado (CAMPOS; FARIA; SANTOS, 2010).

### 6.1 Descrição do problema selecionado

O estudo baseado no método de Planejamento Estratégico Simplificado envolveu a participação de todos os membros da ESF Santana de Sericita, destacando-se o inquérito realizado pelas Agentes Comunitárias de Saúde (ACS) durante as visitas realizadas nos meses de setembro e outubro de 2017. Através deste inquérito verificou-se uma prevalência de 15,3% de tabagismo ativo na população do território de nossa ESF (Registro da ESF Santana de Sericita, 2017).

Essa prevalência apesar de ser praticamente a mesma da que ocorre em todo o restante do continente americano ainda está longe de ser a desejada.

Na comunidade da ESF de Santana de Sericita, as microáreas que levam a nomeação M1, M2, M3, M9, M18, apresentam o seguinte perfil em relação à prevalência de tabagismo:

Microárea	M1	M2	M3	M9	M18	TOTAL
Número de Tabagistas	60	67	52	57	50	286
Número de habitantes	395	537	395	290	257	1874
Percentual de Tabagistas	15,2%	12,4%	13,2%	19,6%	19,4%	15,3%

Fonte: Registro da equipe ESF Santana de Sericita (outubro/2017)

### 6.2 Explicação do problema selecionado

A nicotina, sendo uma droga psicotrópica, por suas propriedades gera intensa dependência, tanto química e psicológica, assim como o hábito de fumar por ser

algo tão banal como exposto anteriormente no texto gera uma dependência comportamental.

A produção industrial em larga escala e a propaganda intensa ocorrida no decorrer do século XX foram decisivos para dar ao comportamento de fumar uma representação social positiva, através de um processo de associação entre o consumo de derivados do tabaco e o ideal de autoimagem, como beleza, sucesso, liberdade. Assim, ao longo de décadas, o comportamento de fumar foi tornando-se familiar e o cigarro objeto de desejo de milhões de pessoas, especialmente a partir da década de 50, quando as técnicas de publicidade se desenvolveram (INCA, 2001).

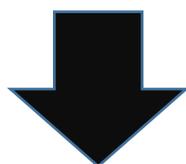
Um estudo realizado em Santarém, estado do Pará, mostrou que:

Existe uma relação significativa entre o consumo dos pais e o consumo dos filhos. A forte influência do ambiente familiar requer ações preventivas interdisciplinares direcionadas à família. A escola, enquanto agente transformador possui papel de grande influência no comportamento do jovem, pois também funciona como “modelo” propagador de hábitos e atitudes saudáveis. Por isso, a importância de desenvolver atividades educativas de promoção da saúde no ambiente escolar, acolhendo não só o estudante, mas também a família (NADER, 2013, p.106).

Com o passar do tempo vem sendo cada vez mais verificado a influência do tabagismo como fator de risco e causa de diversas enfermidades, não só por isso mas também como outros prejuízos estão diretamente ligados a esse hábito, sua produção e comercialização gera grande circulação econômica e está envolvida em criminalização. No contexto de nossa ESF não é diferente e por isso usamos das ideias apresentadas neste trabalho para combater o consumo deste produto.

Existem diversas ações que reduzem o tabagismo, em sua maioria de baixo custo e de fácil manejo, necessitando de recursos normalmente alcançáveis e disponíveis no processo de trabalho habitual da ESF e na própria comunidade, tornando o plano factível e com benefício incontestável.

Na figura a seguir é exposta de forma sequencial como se dá a formação de um novo dependente do tabaco:



- Aumento de risco cardiovasculares
- Doenças Pulmonares
- Aumento do risco de neoplasias
- Desenvolvimento do tabagismo passivo
- Aumento de custos para o sistema de saúde
- Aumento de internações

### **6.3 Seleção dos nós críticos**

Baseado nestas explicações sobre o hábito de fumar e adaptando ao contexto da comunidade podemos listar os seguintes nós críticos:

- 1) Representação social positiva do hábito de fumar
- 2) Capacidade elevada do tabaco em causar dependência
- 3) Facilidade no acesso aos produtos que contêm a substância
- 4) Primeiros contatos com o “fumo” e exposição dos jovens a ele
- 5) Pouca informação a respeito dos meios de tratamento do tabagismo

#### 6.4 Desenho das operações (sexto passo)

A partir da seleção de tais nós críticos, podemos traçar as estratégias baseadas nos consensos clínicos e publicações, tais como manuais e protocolos, organizados e divulgados pelas instituições de saúde nacionais e internacionais.

Quadro 2 – Operações sobre o “nó crítico 1” relacionado ao problema da alta prevalência de tabagismo, na população sob responsabilidade da Equipe de Saúde da Família Santana de Sericita - MG

<b>Nó crítico 1</b>	Representação social positiva do hábito de fumar
<b>Operação</b>	Fortalecimento das campanhas do Ministério da Saúde e criação de novas propagandas contra o hábito de fumar
<b>Projeto</b>	<b>Desmistificação</b>
<b>Resultados esperados</b>	Entendimento pela população de que o hábito de fumar é prejudicial e não benéfico
<b>Produtos esperados</b>	-Criação e colagem de cartazes e folders alertando a população sobre malefícios do cigarro, usando como modelos aqueles disponibilizados pelo Ministério da Saúde -Implantação de propaganda na rádio comunitária expondo os malefícios do tabagismo -Reprodução de vídeos educativos na televisão da sala de espera da unidade -Conscientização das professoras das escolas da comunidade da importância das crianças no convencimento de pais e familiares sobre os malefícios, e a sugestão de atividades lúdicas com tal objetivo -Estímulo ao debate e diálogo sobre o tema nos diversos ambientes da comunidade, desde a unidade de saúde passando por outros locais públicos até os domicílios
<b>Recursos necessários</b>	<b>Cognitivo:</b> Estudo do tema para criação de argumentação adequada <b>Financeiro:</b> Aquisição de recursos financeiros para impressão dos cartazes <b>Político-social:</b> Exposição aos diretores e professores das escolas e o gerente da rádio informando a importância do tema
<b>Recursos críticos</b>	<b>Político-social:</b> Exposição aos diretores e professores das escolas e o gerente da rádio informando a importância do tema
<b>Controle dos recursos críticos</b>	Médico e Enfermeira
<b>Ações estratégicas</b>	Deslocamento até a escola e a rádio para abordagem e fornecimento de material expositivo do tema (arquivos em “mp3” para os radialistas e disponibilização de tutoriais com frases e imagens a serem usadas nas tarefas escolares
<b>Prazo</b>	2 meses
<b>Responsáveis pelo acompanhamento das operações</b>	Todos os membros da ESF: Motivados
<b>Processo de monitoramento e avaliação das operações</b>	Avaliação através de questionamento aos moradores se as propagandas os atingiram. Isso poderá ser feito tanto na unidade em consultas como no momento das visitas com a seguinte pergunta: - Você viu ou ouviu alguma propaganda sobre o hábito de fumar nos últimos meses?

Quadro 3 – Operações sobre o “nó crítico 2” relacionado ao problema da alta prevalência de tabagismo, na população sob responsabilidade da Equipe de Saúde da Família Santana de Sericita - MG

<b>Nó crítico 2</b>	Capacidade elevada do tabaco em causar dependência
<b>Operação</b>	Idealização e construção de um grupo de aconselhamento na Unidade
<b>Projeto</b>	<b>Fortalecer: Você é mais forte que o cigarro!</b>
<b>Resultados esperados</b>	Tornar os tabagistas mais capazes de vencer a dependência à nicotina e o hábito de fumar
<b>Produtos esperados</b>	-Implantação na agenda dos serviços o grupo operativo sobre tabagismo intitulado : “Parando de Fumar sem Mistérios” idealizado pelo INCA
<b>Recursos necessários</b>	<b>Cognitivo:</b> Discussão em grupos sobre o tema <b>Organizacional:</b> Agendamento das sessões e estabelecimento dos profissionais que ocuparão o papel de coordenador de cada encontro contando com apoio multidisciplinar através do NASF <b>Estrutural:</b> Preparo e estudo do tema pelo profissional coordenador do grupo <b>Informacional:</b> Divulgação aos moradores da existência do grupo
<b>Recursos críticos</b>	<b>Estrutural:</b> Preparo e estudo do tema pelo profissional coordenador do grupo <b>Informacional:</b> Divulgação aos moradores da existência do grupo
<b>Controle dos recursos críticos</b>	Médico, enfermeira e ACSs : Motivados
<b>Ações estratégicas</b>	-Estabelecimento do melhor dia da semana e horário de ocorrências das reuniões visando a maior aderência dos moradores e estabelecimento de listas de espera caso a demanda de participação seja maior que a disponibilidade, o ideal seria no máximo 15 por turma  -Informar os pacientes tabagistas e seus familiares sobre o grupo tanto em consultas médicas e de enfermagem e visitas domiciliares
<b>Prazo</b>	Será realizada a primeira sessão do grupo dentro de 1 mês após o estabelecimento de sua agenda
<b>Responsáveis pelo acompanhamento das operações</b>	Todos os membros da ESF
<b>Processo de monitoramento e avaliação das operações</b>	A partir do início do grupo será verificado se o participante iniciou ou não, e se manteve ou não a abstinência do cigarro, questionando-o.

Quadro 4 – Operações sobre o “nó crítico 3” relacionado ao problema da alta prevalência de tabagismo, na população sob responsabilidade da Equipe de Saúde da Família Santana de Sericita - MG

<b>Nó crítico 3</b>	Facilidade no acesso ao consumo da substância
<b>Operação</b>	Afastar os tabagistas dos maços de cigarro
<b>Projeto</b>	<b>Cigarro?! Quero distância dele!</b>
<b>Resultados esperados</b>	Diminuição do contato e do estímulo entre o paciente e a vontade de fumar
<b>Produtos esperados</b>	-Treinamento de técnicas e pensamentos que diminuem o desejo de fumar, tanto de forma individual quanto em grupos -Orientação de medidas para evitar a facilidade de acesso ao cigarro, como exemplo: não ter nenhum maço dentro do domicílio, evitar frequentar locais que vendem cigarros ou a casa de pessoas que fumam -Conscientização dos Policiais Militares da fiscalização de locais onde é proibido fumar
<b>Recursos necessários</b>	<b>Cognitivo:</b> Exposição de técnicas e atitudes que controlam a vontade de fumar. Discussão com policiais sobre a viabilidade da fiscalização no que se refere às leis antifumo, buscar debater da mesma forma com comerciantes. <b>Político:</b> Conscientização da população e da Polícia Militar sobre a necessidade e importância do cumprimento de leis antifumo <b>Estrutural:</b> Disponibilização de horário na agenda do médico e/ou enfermeiro para as visitas ao batalhão da PM e locais públicos para debate do assunto
<b>Recursos críticos</b>	<b>Cognitivo:</b> Exposição de técnicas e atitudes que controlam a vontade de fumar. Discussão com policiais sobre a viabilidade da fiscalização no que se refere às leis antifumo, buscar debater da mesma forma com comerciantes
<b>Controle dos recursos críticos</b>	Policiais Militares – Favoráveis
<b>Ações estratégicas</b>	-Agendamento de encontro com chefes da Polícia Militar do município para exposição de idéias e documentos que comprovem a necessidade de fiscalização das leis antifumo. -Abordagem dos pacientes, tanto individual nas consultas médicas e visitas domiciliares, quanto no grupo de apoio -Visita aos principais estabelecimentos comerciais da comunidade da importância que é a não venda dos produtos tabágicos causando assim diminuição da oferta e acesso ao produto
<b>Prazo</b>	Prazo de 2 semanas a partir do início das atividades
<b>Responsável pelo acompanhamento das operações</b>	Membros da equipe, moradores e policiais militares
<b>Processo de monitoramento e avaliação das operações</b>	O monitoramento se dará através dos contatos seguintes entre os membros da equipe com moradores e policiais militares, e através dos relatos será verificado eficácia ou não das ações para diminuição da exposição aos produtos tabágicos

Quadro 5 – Operações sobre o “nó crítico 1” relacionado ao problema da alta prevalência de tabagismo, na população sob responsabilidade da Equipe de Saúde da Família Santana de Sericita - MG

<b>Nó crítico 4</b>	Primeiros contatos com o “fumo” e exposição dos jovens a ele
<b>Operação</b>	Conscientizar crianças, adolescentes, pais e professores de que a maioria dos tabagistas iniciam o hábito na adolescência
<b>Projeto</b>	<b>Sou jovem! Sou inteligente! Não fumo.</b>
<b>Resultados esperados</b>	Diminuição do número de tabagistas na faixa etária de 15 a 20 anos
<b>Produtos esperados</b>	-Criação de folders, panfletos e cartazes abordando o tema do tabagismo na adolescência. -Aumento do debate do tema com os jovens tanto no ambiente escolar como o de outros locais públicos como a praça da comunidade, igrejas. Além da abordagem do assunto durante as consultas médicas
<b>Recursos necessários</b>	<b>Estrutural:</b> Disponibilização de horário do médico e/ou enfermeiro para que seja realizada “sessão” na escola e nas igrejas  <b>Financeiro:</b> Recursos financeiros para aquisição de materiais e impressão dos folders, cartazes e panfletos  <b>Político:</b> Conscientização de todos os moradores, da Polícia Militar e do Conselho Tutelar da importância da prevenção e da vigilância quanto ao aparecimento de “novos fumantes” na comunidade  <b>Cognitivo:</b> Estudo do tema pelos profissionais responsáveis pela apresentação e debate do assunto com os jovens
<b>Recursos críticos</b>	<b>Cognitivo:</b> Estudo do tema pelos profissionais responsáveis pela apresentação e debate do assunto com os jovens
<b>Controle dos recursos críticos</b>	Médico e enfermeiro.
<b>Ações estratégicas</b>	O preparo do profissional deve ser realizado de forma bem respaldada em artigos e documentos que abordam o tema do tabagismo na adolescência pois apesar de mais abertos a debates os jovens possuem uma série de determinantes comportamentais que dificultam a assertividade do interlocutor. Por isso deve haver um bom embasamento teórico-estratégico do profissional
<b>Prazo</b>	Dentro de 1 mês esse projeto deverá estar implantado
<b>Responsáveis pelo acompanhamento das operações</b>	Membros da equipe e moradores
<b>Processo de monitoramento e avaliação das operações</b>	A avaliação se dará através de observação pelos membros da equipe dos jovens, observando se alguns “tabagistas jovens” cessaram, mantiveram ou iniciaram o hábito de fumar contando, claro com os relatos de todos moradores da comunidade.

Quadro 6 – Operações sobre o “nó crítico 1” relacionado ao problema da alta prevalência de tabagismo, na população sob responsabilidade da Equipe de Saúde da Família Santana de Sericita - MG

<b>Nó crítico 5</b>	Pouca informação a respeito dos meios de tratamento do tabagismo
<b>Operação</b>	Divulgar à população que o tabagismo tem tratamento e que ele pode ser medicamentoso ou não.
<b>Projeto</b>	<b>Deseja parar de fumar? Venha, não há mistérios !</b>
<b>Resultados esperados</b>	Atingir índice de abstinência superior a 75% de todos os tabagistas que procurarem a unidade buscando a cessação do tabagismo
<b>Produtos esperados</b>	-Implantação do grupo, baseado no projeto “ Parando de fumar sem mistérios” do INCA -Maior abordagem do tema nas consultas médicas -Aumento do número de consultas dos tabagistas que buscam parar o hábito -Disponibilização dos medicamentos preconizados aos fumantes de maior dependência, na farmácia pública municipal
<b>Recursos necessários</b>	<b>Cognitivo:</b> Explicitação do tratamento medicamentoso e não medicamentoso <b>Estrutural :</b> Disponibilidade dos profissionais da equipe e do NASF para atuação de coordenador em cada sessão <b>Econômico:</b> Disponibilização por parte da prefeitura das medicações usadas no combate ao tabagismo
<b>Recursos críticos</b>	<b>Econômico:</b> Custo relativamente alto dos medicamentos utilizados no tratamento do tabagismo
<b>Controle dos recursos críticos</b>	Secretaria de saúde e Fundo Nacional de Saúde – Favorável
<b>Ações estratégicas</b>	Apresentar o projeto ao secretário
<b>Prazo</b>	1 mês
<b>Responsável (eis) pelo acompanhamento das operações</b>	Médico e Enfermeira
<b>Processo de monitoramento e avaliação das operações</b>	Utilizando-se das consultas de acompanhamento tanto no tratamento individual, dentro do consultório, quanto nos encontros do grupo, verificar-se-á a evolução de cada paciente quanto à cessação ou não do hábito de fumar

## **7 CONSIDERAÇÕES FINAIS**

Os resultados obtidos do presente estudo permitiram uma análise estratégica em termos de saúde pública a fim de modificar os hábitos de fumar da população selecionada. O tema é conhecido e inquestionavelmente relevante na vida de todas as pessoas, tal empatia acarreta uma mobilização de vários segmentos da sociedade. A inclusão de ações educativas permitirá maior acesso à informação, e fará com que a própria população perceba os danos à saúde que o tabaco pode acarretar. Objetivamos dessa maneira reduzir, em curto prazo, a prevalência de tabagistas e, a longo prazo, a redução da morbimortalidade associada ao tabagismo na comunidade. Sendo assim, a divulgação por meio de meios sociais contribuirá para o esclarecimento e educação da população e alteração de alguns comportamentos de saúde, promovendo assim a melhoria de saúde e redução da morbimortalidade no território da ESF Santana de Sericita/MG.

## REFERÊNCIAS

- BAZOTTI, Angelita et al. **Tabagismo e pobreza no Brasil: uma análise do perfil da população tabagista a partir da POF 2008-2009**. *Ciênc. saúde coletiva* [online] vol.21, n.1, p.45-52. 2016
- BRASIL. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. **IBGE Cidades: Sericita-MG**, [online] Disponível em: <<http://www.cidades.ibge.gov.br/xtras/home.php>>. Acesso em: 23 out. 2017
- CAMPOS, F.C.C.; FARIA H. P.; SANTOS, M.A. **Planejamento e avaliação das ações em saúde**. Nescon/UFMG. 2ed. Belo Horizonte: Nescon/UFMG, 2010. Disponível em: <[https://www.nescon.medicina.ufmg.br/biblioteca/registro/Planejamento\\_e\\_avaliacao\\_das\\_acoes\\_d\\_e\\_saude\\_2/3](https://www.nescon.medicina.ufmg.br/biblioteca/registro/Planejamento_e_avaliacao_das_acoes_d_e_saude_2/3)>. Acesso em: 20 out. 2017
- CAVALCANTE, Tânia Maria. **O controle do tabagismo no Brasil: avanços e desafios**. *Rev psiquiatr clín*, v. 32, n. 5, p. 283-300, 2005.
- FIGUEIREDO, V.C. TURCI,S.R.B. , CAMACHO, L.A.B. Controle do tabaco no Brasil: avanços e desafios de uma política bem sucedida. **Cad. Saúde Pública**, v. 33, 2017.
- GARCIA, L.P. et al. A política antitabagismo e a variação dos gastos das famílias brasileiras com cigarro: resultados das Pesquisas de Orçamentos Familiares, 2002/2003 e 2008/2009. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v.31, n.9, p.1894-1906, set. 2015.
- INSTITUTO NACIONAL DO CÂNCER JOSÉ DE ALENCAR GOMES DA SILVA. **A economia do tabaco e o controle do tabaco**: em colaboração com a Organização Mundial da Saúde. Rio de Janeiro, INCA, 2017.
- INSTITUTO NACIONAL DO CÂNCER. **Abordagem e tratamento do fumante – consenso 2001**. Rio de Janeiro: INCA, 2001
- MIRRA, A.P.; CARVALHO, A.P. The importance of legislative measures on tobacco control in Brazil. **Rev Assoc Med Bras**, v.63 ,n.10, p.917-921 São Paulo, Brasil. 2017.
- NADER, Luiza et al. Consumo de álcool e tabaco em escolares da rede pública de Santarém-PA. **Aletheia**, n. 41, 2013.
- ORGANIZAÇÃO PANAMERICANA de SAÚDE. **Estratégia e plano de ação para fortalecer o controle do tabagismo na região das américas 2018-2022**. Washington, EUA, OPAS; 2017
- ORGANIZAÇÃO PANAMERICANA de SAÚDE. **Folha Informativa - Tabaco**. Brasil. 2018. Disponível em <[https://www.paho.org/bra/index.php?option=com\\_content&view=article&id=5641:folha-informativa-tabaco&Itemid=0](https://www.paho.org/bra/index.php?option=com_content&view=article&id=5641:folha-informativa-tabaco&Itemid=0)> acesso em 20 jul. 2018
- PORTES, L. H. et al . Ações voltadas para o tabagismo: análise de sua implementação na Atenção Primária à Saúde. **Ciênc. saúde coletiva**, v 19, n.2, p.439-448, 2014 .
- PREFEITURA MUNICIPAL DE SERICITA. **Sobre Nosso Município**. Disponível em <<http://www.sericita.mg.gov.br/>>, Acesso em: 14 out. 2017.
- SILVA, Sandra Tavares da et al. Combate ao Tabagismo no Brasil: a importância estratégica das ações governamentais. **Ciência e saúde coletiva** [online] vol.19, n.2 p.539-552. 2014.
- VICTORA, C. G. et al. Condições de saúde e inovações nas políticas de saúde no Brasil: o caminho a percorrer. **The Lancet Series: health in Brazil**, Oxford, p. 90-102, Maio/2011
- WAKEFIELD MA, et al. Introduction effects of the Australian plain packaging policy on adult

smokers: a cross-sectional study. **BMJ Open** v. 3 n.7 22 jul. 2013