

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

THIAGO VINÍCIUS BISPO MENDES

**IMPLANTAÇÃO DO PROGRAMA NACIONAL DE COMBATE AO
TABAGISMO NA EQUIPE DO PROGRAMA DE SAÚDE DA FAMÍLIA
DO MUNICÍPIO DE SÃO FRANCISCO-MG**

**Montes Claros - Minas Gerais
2015**

THIAGO VINÍCIUS BISPO MENDES

**IMPLANTAÇÃO DO PROGRAMA NACIONAL DE COMBATE AO
TABAGISMO NA EQUIPE DO PROGRAMA DE SAÚDE DA FAMÍLIA
DO MUNICÍPIO DE SÃO FRANCISCO-MG**

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

Orientadora: Eulita Maria Barcelos

**MONTES CLAROS - MINAS GERAIS
2015**

THIAGO VINÍCIUS BISPO MENDES

**IMPLANTAÇÃO DO PROGRAMA NACIONAL DE COMBATE AO
TABAGISMO NA EQUIPE DO PROGRAMA DE SAÚDE DA FAMÍLIA
DOMUNICÍPIO DE SÃO FRANCISCO**

Banca examinadora

Professora: Prof^a Ms. Eulita Maria Barcelos

Professor: Prof. Ms. Mário Antônio de Moura Simim

Aprovada em Belo Horizonte: ____/____/____

DEDICATÓRIA

À comunidade do município de São Francisco, que me acolheu.

À equipe de saúde Santo Antônio I, que partilhou comigo a busca do conhecimento.

Aos meus familiares e colegas que me incentivaram em todos os momentos de
minha formação.

Aos meus pais, fonte de permanente apoio.

AGRADECIMENTOS

Agradeço primeiramente a Deus que me guiou nessa longa caminhada e se fez presente em todos os momentos da minha vida me proporcionando esta realização.

Aos meus pais pelo amor, incentivo e apoio incondicional.

A minha orientadora Eulita Maria Barcelos, pela compreensão, suporte e correções no pouco tempo que lhe coube.

A minha tutora Ana Izabel de Oliveira Neta, pela orientação e suporte sempre presente ao longo de todo o curso.

E a todos que direta ou indiretamente fizeram parte desta formação, o meu muito obrigado.

“Não confunda derrotas com fracasso nem vitórias com sucesso. Na vida de um campeão sempre haverá algumas derrotas, assim como na vida de um perdedor sempre haverá vitórias. A diferença é que, enquanto os campeões crescem nas derrotas, os perdedores se acomodam nas vitórias.”

Roberto Shinyashiki

RESUMO

O tabagismo é um problema de saúde pública no mundo todo devido sua alta prevalência, seu grande poder de dependência e o fato de representar um fator de risco para inúmeros agravos para saúde. O enfrentamento adequado desse problema por parte das equipes básicas de saúde é uma meta que ganha espaço e estímulo nas políticas públicas por parte do governo brasileiro. Este trabalho tem como objetivo elaborar um Projeto de Intervenção que possibilite a implantação do Programa Nacional de Combate ao Tabagismo na equipe do Programa de Saúde da Família Santo Antônio I do Município de São Francisco - MG. Para elaborar a proposta do projeto de intervenção foram executadas três etapas: diagnóstico situacional, com a colaboração da equipe de saúde do PSF, revisão narrativa da literatura e elaboração do plano de intervenção seguindo os passos preconizados no Planejamento Estratégico Simplificado (PES). Após a execução do plano de intervenção, espera-se realizar, a curto prazo, promoção de saúde por meio da capacitação dos profissionais da equipe, da informação e educação da população, além do tratamento da dependência do tabagismo. A longo prazo, espera-se redução das comorbidades e causas de mortalidade associada ao tabagismo na comunidade e, dessa forma, melhorar a qualidade de vida e saúde dos usuários do serviço da atenção primária.

Palavras-chave: Saúde da família. Tabagismo. Nicotina.

ABSTRACT

Smoking is a public health problem around the world outstanding its loud prevalence, its great power of dependence and the fact to represent a hazard factor for countless grievance to health. The suitable tackling of this problem by health basic teams is a goal that taken hold and incentive in the public policies by Brazilian government. This work aims to draft an Intervention Project that enables the implant of the Combating Smoking National Program in the Health Program Family team Santo Antonio I of São Francisco, MG. Therefore, to elaborate the intervention project proposal were executed three steps: situational diagnosis, with the collaboration of PSF health team, literature narrative review and intervention plan elaboration following the preconized steps on the Strategic Planning Simplified (Planejamento Estratégico Simplificado – PES). Upon execution of the intervention plan, it expects to take place in the short term, promoting health through training of team members , information and education, in addition to treatment of tobacco dependence. In the long term, it expects to reduce comorbidities and causes of death associated with smoking in the community and thus to improve the quality of life and health of users of primary care service.

Keywords: Health Family. Smoking. Nicotine.

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

ESF - Equipe de Saúde da Família

CAPS - Centro de Atenção Psicossocial

CISNORTE - Consórcio Intermunicipal de Saúde do Norte de Minas

COPASA - Companhia de Saneamento de Minas Gerais

CVV - Centro Viva Vida

IBGE - Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística

MS - Ministério da Saúde

NASF - Núcleo de Apoio à Saúde da Família

OMS - Organização Mundial de Saúde

PAHO - Pan American Health Organization

PES - Planejamento Estratégico Situacional

PNCT - Programa Nacional de Combate ao Tabagismo

PSF - Programa Saúde da Família

SAMU - Serviço de Atendimento Móvel de Urgência

SIAB - Sistema de Informação da Atenção Básica

SMS - Secretaria Municipal de Saúde

SUDENE - Superintendência do Desenvolvimento do Nordeste

SUS - Sistema Único de Saúde

UBS - Unidade Básica de Saúde

WHO - World Health Organization

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

Figura 1 - Distribuição Populacional por sexo e faixa etária do município de São Francisco em 2012 -----	14
Quadro 1 - Priorização dos Problemas na área de abrangência da unidade básica Santo Antônio I - 2014 -----	26
Quadro 2 - Proposta de operações para resolução dos nós críticos -----	29
Quadro 3 - Identificação dos recursos críticos -----	31
Quadro 4 - Ações estratégicas para viabilizar o plano -----	32
Quadro 5 - Plano operativo -----	34
Quadro 6 - Gestão do Plano -----	35

SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO	12
2	JUSTIFICATIVA	18
3	OBJETIVO	19
4	METODOLOGIA	20
5	REVISÃO DE LITERATURA	21
6	PROJETO DE INTERVENÇÃO	25
7	CONSIDERAÇÕES FINAIS	36
	REFERÊNCIAS	37

1 INTRODUÇÃO

Segundo fontes históricas, sabe-se que nas últimas décadas do século XVII, houve um combate entre os bandeirantes e quadrilhas de assaltantes nas estradas, para fugir à repressão, as quadrilhas se refugiavam nas aldeias indígenas e matavam os índios, destruindo as aldeias. Os bandeirantes tinham como base o povoado de Pedras de Cima, depois, denominado Pedra dos Angicos que se desenvolveu tão rapidamente, passando a sediar a comarca, transferida de São Romão desde 1873. Em 05 de novembro de 1877, Pedras dos Angicos transformase em São Francisco.

Após alguns anos, ocorreram várias mudanças entre os povoados, dentre elas ocorre a transferência de novo da sede municipal da comarca do Rio São Francisco para o povoado de Pedras dos Angicos.

Um ano depois se eleva a vila à categoria de cidade com a denominação de Cidade Evangelina. Na mesma sessão foi apresentado um projeto de mudança de Cidade Evangelina para São Francisco das Pedras. Depois de algum tempo o projeto foi aprovado deixando, assim, a categoria de vila passando a denominação de cidade de São Francisco.

Descrevendo São Francisco, situa-se a margem direita do rio São Francisco, região norte do Estado de Minas Gerais. Possui uma área total de 3.308 km². Distância da capital Belo Horizonte cerca de 600 Km.

Apresentou uma população total de 53.828 (IBGE 2010), com estimativa para 2013 de 56.003 pessoas.

A cidade conta com ruas largas e planas na região central. A maioria das vias urbanas é próxima à região central que é pavimentada. A travessia sobre o rio São Francisco é feita por balsas, que fazem o percurso periodicamente e despertam bastante curiosidade nos visitantes.

Tem um enorme espaço aberto para festas na região central, conhecido como "Cimentão", 01 Centro Cultural Católico, o Parque de Exposições Zezé Botelho, 01 estádio de futebol e 02 estações rodoviárias. Há também um grande número de praças espalhadas por toda a cidade. Como forma de contenção da água do Rio nas épocas de cheia, foi criado um aterro às margens do rio em toda a região central, impedindo as inundações na cidade.

Por meio do diagnóstico situacional realizado pela equipe de saúde foi possível identificar os aspectos geográficos. O município apresenta uma área total de 3.308 km², sendo a área urbana de 5,68 km² e a rural responsável pela maior parte. De acordo o Censo Demográfico realizado em 2010 a cidade apresentava uma população masculina de 27.278 pessoas e feminina de 26.550 pessoas, sendo distribuídos em 19.624 habitantes na zona rural e 34.204 habitantes na zona urbana. Conta com um número aproximado de 13.504 domicílios, famílias, sendo 8.773 na zona urbana e 4.511 na zona rural (IBGE-CENSO, 2010).

Em relação aos aspectos socioeconômicos apresenta com uma população de baixo nível econômico, sendo que 70% das famílias tem renda familiar menor de um salário mínimo a 1,5 salários mínimos, sendo o maior empregador a Prefeitura Municipal, o médio empregador outros órgãos públicos (Federal e Estadual) e o menor empregador o comércio local e a agropecuária. É uma região pobre, incluída na área mineira da SUDENE, faz parte da Comunidade Solidária, onde há fome, pobreza, desemprego e carências.

O abastecimento de água de São Francisco é feito pela COPASA com 98,01% dos domicílios atendidos.

Pelos dados do Censo Demográfico de 2010, em relação ao tipo de saneamento, dos domicílios particulares permanentes, 14,1% foram classificados como adequados, 25,3% como inadequados e 60,6% como semi-adequados. Quanto ao esgotamento sanitário, segundo dados da Secretaria de Saúde do município, o sistema se encontra em obras, já tendo sido implantado em 40,53%.

No que se refere a coleta de lixo, os materiais são depositados em lixão a céu aberto sem qualquer tipo de tratamento.

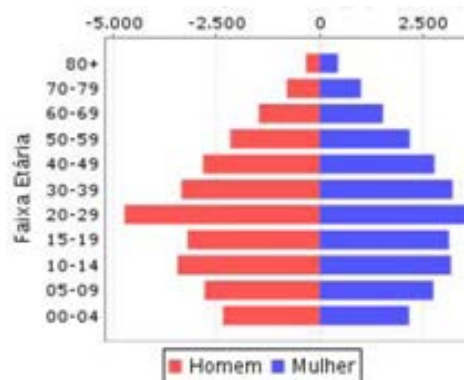
A economia de São Francisco é baseada principalmente na agropecuária, além da participação da piscicultura, do comércio e serviços locais. Como na maioria das pequenas cidades ribeirinhas, o rio São Francisco possui grande importância no turismo local, abrigando diversos bares e clubes em suas margens e proximidades, além disso durante alguns meses do ano, geralmente entre junho e outubro, há a formação da praia na margem esquerda do rio, que conta com vários bares e atrai moradores e turistas de toda a região.

Há a presença do setor industrial no município, com pequena influência econômica.

Abordando os aspectos geográficos a cidade apresenta a seguinte distribuição populacional, segundo o Relatório de Gestão Anual de 2012.

Figura 1- População - Sexo e faixa etária

Faixas Etárias	Homem	Mulher	Total
00-04	2.345	2.164	4.509
05-09	2.790	2.755	5.545
10-14	3.443	3.182	6.625
15-19	3.205	3.134	6.339
20-29	4.728	4.323	9.051
30-39	3.350	3.220	6.570
40-49	2.824	2.783	5.607
50-59	2.164	2.183	4.347
60-69	1.476	1.535	3.011
70-79	796	1.002	1.798
80+	334	444	778
Total	27.455	26.725	54.180



Fonte: Relatório de Gestão Anual (2012)

Segundo o Censo realizado em 2010 das 53.828 pessoas residentes 40.772 pessoas foram classificadas como alfabetizadas e 18.635 pessoas frequentavam creche ou escola. O percentual de população em extrema pobreza é cerca de 21.1%.

Conselho Municipal de Saúde é composto de 32 conselheiros. As reuniões ordinárias acontecem uma vez ao mês e reuniões extraordinárias quando necessário. Os principais objetivos do conselho são fiscalizar e monitorar as ações e os serviços públicos de saúde do SUS e privado.

A pretensão de implantação do Programa Saúde da Família (PSF) foi iniciada em novembro de 1999, justificando-se pela evidente necessidade local de se construir um modelo de Assistência à Saúde, trabalhando-se as ações básicas junto às populações, por meio de uma atuação abrangente, eficaz e permanente, no que tange principalmente, à prevenção de doenças, introduzindo-se uma abordagem inovadora na atenção à família (SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE, 2013).

Em dezembro de 2013 o município contava com 10 Centros de Saúde / Unidade Básica, sendo 09 de gestão municipal e 01 Centro de Saúde de gestão dupla (Centro de Saúde São Francisco), 01 Hospital geral de gestão dupla, 05 Postos de Saúde de Gestão municipal, 01 Centro de Atenção Psicossocial de gestão municipal, 01 Centro de Vigilância em Saúde e 01 Centro de Vigilância Sanitária

(pertencente ao Centro de Vigilância em Saúde), 02 farmácias sendo 01 farmácia básica e 01 farmácia popular do Brasil. A cobertura populacional das ESF (Equipes de Saúde da Família) em 2013 foi de 63,68%. A atenção primária conta também com o apoio de uma equipe de NASF II composto por 02 fisioterapeutas, 01 psicóloga, 01 nutricionista, 01 fonoaudióloga, 01 educadora física, 01 farmacêutica e 01 assistente social (SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE, 2013).

O atendimento da unidade básica de saúde conta com pontos de apoio em várias outras cidades da região que pactuam esse auxílio. Dentre esses o Centro Viva Vida (CVV), com sede no município de Brasília de Minas, o qual oferece serviço especializado para acompanhamento das gestantes e recém-nascidos de alto risco. No próprio CVV funciona o programa Hipertensão com profissionais especializados para o acompanhamento dos hipertensos de alto risco e diabéticos de difícil controle. Outro ponto de atenção está localizado em Montes Claros que é o Centro Mais Vida, cujo objetivo é a avaliação de idosos com polipatologias, polifarmácia ou outras condições específicas da área geriátrica. Outras consultas especializadas como as áreas de hematologia, reumatologia, neurologia, ortopedia, endocrinologia são feitas em Montes Claros, em um ambulatório de especialidades que atende grande parte da região do norte de Minas Gerais e em ambulatórios específicos na cidade de Brasília de Minas, por meio do Consórcio Intermunicipal de Saúde do Norte de Minas (CISNORTE) (SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE, 2013).

A cidade conta com 01 hospital municipal responsável pelo atendimento de urgência e emergência, um pequeno centro cirúrgico e maternidade, 01 unidade do Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU), 01 Centro de Atenção Psicossocial (CAPS) o qual oferece acompanhamento aos pacientes psiquiátricos mais críticos (SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE, 2013).

O sistema de referência e contra referência é realizado entre os municípios citados acima e entre os vários profissionais da própria cidade. No entanto, relatórios adequados de contra referência não são preenchidos pelos profissionais, dificultando a condução dos pacientes encaminhados.

Contextualizando a Unidade Básica de Saúde Santo Antônio, nesta encontram-se 02 equipes de saúde da família. A equipe Santo Antônio I é responsável por uma área que abrange 03 bairros, com aproximadamente 1.014 famílias e 3.300 pessoas, porém na prática esse número é excedido por pessoas

moradoras da zona rural ou outras áreas da cidade que também são atendidas em nome de famílias da área adscrita.

Nesta área a maior parte da população é carente e de baixo nível socioeconômico, na qual a participação dos postos de trabalho são a agropecuária na zona rural, na horta comunitária, a piscicultura, comércio local e outros postos informais de trabalho, além de vários moradores que recebem aposentadoria ou outros benefícios.

A maior parte da população é acolhedora, conta com uma cultura local bastante influenciada pelos aspectos religiosos e de um modo geral vivem de maneira bastante harmoniosa.

Dentre as principais causas de morte estão as doenças cardiovasculares, respiratórias e pulmonares.

A comunidade dispõe dos seguintes recursos: 01 escola estadual, 02 praças, 03 igrejas, 01 horta comunitária, além de pontos críticos como lotes vagos com região de matagal, ruas sem asfaltamento e 01 lixão a céu aberto que pode comprometer a saúde da população.

A maioria da população conta com serviços adequados de luz elétrica e água encanada e tratada. A maior parte das famílias não conta com rede de esgotamento sanitário e as casas próximas ao lixão a céu aberto apresentam condições precárias de habitação (baixa situação econômica, famílias numerosas em casa pequenas, contato com fontes de infecção ambiental).

Os serviços bancários, laboratórios, correio e o hospital encontram-se no centro da cidade, em uma localização relativamente próxima.

A Unidade Básica de Saúde encontra-se na Rua Astolfo Caetano, número 2516, bairro São Lucas, com acesso próximo e fácil para a população adscrita.

O horário de funcionamento da unidade básica de saúde é de segunda a sexta das 7:00h às 17:00h, com intervalo para almoço das 11h às 13:00h.

A equipe de saúde é formada por 06 agentes comunitários de saúde, 01 técnica em enfermagem, 01 enfermeira e 01 médico. Todos tem carga horária de trabalho de 40hrs semanais.

Quanto aos recursos materiais, conta com uma estrutura nova, espaçosa que comporta 02 equipes desenvolvendo os programas preconizados pelo Ministério de Saúde. Quanto aos materiais, é comum a falta de medicamentos, uma vez que a unidade não conta com a presença de um farmacêutico, ocorrendo, com certa

frequência, a falta de receituários especiais, materiais para curativos e sonar adequado para o uso. Os materiais de uso nas consultas (estetoscópios, otoscópios, lanternas, esfigmomanômetros) são na sua maioria dos próprios profissionais.

Vários são os problemas enfrentados pela comunidade dentre aspectos econômicos, estruturais, de saúde, recursos humanos e materiais. Percebe-se, por exemplo, a ausência de asfaltamento e acúmulo de lixo a céu aberto nas ruas; a falta de medicações na unidade básica de saúde para a distribuição popular e uso durante o atendimento; a escassez de exames laboratoriais necessários para a condução das comorbidades da população e falta de consultas especializadas.

Uma demanda crescente também percebida pela equipe de saúde é a prevalência do tabagismo na comunidade e suas consequências, como doenças cardiovasculares (acidente vascular encefálico, infarto agudo do miocárdio, insuficiência vascular), pulmonares (doença pulmonar obstrutiva crônica, infecções de vias aéreas), amputações e neoplasias (principalmente esôfago e pulmão). Percebe-se também uma procura por parte dos usuários por um tratamento adequado à dependência do tabaco, porém a equipe local de saúde não se encontra treinada para a abordagem de tais pacientes. Neste aspecto o tabagismo não é enfrentado de maneira eficaz na comunidade e este permanece como grande fator de risco para as doenças citadas acima.

2 JUSTIFICATIVA

Este trabalho se justifica pela significativa prevalência do tabagismo entre os usuários da unidade básica Santo Antônio I e suas inquestionáveis consequências como causa de morbi-mortalidade.

O tabaco, por ser droga lícita, tem envolvido rapidamente um contingente grande de pessoas no vício mesmo com as campanhas educativas que ocorrem no meio de comunicação e nas próprias embalagens dos maços de cigarro. Além dos problemas da dependência devemos considerar os resultados decorrentes do uso indiscriminado que afetam a saúde do indivíduo (usuário), elevando o índice de doenças respiratórias resultantes deste vício. A prevenção é um caminho seguro. Uma educação específica sobre o tema se faz imprescindível nas escolas. É preciso conscientizar jovens e adolescentes, pais e educadores.

A equipe participou da análise dos problemas levantados e considerou que no nível local há recursos humanos e materiais suficientes para elaborar e implantar um Projeto de Intervenção que ajude a diminuir a prevalência do tabagismo que afeta um grande número da população, tanto adscrita e contribuir positivamente na saúde, por meio de mudanças importantes nos hábitos de vida da população, portanto a proposta é viável.

3 OBJETIVO

Elaborar um Projeto Intervenção que possibilite a implantação do Programa Nacional de Combate ao Tabagismo na equipe do Programa de Saúde da Família do Município de São Francisco-MG.

4 METODOLOGIA

Para elaborar a proposta do projeto de intervenção para implantar o Programa Nacional de Combate ao Tabagismo na equipe do Programa de Saúde da Família do Município de São Francisco foram executadas três etapas.

- Diagnóstico situacional, com a colaboração da equipe de saúde do PSF;
- Revisão narrativa da literatura;
- Elaboração do plano de intervenção;

Por meio do método da Estimativa Rápida, analisando os dados disponíveis sobre a Unidade de Saúde Santo Antônio I, com a ajuda da discussão com a equipe do PSF e do apoio da equipe do NASF, além da própria demanda dos usuários do serviço durante as consultas e das principais comorbidades da população, realizou-se um levantamento dos principais problemas vivenciados pela população da área adscrita. Posteriormente, através de critérios específicos, foi realizada a priorização dos problemas e assim eleito o tabagismo como principal obstáculo a ser trabalhado.

A revisão narrativa da literatura é recomendada em trabalhos de conclusão de curso pois ajuda na compreensão do tema e sua complexidade. Também está indicada para a proposição de projetos de intervenção, baseado em revisão bibliográfica, sem produção de dados primários, o que libera da submissão a comitês de ética de pesquisa e estabelece relação direta com processos de trabalho do autor e sua equipe (CORRÊA; VASCONCELOS; SOUZA,2013). Os dados foram obtidos por meio da busca no portal da Biblioteca Virtual em Saúde (BVS), na base de dados do Centro Latino-Americano e do Caribe de Informação em Ciências da Saúde (LILACS), na biblioteca virtual *Scientific Electronic Library Online* (SciELO), e na biblioteca virtual da plataforma do programa AGORA do Núcleo de Educação em Saúde Coletiva (NESCON) e nas publicações do Ministério de Saúde. Foram utilizados os seguintes descritores: tabagismo, saúde da família.

Na terceira etapa foi elaboração do projeto de intervenção seguindo o modelo do Planejamento Estratégico Simplificado (PES) segundo Campos; Faria e santos, (2010).

5 REVISÃO DE LITERATURA

“O tabagismo foi, ao longo de décadas, 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” (SOUZA et al., 2004,p.2). O fumar passou a ser divulgado com uma conotação social positiva, como ideal de beleza, sucesso e liberdade. Neste período, milhões de pessoas passaram a consumir o cigarro (cerca de um terço da população adulta mundial fuma) e suas consequências foram colhidas em décadas posteriores (PAHO, 1992).

O tabagismo responde atualmente por cerca de 40 a 45% das mortes por câncer, 90 a 95% das mortes por câncer de pulmão, 75% das mortes por DPOC, 20% das mortes por doenças vasculares, 35% das mortes por doenças cardiovasculares entre homens de 35 a 69 anos de idade nos países desenvolvidos (15 % do total de mortes nesses países) (WHO, 1999 *apud* SOUZA et al.,2004, p.2).

No mundo, morrem por ano cerca de seis milhões de pessoas devido ao tabagismo e à exposição a fumaça ambiental de tabaco (tabagismo passivo). Desse total de mortes, mais de 600 mil são atribuíveis ao tabagismo passivo e mais de 5 milhões são atribuíveis ao consumo de produtos de tabaco (OMS, 2008). O tabagismo é responsável por cerca de 200.000 mortes por ano somente no Brasil (INCA, 2014).

Inúmeras comorbidades como neoplasias do “pulmão, boca, língua, garganta, doença coronária e cerebrovascular, doença vascular periférica com risco de trombozes e amputações, doença pulmonar obstrutiva crônica, doenças respiratórias infecciosas e inflamatórias”, tem como fator de risco o consumo de cigarros. O cigarro afeta indiretamente aqueles que convivem com os fumantes, por meio do fumo passivo, expondo-os aos mesmos riscos citados acima (WISE; HOFFMAN, 1992, *apud* MARQUES et al., 2001, p. 247-63).

A queima do cigarro produz muitas substâncias tóxicas ao organismo e muitas delas são cancerígenas. Libera também a nicotina, substância responsável pela dependência química do cigarro. (HENNINGFIELD; KEENAN, 1993).

As pesquisas mostram que a nicotina apresenta vários efeitos no organismo, preponderantemente excitatórios, como um rápido aumento do estado de alerta, melhorando a atenção, a concentração e a memória, proporciona também sensação de bem-estar ao estimular a liberação de dopamina no sistema límbico, no sistema nervos central (BRODIE, 1991, *apud* MARQUES et al., 2001, p. 373).

A dependência da nicotina é um transtorno que progride com o tempo de uso, tornando crônico e recorrente, “mediada pela ação da substância em receptores centrais e periféricos, no organismo.” Envolve uma série de fatores, “entre eles, ambientais, biológicos e psicológicos.” (HENNINGFIELD; KEENAN; CLARKE, 1996 *apud* MARQUES et al., 2001 p. 271-314).

Além da dependência física ou biológica, causada pela nicotina e responsável pela síndrome da abstinência, o tabaco causa duas formas de dependência: dependência comportamental ou ambiental, onde o fumante cria uma rotina, hábitos que se tornam situações gatilhos para o desejo de fumar, como se fosse um condicionamento para repetição do hábito. Nessas situações a vontade de fumar ocorre automaticamente, pela lembrança do consumo naquela situação. A dependência psicológica está associada aos sentimentos, o ato de fumar, funciona como um amortecedor de emoções (DIEHL; CORDEIRO; LARANJEIRA, 2011).

Oito horas após o último cigarro inicia-se síndrome de abstinência e no terceiro dia atinge um pico, ou seja, aparece o desejo irresistível de fumar (“fissura”), Acompanhada de “ansiedade, irritabilidade, sonolência diurna e insônia, apetite aumentado para doces, redução do desempenho cognitivo (concentração e atenção), batimentos cardíacos e pressão arterial diminuídos e tosse” (DUPONT; GOLD, 1995, *apud* MARQUES et al., 2001, p. 663-8).

Os sintomas e a magnitude da síndrome de abstinência podem persistir por meses e, dependendo de sua gravidade, são pouco tolerados. Devido a esse desconforto, torna-se difícil para os usuários manter a abstinência (MARQUES et al, 2001).

Todo fumante passa por estágios de mudança, ou seja, estágios de motivação para deixar de fumar, sendo um total de seis fases.

- O primeiro define-se como pré-contemplação, no qual o indivíduo nega os malefícios do tabagismo.
- No segundo, contemplação, o indivíduo apenas reconhece os malefícios do tabaco.
- Durante o terceiro estágio ou preparação o indivíduo planeja ações com o objetivo de cessar o tabagismo.
- No quarto estágio motivacional, pronto para ação, o usuário encontra-se disposto a parar de fumar pelos próximos dias.

- O quinto definido como manutenção, o indivíduo se mantém abstinente por tempo indeterminado.
- Por fim, no estágio de recaída, o indivíduo apresenta, como o próprio nome sugere, um retorno indesejado ao uso do cigarro.

Identificar o estágio de motivação em que o paciente se encontra é de fundamental importância para se definir as estratégias mais adequadas a serem utilizadas no seu tratamento (DIEHL; CORDEIRO; LARANJEIRA, 2011).

No Brasil, o combate ao tabagismo tem sido estimulado através de medidas públicas, principalmente após o final da década de oitenta, por meio da conscientização, educação em saúde, capacitação das equipes de saúde e principalmente com a criação do Programa Nacional de Combate ao Tabagismo (PNCT). Tal programa é uma iniciativa do Ministério da Saúde (MS) mediado pelo Instituto Nacional do Câncer (INCA) e uma das suas principais metas é capacitar os profissionais de saúde para a abordagem desses pacientes.

Segundo o INCA, o PNCT foi instituído para que os profissionais da área da saúde "passem a ver o tabagismo como uma doença crônica, que merece e precisa ser abordada com o mesmo nível de prioridade que é dado, por exemplo, à abordagem da hipertensão arterial, diabetes e hipercolesterolemia" (INCA, 2001, p. 8).

Segundo o PNCT, o tratamento do tabagismo é estabelecido principalmente em grupos operativos, utilizando-se da estratégia com maior eficácia no tratamento da dependência química, a abordagem cognitivo-comportamental e quando necessário o auxílio da farmacoterapia. O tratamento passa desde uma simples educação em saúde e informação nos estágios iniciais de motivação, até a participação frequente nos grupos operativos para aqueles que já se encontram em estágios avançados da motivação.

O tratamento do fumante tem como eixo fundamental a abordagem cognitivo-comportamental com a finalidade de informar o fumante sobre os riscos de fumar e benefícios de parar de fumar, motivá-lo a deixar de fumar e apoiá-lo no processo de cessação de fumar fornecendo orientações para que possa lidar com síndrome de abstinência, com a dependência psicológica e os condicionamentos associados ao hábito de fumar. Essa abordagem poderá, dependendo da situação, ter um melhor resultado quando apoiada por medicamentos que diminuem os sintomas da síndrome de abstinência, para os pacientes que têm um alto grau de dependência. (INCA, 2001, p. 23).

Tendo em vista o exposto acima, percebe-se a importância da capacitação das equipes de saúde da ESF no combate ao tabagismo como parte integrante das estratégias voltadas para a promoção de saúde, passando pela educação, prevenção, tratamento e abordagens das principais doenças associadas ao tabagismo e sua dependência. Dessa forma, objetiva-se reduzir os números de comorbidades e mortes evitáveis causadas por este vício.

6 PROJETO DE INTERVENÇÃO

O plano de ação é descrito por Campos; Faria; Santos (2010) como um projeto de intervenção sobre determinado problema detectado e que necessita ser solucionado em curto prazo e permite a participação de vários profissionais. Contudo, deve-se considerar a viabilidade de gerenciar o plano para obter os resultados desejados. Segundo o Planejamento Estratégico Simplificado (PES) são percorridas etapas interligadas e sucessivas no desenvolvimento de um plano de ação.

➤ Primeiro passo: identificação dos problemas

Percebe-se que, na unidade básica Santo Antônio I, existem questões que devem ser melhoradas tanto estruturalmente, como em relação a abordagem dos problemas de saúde mais prevalentes na população. Entre os vários problemas identificados no diagnóstico situacional a equipe destacou:

- *Falta de medicamentos na unidade básica.*

A unidade básica não conta com medicamentos de distribuição para a população adscrita, pois segundo norma legal, deve-se estar presente na unidade um farmacêutico. Porém o município resolveu não arcar com este custo. Na verdade, não existe medicação na farmácia básica municipal e a população acaba arcando com os custos das medicações.

- *Tabagismo.*

O tabagismo tem alto índice no território de abrangência e é motivo de algumas consultas por parte dos usuários.

- *Falta de consultas especializadas.*

Não há no município especialistas das áreas básicas, de suma importância para o acompanhamento de alguns pacientes, como cardiologista, ginecologista e ortopedista. Mais uma vez, estas consultas dependem do acesso particular dos pacientes.

- *Escassez de exames em número e especificidades.*

Os exames são marcados uma única vez no mês, não são suficientes para o número de pacientes do município e vários exames importantes na prática não são realizados.

- *Ausência de calçamento nas ruas do território e acúmulo de lixo.*

Existem várias ruas sem calçamento, além de um lixão a céu aberto no território de abrangência na unidade, contribuindo para exacerbações de doenças respiratórias e infecto-contagiosas.

➤ **Segundo passo: priorização dos problemas**

Para priorizar os problemas foram utilizados os critérios citados por Campos; Faria e Santos (2010) demonstrados no quadro 1.

Quadro 1 - Priorização dos Problemas na área de abrangência da unidade básica Santo Antônio I - 2014

Principais Problemas	Importância	Urgência	Capacidade de enfileiramento	Seleção
Falta de medicações na unidade básica	Alta	6	fora	5
Tabagismo	Alta	7	parcial	1
Falta de consultas especializadas	Alta	7	fora	4
Escassez de exames	Alta	7	fora	3
Ausência de asfaltamento e acúmulo de lixo	Alta	5	parcial	2

Fonte: o próprio autor

➤ **Terceiro e quarto passos: descrição e explicação do problema**

Por meio da Estimativa Rápida, analisando os dados disponíveis sobre a Unidade de Saúde Santo Antônio I, com a ajuda da discussão com a equipe do PSF e do apoio da equipe do NASF, além da própria demanda dos usuários do serviço durante as consultas e das principais comorbidades da população, percebe-se a importância do controle do tabagismo nesta área. Na população existe número elevado de fumantes, nos quais apresentam doenças associadas como doença pulmonar obstrutiva crônica, doença vascular periférica, trombozes e amputações, doenças coronarianas, afecções respiratórias (como asma, rinite alérgica, crises de

sinusites, otites e pneumonias), impotência sexual, neoplasias, além de algumas gestantes fumantes (em risco de malformações fetais e crescimento intrauterino restrito).

➤ ***Quinto passo: identificação dos “nós – críticos”***

Percebe-se após análise do serviço oferecido pela unidade básica de saúde Santo Antônio I alguns nós críticos em relação ao tabagismo e a sua abordagem, podendo-se citar:

➤ ***Falta de capacitação da equipe para atendimento do paciente tabagista.***

A equipe não é treinada para o tratamento do tabagismo. O Programa Nacional de combate ao Tabagismo (PNCT) criou uma abordagem muito interessante para combate ao tabagismo, por meio da terapia cognitiva comportamental em grupos específicos. Uma das principais ações do PNCT é instrumentalizar os profissionais de saúde com estratégias e material técnico de apoio para combate ao tabagismo. Ou seja, seria necessário o treinamento da equipe (médico, enfermeira, agentes comunitários de saúde e técnico de enfermagem) com base na abordagem desse programa, para assim intervir na população fumante.

➤ ***Material didático não disponível***

Não existe material disponível para abordagem do tabagismo como preconizado pelo PNCT e também não se encontram disponíveis as medicações necessárias. O município deveria, antes de iniciar o programa, dispor dos materiais para os grupos de tabagistas (cartilhas, panfletos, cartazes) e das próprias medicações que seriam usadas em pacientes específicos (adesivos e gomas de nicotina, bupropiona e nortriptilina, no mínimo).

➤ ***Falta de motivação dos fumantes na adesão ao tratamento***

A maioria dos fumantes ainda estão em fases iniciais dos graus de motivação. Durante o processo de abordagem e tratamento do tabagismo, todo fumante encontra-se em uma fase específica dos graus de motivação. São elas: pré-

contemplação, contemplação, preparação, pronto para ação, manutenção e recaída. Os melhores resultados são obtidos com fumantes que se encontram em fases avançadas, pois esses já reconhecem os malefícios do cigarro e estão prontos para aderirem ao tratamento. Porém, percebe-se que no território do PSF Santo Antônio I grande parte dos fumantes encontra-se em fases como pré-contemplação e contemplação, ou seja, negam os malefícios do cigarro ou não se esforçam para cessarem o uso do mesmo. A abordagem desses pacientes seria infrutífera, portanto boa parte deles necessita de esclarecimentos, palestras e informações a fim de avançarem na escala de motivação e assim aderirem adequadamente aos grupos terapêuticos.

➤ ***Indisponibilidade de tempo para organização da agenda***

Seria necessário tempo extra ou reorganização da agenda da unidade para abordagem dos grupos de tabagismo. O método usado pelo PNCT prevê terapia intensiva em grupos, organizados periodicamente (semanalmente, quinzenal, mensal e semestral). Cada reunião teria duração de cerca de noventa minutos, exigindo um tempo extra e reorganização no serviço, tendo em vista que a demanda na unidade é grande e poderia atrapalhar os atendimentos de rotina já estabelecidos pelo serviço. Neste sentido é necessário estimular horários e dias fixos para este atendimento.

Abordagem interessante frente a esse problema seria a implantação dos grupos de tabagismo, como preconizado pelo Programa Nacional de Combate ao Tabagismo (PNCT), visando a diminuição do número de fumantes, o que indiretamente ajudaria no controle de muitas afecções da população da área como doenças respiratórias e cardiovasculares, já que essas também são as principais causas de morte da população adscrita.

➤ ***Sexto passo: Proposta de operações para resolução dos nós críticos.***

O plano de ação é composto de operações estruturadas para enfrentar as causas mais importantes (ou os “nós críticos”) do problema selecionado. As operações são conjuntos de ações que devem ser desenvolvidas durante a execução do plano (CAMPOS; FARIA; SANTOS, 2010).

Abaixo encontra-se um quadro esquematizado com a proposta de operações para resolução dos nós críticos.

Quadro 2 - Proposta de operações para resolução dos nós críticos

Nós Críticos	Operação	Resultados esperados	Produtos esperados	Recursos necessários
Falta de capacitação da equipe para o atendimento do paciente tabagista	<p>"Equipe capacitada, população assistida"</p> <p>Capacitar a equipe para o atendimento do paciente tabagista.</p>	Enfermeira e médico capacitados para coordenarem os grupos de tabagismo. Agentes comunitários de saúde e técnico de enfermagem treina dos para abordarem os pacientes e os encaminharem aos grupos.	Enfermeira e médico aptos para liderarem os grupos e treinados no método proposto pelo PNCT. ACS e técnico de enfermagem capazes de entender como funciona o programa e aptos a abordarem os usuários.	<p>-Organizacional: capacitação da equipe em relação ao PNCT.</p> <p>-Cognitivo: estudar os protocolos e modelos propostos pelo PNCT.</p> <p>-Político: conseguir adesão do município ao PNCT.</p> <p>-Financeiro: deslocamento da equipe ou dos treinadores para o capacitação no PNCT.</p>
Material didático não disponível.	<p>"Materiais Disponíveis"</p> <p>Adquirir material didático.</p>	Disponibilidade dos manuais, protocolos e materiais usados nos grupos de tabagismo.	Material didático disponível para serem usados pelos coordenadores durante as sessões e grupos operacionais.	<p>-Financeiro: recursos para suprir os materiais usados durante as sessões (folhetos, manuais, caderno de ata, cartazes, projetor para as apresentações).</p> <p>-Organizacional: Reunir enfermeira e médico e definir os principais materiais a serem adquiridos, comprados, impressos ou emprestados pela secretaria de saúde do município. Apresentar orçamento à secretaria de saúde e disponibilizar materiais antes de iniciar os grupos.</p>
Falta de medicamentos usados no combate ao tabagismo.	<p>"Drogas do bem"</p> <p>Disponibilizar os medicamentos para os pacientes.</p>	Disponibilidade dos principais medicamentos usados no combate ao tabagismo.	Principais medicamentos usados disponíveis na farmácia básica do município.	<p>-Político: obter apoio do gestor para abastecer a farmácia básica com as medicações necessárias. Adesão do município ao PNCT do INCA.</p> <p>-Organizacional: Apresentar à secretaria de saúde e farmacêutico do município as principais medicações usadas no PNCT, explicando sua importância no projeto e qual a previsão aproximada da quantidade a ser utilizada.</p>

Nós Críticos	Operação	Resultados esperados	Produtos esperados	Recursos necessários
Falta de motivação dos fumantes para aderirem ao tratamento	<p>"Motivar para vencer"</p> <p>-Incentivar os tabagista a aderirem ao tratamento.</p> <p>-Aumentar o grau de motivação dos tabagistas.</p>	<p>Maioria dos fumantes estabelecidos em estágios avançados de motivação.</p>	<p>Usuários preparados para a abordagem de combate ao tabagismo, segundo o modelo cognitivo-comportamental (prontos para ação).</p>	<p>-Organizacional: organizar uma pesquisa e acolhimento dos fumantes da área. Marcar uma reunião inicial e periodicamente com os mesmos.</p> <p>-Cognitivo: treinamento do médico para abordagem dos fumantes, quanto as informações necessárias para avançar na escala de motivação. Treinar os ACS para a pesquisa inicial.</p> <p>-Financeiro: materiais usados na pesquisa dos fumantes e durante a reunião inicial.</p>
Indisponibilidade de tempo para organização da agenda	<p>"Organizar é fundamental"</p> <p>-Discutir com a equipe um dia e horário para atendimento do paciente e capacitação da equipe para organizar agenda.</p>	<p>Agenda reorganizada e adequada aos grupos de combate ao tabagismo.</p>	<p>Tempo disponível e adequado para os grupos operacionais de combate ao tabagismo.</p>	<p>-Organizacional: reunião com a equipe para propor um cronograma dentro da agenda para realização dos grupos, sem prejudicar o atendimento normal já estabelecido pela equipe</p> <p>-Político: propor junto ao gestor, o funcionamento dos grupos baseados em horário extra ou parte de um turno disponível para os grupos.</p>

➤ **Sétimo passo: identificação dos recursos críticos**

São considerados recursos críticos aqueles indispensáveis para a execução de uma operação e que não estão disponíveis e, por isso, é importante que a equipe tenha clareza de quais são esses recursos, para criar estratégias para que se possa viabilizá-los (CAMPOS; FARIA; SANTOS, 2010).

Quadro 3 - Identificação dos recursos críticos

Operação	Recursos críticos
"Equipe capacitada, população assistida"	-Organizacional: capacitação da equipe em relação ao PNCT. -Político: conseguir adesão do município ao PNCT. -Financeiro: deslocamento da equipe ou dos treinadores para a capacitação no PNCT.
"Materiais Disponíveis"	-Financeiro: recursos para suprir os materiais usados durante as sessões (folhetos, manuais, caderno de ata, cartazes, projetor para as apresentações)
"Drogas do bem"	-Político: obter apoio do gestor para abastecer a farmácia básica com as medicações necessárias.
"Motivar para vencer"	-Organizacional: organizar uma pesquisa e acolhimento dos fumantes da área. Marcar uma reunião inicial e periodicamente com os mesmos. -Financeiro: materiais usados na pesquisa dos fumantes e durante a reunião inicial
"Organizar é fundamental"	-Político: propor junto ao gestor, o funcionamento dos grupos baseados em horário extra ou parte de um turno disponível para os grupos.

➤ **Oitavo passo: Análise de viabilidade do plano**

A idéia de construir a viabilidade para o plano sustenta-se em possibilidades trabalhadas pelo PES (Planejamento Estratégico Situacional), que colocam como sendo, até certo ponto, possível transformar as motivações dos atores. Isto pode ser conseguido por meio de ações estratégicas que buscam mobilizar ou convencer certos atores para que mudem sua posição (CAMPOS; FARIA; SANTOS, 2010). Na página seguinte encontra-se o quadro com as ações estratégicas para viabilizar o plano.

Quadro 4 - Ações estratégicas para viabilizar o plano

Operação	Recursos críticos	Ator que controla	Motivação	Ação estratégica
"Equipe capacitada, população assistida"	-Organizacional: capacitação da equipe em relação ao PNCT.	Equipe do governo responsável pelo PNCT e Médico	Favorável	---
	-Político: conseguir adesão do município ao PNCT.	Secretaria de saúde do município	Favorável	---
	-Financeiro: deslocamento da equipe ou dos treinadores para o capacitação no PNCT.	Secretaria de saúde do município	Indiferente	Apresentar o projeto, enfatizar benefícios a curto e longo prazo
"Materiais Disponíveis"	-Financeiro: recursos para suprir os materiais usados durante as sessões (folhetos, manuais, caderno de ata, cartazes, projetor para as apresentações)	Prefeitura e secretaria de saúde do município	Indiferente	Apresentar o projeto, enfatizar benefícios a curto e longo prazo
"Drogas do bem"	-Político: obter apoio do gestor para abastecer a farmácia básica com as medicações necessárias.	Prefeitura e secretaria de saúde do município	Indiferente	Apresentar o projeto, enfatizar benefícios a curto e longo prazo
"Motivar para vencer"	-Organizacional: organizar uma pesquisa e acolhimento dos fumantes da área. Marcar uma reunião inicial e periodicamente com os mesmos.	Equipe de saúde da unidade	Favorável	---
	-Financeiro: materiais usados na pesquisa dos fumantes e durante a reunião inicial.	Prefeitura e secretaria de saúde do município	Indiferente	Apresentar o projeto, enfatizar benefícios a curto e longo prazo
"Organizar é fundamental"	-Político: propor junto ao gestor, o funcionamento dos grupos baseados em horário extra ou parte de um turno disponível para os grupos.	Prefeitura e secretaria de saúde do município	Indiferente	Apresentar o projeto, enfatizar benefícios a curto e longo prazo

➤ **Nono passo: elaboração do plano operativo**

A principal finalidade desse passo é a designação de responsáveis pelos projetos e operações estratégicas, além de estabelecer os prazos para o cumprimento das ações necessárias.

O gerente de uma operação é aquele que se responsabilizará pelo acompanhamento da execução de todas as ações definidas, o que não significa que o responsável deva executá-las. Ele pode contar com o apoio de outras pessoas.

Equipe capacitada, população assistida. Gerentes da operação: médico e enfermeira. Prazo para execução: 03 meses.

Materiais disponíveis. Gerente: enfermeira. Prazo: Início em 03 meses, após a capacitação da equipe. Término em 04 meses.

Drogas do bem. Gerente: médico. Prazo: Início em 3 meses, após a capacitação da equipe. Término em 04 meses.

Motivar é vencer. Gerente: médico. Prazo: 03 meses para o início das atividades, após a capacitação da equipe e término em 02 meses após o início.

Organização é fundamental. Gerente: enfermeira. Prazo: 03 meses para início das atividades, após a capacitação da equipe e término em 01 mês.

Na página seguinte pode-se visualizar o quadro com o plano operativo.

Quadro 5 - Plano operativo

Operação	Resultados	Ações Estratégicas	Responsável	Prazo
Equipe capacitada, população assistida	Enfermeira, médico, ACS e técnico de enfermagem capacitados no método do PNCT.	Apresentar o projeto para a secretaria municipal de saúde (SMS), mostrar benefícios a curto e longo prazo. Estudar e capacitar segundo o PNCT a partir de uma equipe multiplicadora do INCA.	Thiago e equipe multiplicadora do PNCT	03 meses
Materiais disponíveis	Manuais e materiais usados nos grupos disponíveis na unidade básica de saúde	Apresentar o projeto, mostrar benefícios a curto e longo prazo para a SMS, com o objetivo de obter apoio financeiro do gestor	Poliane	04 meses, após o treinamento da equipe. Ou seja prazo final de 07 meses após o início do projeto.
Drogas do bem	Principais fármacos do PNCT disponíveis na farmácia básica.	Apresentar o projeto, mostrar benefícios a curto e longo prazo para a SMS e o farmacêutico do município, com o objetivo de obter as medicações usadas pelos participantes dos grupos.	Thiago	04 meses, após o treinamento da equipe. Ou seja prazo final de 07 meses após o início do projeto.
Motivar para vencer	Fumantes prontos para ação.	Organizar uma pesquisa e acolhimento dos fumantes da área. Marcar uma reunião inicial e periodicamente com os mesmos, utilizando os recursos motivacionais do método cognitivo-comportamental do PNCT.	Thiago e ACS	02 meses, após o treinamento da equipe. Ou seja, 5 meses após o início do projeto.
Organizar é fundamental	Tempo disponível e adequado para os grupos operacionais.	Reunir com a equipe para propor um cronograma dentro da agenda para realização dos grupos, sem prejudicar o atendimento normal já estabelecido pela equipe. Propor junto ao gestor, em uma reunião, o funcionamento dos grupos baseados em horário extra ou parte de um turno disponível para os grupos.	Poliane	01 mês, após o treinamento da equipe. Ou seja, 04 meses após o início do projeto.

➤ **Décimo passo: Gestão do plano**

É preciso desenvolver e estruturar um sistema de gestão que dê conta de coordenar e acompanhar a execução das operações, indicando as correções de rumo necessárias. Esse sistema de gestão deve também garantir a eficiente

utilização dos recursos, promovendo a comunicação entre os planejadores e executores.

Quadro 6 - Gestão do Plano

Operação: Equipe capacitada, população assistida					
Gerente da operação: Thiago e Poliane			Avaliação: após 03 meses de início do projeto		
Produtos	Responsável	Prazo	Situação Atual	Justificativa	Prazo
Enfermeira, médico e ACS capacitados no método do PNCT.	Thiago e equipe multiplicadora do PNCT	03 meses			

Operação: Materiais disponíveis					
Gerente da operação: Poliane			Avaliação: após 07 meses de início do projeto		
Produtos	Responsável	Prazo	Situação Atual	Justificativa	Prazo
Manuais e materiais usados nos grupos de combate ao tabagismo.	Poliane	04 meses			

Operação: Drogas do bem					
Gerente da operação:Thiago			Avaliação: após 07 meses de início do projeto		
Produtos	Responsável	Prazo	Situação Atual	Justificativa	Prazo
Principais fármacos usados no PNCT disponíveis na farmácia básica.	Thiago	04 meses			

Operação: Motivar é vencer					
Gerente da operação:Thiago			Avaliação: após 5 meses de início do projeto		
Produtos	Responsável	Prazo	Situação Atual	Justificativa	Prazo
Fumantes prontos para ação.	Thiago e ACS	02 meses			

Operação: Organização é fundamental					
Gerente da operação: Poliane			Avaliação: após 4 meses de início do projeto		
Produtos	Responsável	Prazo	Situação Atual	Justificativa	Prazo
Tempo disponível e adequado para os grupo operacionais.	Poliane	01 mês			

7 CONSIDERAÇÕES FINAIS

O plano de intervenção precisa ser realizado com a colaboração de toda a equipe básica de saúde e dos gestores do município, além de contar com a participação da comunidade após implantação do PNCT. Espera-se realizar, a curto prazo, promoção de saúde por meio da capacitação dos profissionais da equipe, da informação e educação da população, além do tratamento da dependência do tabagismo. A longo prazo, espera-se redução das comorbidades e causas de mortalidade associada ao tabagismo na comunidade e, dessa forma, melhorar a qualidade de vida e saúde dos usuários do serviço da atenção primária.

Diante do plano proposto acredita-se que as ações a serem desenvolvidas podem impactar de maneira significativa no problema levantado pela equipe, melhorando o desempenho e alcançando o aprimoramento no atendimento da população alvo e, conseqüentemente, ser um reflexo para toda a comunidade no combate ao tabagismo e prevenção dos seus agravos.

REFERÊNCIAS

BRASIL. INCA. **Atlas de Mortalidade por Câncer no Brasil**. Rio de Janeiro: Secretaria Executiva da Comissão Nacional para Implementação da Convenção-Quadro para Controle do Tabaco. 2014. Disponível em: <<http://mortalidade.inca.gov.br/Mortalidade/>> Acesso em: 14 fev. 2015.

BRASIL. Ministério da Saúde. Instituto Nacional de Câncer. Coordenação de Prevenção e Vigilância (CONPREV). **Abordagem e Tratamento do Fumante - Consenso 2001**. Rio de Janeiro: INCA, 2001. 38 p.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Instituto Nacional de Câncer. Coordenação de Prevenção e Vigilância. **Deixando de fumar sem mistérios: manual do coordenador**. 2. ed. rev. reimp. - Rio de Janeiro: INCA, 2004. 83 p.

BRASIL. **Sistema de Informação da Atenção Básica - SIAB**. Brasília: MS, 2012. Disponível em: <<http://www2.datasus.gov.br/SIAB/index.php?area=04>> Acesso em: 12 fev. 2014.

CAMPOS, F. C. C.; FARIA H. P.; SANTOS. M. A. **Planejamento e avaliação das ações em saúde**. NESCON/UFMG - Curso de Especialização em Atenção Básica em Saúde da Família .2ed. Belo Horizonte: Nescon/UFMG, 2010.

CORRÊA, E. J.; VASCONCELOS, M.; SOUZA, M. S. L. **Iniciação à metodologia: textos científicos**. NESCON/UFMG – Curso de Especialização em Atenção Básica em Saúde da Família. Belo Horizonte: Nescon/UFMG, 2014.

HENNINGFIELD JE, KEENAN RM. **Nicotine delivery kinetics and abuse liability**. J Consult Clin Psychol 1993;61:743-50. Disponível em: <<http://psycnet.apa.org/index.cfm?fa=buy.optionToBuy&id=1994-06015-001>> Acesso em: 10 out. 2014.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA –IBGE.**Censo demográfico, 2010.**, 2010. Disponível em: <<http://www.cidades.ibge.gov.br/xtras/perfil.php?lang=&codmun=316110&search=minas-gerais|sao-francisco>> Acesso em: 10 mar. 2014.

LARANJEIRA, E.; CORDEIRO, D. C.; DIEHL, A.; **Dependência Química: Prevenção, Tratamento e Políticas Públicas**. Porto Alegre: Artmed, 2010.

MARQUES A. C. P. R. *et al.* Consenso sobre o tratamento da dependência de nicotina. **Revista Brasileira de Psiquiatria**, v. 23, n. 4, p. 200-14, 2001.

MATUS, C. Fundamentos da planificação situacional. In: RIVERA, F.J.U. (Org.). **Planejamento e programação em saúde: um enfoque estratégico**. São Paulo: Cortez, 1989. p.105-176.

OMS: World Health Organization. WHO report on the global tobacco epidemic, 2008: **the MPOWER package**. Geneva: WHO; 2008. Disponível em: <http://www.who.int/tobacco/mpower/mpower_report_full_2008.pdf> Acesso em: 14 fev. 2015.

PAN AMERICAN HEALTH ORGANIZATION (PAHO). **Smoking and Health in the Americas**. A 1992 report of the Surgeon General in collaboration with the Pan American Health organization. Atlanta, Georgia, 1992. Disponível em <<http://tobaccocontrol.bmj.com/content/1/2/150.full.pdf> > Acesso em: 10 out. 2014;

RELATÓRIO GERENCIAL. **Brasília: Sala de Apoio à Gestão Estratégica** - MS, 2012. Disponível em: <<http://189.28.128.178/sage/sistemas/relatorio/relnovo.php>> Acesso em: 10 dez. 2013.

SÃO FRANCISCO:SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE. **História do Município de São Francisco**. 2013. Disponível em: <<http://www.prefeituradesaofrancisco.mg.gov.br/a-cidade/historia/>> Acesso em: 20 nov. 2013.

SÃO FRANCISCO:SECRETARIA MUNICIPAL DE Saúde. **Programa de Agentes Comunitários de Saúde**, 2013. Disponível em: <<http://www.prefeituradesaofrancisco.mg.gov.br/conteudo/saude/>> Acesso em: 20 nov. 2013.

SÃO FRANCISCO: SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE. **Relatório Anual de Gestão.**, 2012. Disponível em: <<http://aplicacao.saude.gov.br/sargsus/login%21carregaRelatorioExterno.action?codUf=31&codTpRel=01>> Acesso em: 15 dez. 2013.

SOUZA L. P. C. et al. Conhecimento da prevalência do tabagismo entre alunos da Universidade de Ribeirão Preto – campus Guarujá. **II Simpósio Internacional de Ciências Integradas da UNAERP-** Campus Guarujá - São Paulo, 2004.