

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

JÚLIO CÉSAR DE ALMEIDA

**O TABAGISMO NA ÁREA DE ABRANGÊNCIA DA ESTRATÉGIA DE
SAÚDE DA FAMÍLIA CAMINHOS DO IVITURUY, SERRO-MG:
UMA PROPOSTA DE INTERVENÇÃO**

DIAMANTINA / MINAS GERAIS
2014

JÚLIO CÉSAR DE ALMEIDA

**O TABAGISMO NA ÁREA DE ABRANGÊNCIA DA ESTRATÉGIA DE
SAÚDE DA FAMÍLIA CAMINHOS DO IVITURUY, SERRO-MG: UMA
PROPOSTA DE INTERVENÇÃO**

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

Orientadora: Prof.^a Silvana Spíndola de Miranda

**DIAMANTINA / MINAS GERAIS
2014**

JÚLIO CÉSAR DE ALMEIDA

**O TABAGISMO NA ÁREA DE ABRANGÊNCIA DA ESTRATÉGIA DE
SAÚDE DA FAMÍLIA CAMINHOS DO IVITURUY, SERRO-MG: UMA
PROPOSTA DE INTERVENÇÃO**

Banca examinadora

Prof.^a Silvana Spíndola de Miranda -orientadora:

Prof.^a Matilde Meire Miranda Cadete

Aprovado em Belo Horizonte, em 30 de dezembro de 2014

RESUMO

O tabagismo configura-se atualmente como um problema de saúde pública mundial. Mais de 50 doenças podem ser relacionadas ao consumo do tabaco. A Estratégia de Saúde da Família Caminhos do Ivituruy, localiza-se no município de Serro/MG, sendo responsável pelo atendimento de aproximadamente 3.006 usuários. A partir dos dados levantados no diagnóstico situacional da comunidade adscrita observou-se a alta prevalência local do tabagismo, bem como sua influência negativa sobre a saúde de grupos não fumantes. Assim, este estudo objetivou propor um plano de intervenção com vistas à redução do tabagismo na área de abrangência da ESF Caminhos do Ivituruy, Serro-MG. Para tal, fez-se pesquisa bibliográfica na Biblioteca Virtual em Saúde e em Manuais do Ministério da Saúde com os descritores: tabagismo, prevenção, e atenção primária. Espera-se que com o desenvolvimento de ações que incentivem o abandono do uso de tabaco, alcancem-se benefícios ao contexto de saúde dos próprios usuários e de seus contatos.

Palavras-chave: Tabagismo. Atenção Primária. Prevenção.

ABSTRACT

Smoking currently set up as a global public health problem. Over 50 diseases can be related to tobacco consumption. The Estratégia Saúde da Família Caminhos do Ivituruy, located in the city of Serro/MG, being responsible for servicing approximately 3006 users. From the data collected in the situational diagnosis of the enrolled community observed the high prevalence of smoking place and its negative influence on the health of non-smoking groups. This study aimed to propose an action plan aimed at reducing smoking in the area covered by the ESF Caminhos do Ivituruy, Serro-MG. To this end, there was literature in the Biblioteca Virtual de Saúde and the Manuais do Ministério da Saúde to the descriptors: smoking, prevention and primary care. It is expected that with the development of actions that encourage the abandonment of tobacco use, reaching up benefits to the health context of the users and their contacts.

Key words: Smoking, Primary Care, Prevention

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

ACS	Agente Comunitário de Saúde
APS	Atenção Primária à Saúde
CEABSF	Curso de Especialização em Atenção Básica em Saúde da Família
CIM	Clínica Infantil Municipal
COMSAS	Conselho Municipal de Saúde do Serro
ESF	Estratégia Saúde da Família
IDHM	Índice de Desenvolvimento Humano Municipal
Inca	Instituto Nacional de Câncer
Km	Quilômetro
MG	Minas Gerais
NASF	Núcleo de Apoio à Saúde da Família
NESCON	Núcleo de Educação em Saúde Coletiva
PEP	Programa de Educação Permanente
PES	Planejamento Estratégico Situacional
PNCT	Programa Nacional de Controle do Tabagismo
PNUD	Programa das Nações Unidas para o Desenvolvimento
PROVAB	Programa de Valorização do Profissional da Atenção Básica
SIAB	Sistema de Informação da Atenção Básica
SINASC	Sistema de Informações sobre Nascidos Vivos
SMS	Secretaria Municipal de Saúde
SUS	Sistema Único de Saúde
TFD	Tratamento Fora de Domicílio
UFMG	Universidade Federal de Minas Gerais

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

Figura 1	Localização do município do Serro	10
Figura 2	Árvore explicativa do problema prevalência do tabagismo.	33
Gráfico 1	Taxa de Atividade e de Desocupação 18 anos ou mais - 2010	12
Gráfico 2	Índice de Desenvolvimento Humano Municipal – IDHM Serro	12
Gráfico 3	Taxa de Natalidade Anual de 2003 a 2012, Serro/MG	14
Quadro 1	Dados do município de Serro/MG	11
Quadro 2	Classificação de prioridades para os problemas identificados no diagnóstico da ESF Caminhos do Ivituruy, 2013.	26
Quadro 3	Desenho de operações para os “nós” críticos do problema prevalência do tabagismo.	34
Quadro 4	Identificação dos recursos críticos para o desenvolvimento das operações definidas para o enfrentamento dos “nos” críticos do problema prevalência do tabagismo.	35
Quadro 5	Propostas de ações para a motivação dos atores	35
Quadro 6	Plano Operativo	36
Quadro 7	Planilha para acompanhamento de projetos	37
Tabela 1	Abastecimento de água por Estratégia Saúde da Família, Serro/MG – 2012	13
Tabela 2	Destino de fezes e urina por Estratégia Saúde da Família, Serro/MG – 2012	13
Tabela 3	População Residente por Faixa Etária e Sexo, Serro/MG – 2010	14
Tabela 4	Distribuição da população por situação de domicílio de 2007 a 2013, Serro/MG	14
Tabela 5	Proporção da população cadastrada pelas Estratégias Saúde da Família no ano de 2012, Serro/MG	15
Tabela 6	Corpo técnico da Saúde do município de Serro em 2014	21
Tabela 7	População segundo a faixa etária na área de abrangência da Estratégia Saúde da Família Caminhos do Ivituruy no ano de 2013.	22
Tabela 8	Corpo técnico da saúde ESF Caminhos do Ivituruy, 2014.	23
Tabela 9	Características sociais da população da área de abrangência da Estratégia Saúde da Família Caminhos do Ivituruy, 2013.	24

Tabela 10	Condições clínicas de agravos à saúde da população adscrita à ESF Caminhos do Ivituruy, 2013.	25
Tabela 11	Morbidade referida na área de abrangência da ESF Caminhos do Ivituruy, 2013.	25

SUMÁRIO

1. INTRODUÇÃO	10
2. JUSTIFICATIVA	28
3. OBJETIVOS	29
4. METODOLOGIA	30
5. BASES CONCEITUAIS	31
6. PROPOSTA DE INTERVENÇÃO	33
7. CONSIDERAÇÕES FINAIS	38
REFERÊNCIAS	39

1 INTRODUÇÃO

Inicialmente, apresenta-se o município do interior de Minas Gerais onde se realizou o presente estudo. Serro localiza-se no Alto Jequitinhonha, no centro-leste mineiro, cercado de montanhas e serras e também conhecido como a Terra do Queijo. No mapa do estado, identifica-se a localização do município conforme figura 1.

Figura 1 - Localização do município do Serro



Fonte: SERRO, 2014.

Historicamente, Serro é:

Considerada a cidade-mãe de Diamantina e de inúmeros povoados de uma vasta região, Serro teve início no Arraial das Lavras Velhas do Ivituruy, no início do séc. XVIII, com a mineração de ouro. [...] Por volta de 1711, o arraial já era o principal núcleo minerador de toda a área e, em 1714, foi elevado à categoria de vila, com o nome de Vila do Príncipe do Serro Frio. Seis anos depois, instituiu-se a comarca do Serro Frio, com sede na Vila do Príncipe, o que a tornou importante centro de decisões jurídico-administrativas (SERRO,2013)

Em 1838, a vila adquiriu foro de cidade, com a denominação de Serro. Apesar de bastante modificada, a paisagem urbana ainda mostra seu aspecto mais característico: belos e imponentes sobrados, destacados uns dos outros. Predominam as construções do séc. XIX. Possui um patrimônio histórico valioso, originado no Ciclo do Ouro e foi a primeira cidade a ser tombada pelo Instituto do Patrimônio e Artístico Nacional, em 1938.

Com 295 anos de fundação, distante 320 quilômetros de Belo Horizonte, preservando na sede e nos distritos os traços da mais genuína arquitetura colonial mineira, o município se orgulha de ter sido a quarta cidade de Minas a ter imprensa escrita, o Jornal Sentinela Alise.

No mês de julho é realizada a mais autêntica festa folclórica do Estado, dedicada a Nossa Senhora do Rosário. Seu queijo e a cachaça que produz são da melhor qualidade. Malheiros e Cascatinha são pontos de lazer.

Os dados apresentados no Quadro 1 mostram alguns indicadores relativos ao município do Serro.

Quadro 1 - Dados do município de Serro/MG

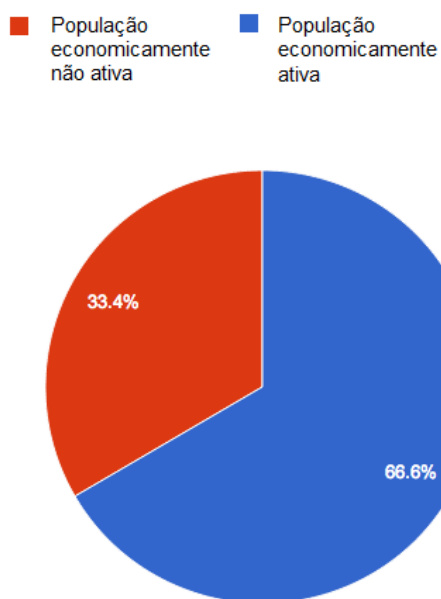
Localização	Centro-Leste do Alto Jequitinhonha
Área	1.214,94 Km ²
Municípios vizinhos	Couto Magalhães de Minas, Presidente Kubtscheck, Datas, Diamantina, Rio Vermelho, Serra Azul de Minas, Santo Antônio do Itambé, Alvorada de Minas, Conceição do Mato Dentro e Sabinópolis.
Principais rodovias de acesso	BR 040, BR 135, BR 259 e MG 10.
Clima	Ameno
Temperatura média anual	19 °C
Distância da Capital	Aproximadamente 320 km
Principais atividades econômicas	Laticínios, mineração e agropecuária.
Divisão Administrativa	<u>Sede Administrativa:</u> Serro <u>Distritos:</u> São Gonçalo do Rio das Pedras; Milho Verde; Vila Deputado Augusto Clementino, Pedro Lessa e Três Barras da Estrada Real.
População	20.835 habitantes (Censo 2010)
Número de famílias	5.353
Criação do município	29/01/1714

Fonte: adaptado de INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA, 2014

No que diz respeito aos aspectos socioeconômicos, Serro tem como principais atividades econômicas: laticínios, mineração e agropecuária.

Quanto às taxas de atividades e de desocupação, os dados do Gráfico apresentam o quantitativo relativo à população economicamente ativa e não ativa.

Gráfico 1 - Taxa de Atividade e de Desocupação 18 anos ou mais - 2010

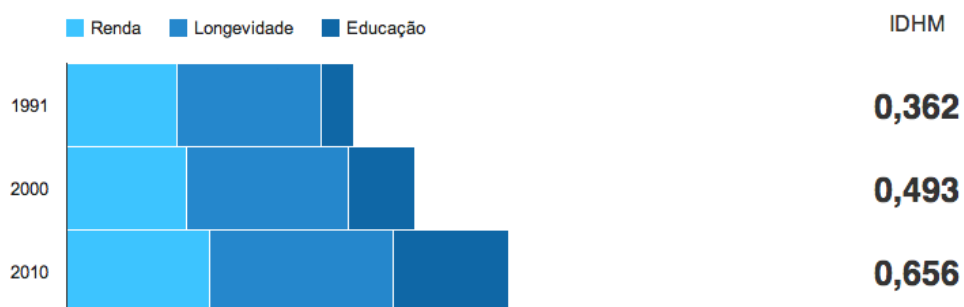


Fonte: PNUD; FJP; IDEP citado por PROGRAMA DAS NAÇÕES UNIDAS PARA O DESENVOLVIMENTO, 2014.

Os dados apontam a predominância de população ativa em relação à inativa.

Discorrendo a respeito do Índice de Desenvolvimento Humano a partir de 1991, tem-se um aumento significativo o que concerne à educação, segundo dados do gráfico 2.

Gráfico 2 - Índice de Desenvolvimento Humano Municipal – IDHM Serro



Fonte: Fonte: PNUD; FJP; IDEP citado por PROGRAMA DAS NAÇÕES UNIDAS PARA O DESENVOLVIMENTO, 2014.

No que se refere ao abastecimento de água para as oito equipes de saúde do Município do Serro, o abastecimento fica assim distribuído segundo dados da Tabela 1 e com destaque para Caminhos do Ivituruy, equipe à qual pertencem, enquanto profissional médico da família.

Tabela 1 - Abastecimento de água por Estratégia Saúde da Família, Serro/MG – 2012

ESF	Rede Pública		Poço ou nascente		Outros	
	Nº	%	Nº	%	Nº	%
Barão de Serro (BS)	356	55,80	281	44,04	01	0,16
Caminhos do Ivituruy (CI)	844	99,88	01	0,12	00	00
Dona Santinha (DS)	03	0,80	370	98,14	04	1,06
Lavras Velhas (LV)	00	00	558	100	00	00
Ministro Pedro Lessa (PL)	75	16,06	392	83,94	00	00
Serro Frio (SF)	02	0,42	433	91,54	38	8,03
Vertente do Jequitinhonha (VJ)	22	4,3	401	98,91	23	5,16
Vila do Príncipe (VP)	1.117	98,33	19	1,67	00	00

Fonte: SERRO, dez. 2012.

Os dados da Tabela 2 mostram a destinação de fezes e urina, também de acordo com cada ESF.

Tabela 2 - Destino de fezes e urina por Estratégia Saúde da Família, Serro/MG – 2012

ESF	Sistema esgoto		Fossa		Céu aberto	
	Nº	%	Nº	%	Nº	%
Barão de Serro (BS)	226	35,42	375	58,78	37	5,80
Caminhos do Ivituruy (CI)	791	93,61	53	6,27	01	0,12
Dona Santinha (DS)	01	0,27	346	91,78	30	7,96
Lavras Velhas (LV)	00	00	536	96,06	22	3,94
Ministro Pedro Lessa (PL)	39	8,35	392	83,94	36	7,71
Serro Frio (SF)	32	6,77	376	79,49	65	13,74
Vertente do Jequitinhonha (VJ)	00	00	409	91,70	37	8,30
Vila do Príncipe (VP)	454	39,96	681	59,95	01	0,09

Fonte: SERRO, dez. 2012.

Quanto aos aspectos demográficos, a Tabela 3 contém dados da população distribuída por faixa etária e gênero.

Tabela 3 - População Residente por Faixa Etária e Sexo, Serro/MG – 2010

Faixa Etária	Masculino	Feminino	Total
Menor 1	147	146	293
1 a 4	621	615	1.236
5 a 9	991	1.054	2.045
10 a 14	1.293	1.189	2.482
15 a 19	1.144	1.105	2.249
20 a 29	1.699	1.595	3.294
30 a 39	1.301	1.294	2.595
40 a 49	1.245	1.247	2.492
50 a 59	878	915	1.793
60 a 69	554	596	1.150
70 a 79	336	450	786
80 e +	165	255	420
Total	10.374	10.461	20.835

Fonte: INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA, 2014

Percebe-se, conforme Tabela 4 haver predominância de população residente em área urbana. Contudo, percebe-se, ainda, que a população na zona rural também cresceu nos últimos anos.

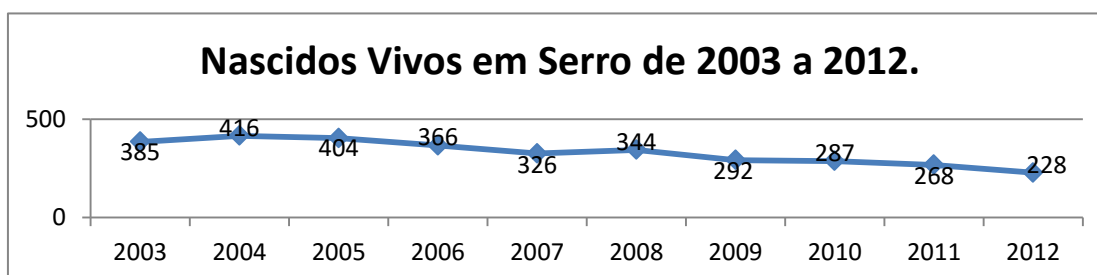
Tabela 4 - Distribuição da população por situação de domicílio de 2007 a 2013, Serro/MG

Ano	Urbana	Rural	Total
2007 (dez)	12.448	5.934	18.382
2008 (dez)	12.928	5.847	18.775
2009 (dez)	12.016	6.887	18.903
2010 (dez)	11.307	7.462	18.769
2011 (dez)	10.784	7.161	17.945
2012 (dez)	9.534	8.829	18.363
2013 (mai)	10.334	8.808	19.142

Fonte: SERRO, 2013.

Quanto à taxa de natalidade anual, os dados encontram-se no Gráfico 3

Gráfico 3 - Taxa de Natalidade Anual de 2003 a 2012, Serro/MG



Fonte: Sistema de Informações sobre Nascidos Vivos –SINASC

O Sistema Local de Saúde apresenta, dentre outros serviços de atenção primária e secundária, um Conselho Municipal de Saúde, criado através da Lei nº: 1.042 de 08 de novembro de 1993, posteriormente alterada pela Lei nº: 2.703 de 07 de Outubro de 2013. Como instância colegiada, com representação paritária e deliberativa funciona com composição de 12 membros com seus respectivos suplentes: seis representantes de entidade de usuário do Sistema Único de Saúde; três representantes dos trabalhadores da secretaria Municipal de Saúde; um representante de prestadores de serviço do Sistema Único de Saúde e dois representantes do Poder Executivo, indicados pelo Prefeito.

O Conselho Municipal de saúde é um órgão ligado à saúde do município que possui a função deliberativa, isto é, fiscaliza as ações de saúde e faz o levantamento de demandas. Em essência ele tem função de representar a comunidade nas discussões sobre Saúde.

O Conselho Municipal de Saúde também denominado de COMSAS se reúne ordinariamente na última terça-feira de cada mês e tem uma Mesa Diretora como órgão operacional de execução e implementação de suas decisões sobre o SUS formada por: Presidente, Vice- Presidente, Secretário e Vice- Secretário.

A respeito do Programa Saúde da Família, o município conta com oito equipes de Saúde da Família, implantadas e em funcionamento de acordo com a Tabela 5

Tabela 5 - Proporção da população cadastrada pelas Estratégias Saúde da Família no ano de 2012, Serro/MG

ESF	População Cadastrada	Famílias Cadastradas	Média familiar
Barão de Serro (BS)	2.387	638	3,74
Caminhos do Ivituruy (CI)	3.006	845	3,55
Dona Santinha (DS)	1.411	377	3,74
Lavras Velhas (LV)	2.259	558	4,04
Ministro Pedro Lessa (PL)	1.721	467	3,68
Serro Frio (SF)	1.893	473	04
Vertente do Jequitinhonha (VJ)	1.433	443	3,23
Vila do Príncipe (VP)	4.253	1.136	3,74

Fonte: SERRO, dez. 2013.

Do total de 19.405 pessoas cadastradas no município, distribuídas em 5.353 famílias tem-se uma média de 3,6 pessoas por família.

Destas ESF's, apenas três equipes possuem uma unidade de saúde adequada (prédio próprio, construído para esta finalidade). As demais são alocadas em casas alugadas e adaptadas para o serviço de unidade de saúde.

O município conta, ainda, com uma equipe do Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF), implantado desde fevereiro de 2013 com os profissionais: Educador Físico, Fisioterapeuta, Fonoaudiólogo, Nutricionista e Psicólogo.

Em relação às Redes de média e alta Complexidade é importante, primeiro, conceitua-las. O Ministério da Saúde define a Média Complexidade Ambulatorial como um sistema composto por ações e serviços que visam atender aos principais problemas e agravos de saúde da população, cuja complexidade da assistência na prática clínica demande a disponibilidade de profissionais especializados e a utilização de recursos tecnológicos, para o apoio diagnóstico e tratamento.

É importante considerar que cabe ao órgão gestor garantir o acesso da população aos serviços de saúde, quer pela oferta existente no território de um município específico, quer pelo encaminhamento a municípios de referências, através da busca crescente da equidade da distribuição dos recursos e da organização de uma rede regionalizada e resolutiva.

O atendimento de média complexidade de Serro está organizado da seguinte maneira:

- Serviço de Atendimento de Urgência e Emergência;
- Atendimento Odontológico;
- Centro Materno Infantil (especialidades de fonoaudiologia, pediatria e psicologia);
- Saúde Mental;
- Clínica de Fisioterapia;
- Laboratório Municipal;
- Policlínica Municipal (nas áreas de clínica médica, ginecologia e obstetrícia, psiquiatria, assistência social, psicologia e em enfermagem);
- Setor de Tratamento Fora de Domicílio.

O serviço de urgência e emergência de Serro possui à sua disposição quatro ambulâncias, e três enfermeiros que trabalham em escala de plantão, além de três

motoristas responsáveis para o transporte de pacientes em caso de urgência e emergência.

O primeiro atendimento hospitalar é realizado pela Casa de Caridade Santa Tereza de Serro, de acordo com a gravidade do caso, e não havendo capacidade instalada necessária para realização dos procedimentos, os pacientes são referenciados para o pronto atendimento dos municípios de Diamantina, Belo Horizonte e alguns para Curvelo.

O Centro Odontológico é responsável pela realização de grande parte do atendimento em saúde bucal do município. Atua de maneira preventiva e curativa, priorizando a primeira.

O atendimento no Centro Materno Infantil se divide em três especialidades: pediatria, psicologia infantil e fonoaudiologia.

A **pediatria** é a especialidade médica dedicada à assistência à criança e ao adolescente, nos seus diversos aspectos, sejam eles preventivos (Puericultura) ou curativos. (principalmente crianças)

Aspectos preventivos envolvem ações como aleitamento materno, imunizações (vacinas), prevenção de acidentes, além do acompanhamento e das orientações necessárias a um crescimento e desenvolvimento saudáveis (puericultura).

Os curativos correspondem aos diversos procedimentos e tratamentos das mais diversas patologias exclusivas ou não da criança e adolescente.

O pediatra é o médico com formação dirigida exclusivamente para os cuidados da criança e do adolescente, com uma formação que compreende no mínimo dois anos de residência médica ou curso de especialização equivalente a pós-graduação, entretanto somente os profissionais que concluíram curso de residência médica conseguem a inscrição da especialidade junto ao registro do CRM.

A **Psicologia Infantil** é uma área que como o próprio nome indica se debruça sobre a criança e o seu funcionamento. É uma área muito vasta que abrange a faixa etária desde o nascimento (ou até desde a gestação), até à adolescência. Para o técnico perceber bem a criança, é necessário que tenha presente as várias etapas do seu desenvolvimento, desde a gestação até à fase “quase” adulta.

Durante este processo a criança vai ultrapassar fases nas quais se vai desenvolvendo e adquirindo competências que vão ser essenciais para se tornar um

adulto saudável tanto físico como psiquicamente, desenvolvendo assim também a sua personalidade. A criança deve ser vista como um todo, emocionalmente e intelectualmente, estando estas duas componentes intimamente interligadas enquanto se vão desenvolvendo. A forma como uma criança desenvolve os seus afetos vai influenciar a forma como se vai desenvolver cognitivamente e o inverso também acontece.

Neste momento, o serviço de psicologia infantil do município atende encaminhamentos de médicos e escolas tendo como principais motivos, a dificuldade de aprendizagem, déficit de comportamento, enurese noturna e diversos outros sintomas psíquicos.

Utiliza-se técnicas de psicopedagogia, da fala e do brincar, além de testes para o psicodiagnóstico e de uma interlocução entre o médico especialista (quando necessário), família e escola para melhor condução do tratamento.

A atuação da **Fonoaudiologia** pela Prefeitura Municipal de Serro, visa promover a saúde fonoaudiológica da população com medidas de prevenção, diagnóstico e tratamento de alterações relacionadas à linguagem oral e escrita, motricidade orofacial, voz e audição.

O trabalho na clínica fonoaudiológica consiste em atendimentos semanais, individuais e/ou em grupo e se concentram na Clínica Infantil Municipal.

Atualmente, devido à grande demanda pelo tratamento fonoaudiológico, o nosso principal objetivo é minimizar/eliminar as alterações apresentadas pela população. No entanto, a meta principal é atuar na prevenção, evitando, dessa forma, o surgimento de tais alterações.

Além dos atendimentos especializados o Centro Materno Infantil conta com os serviços de enfermagem e realiza Teste de Triagem Neonatal (Teste do Pezinho), nebulizações, exames de eletrocardiograma através do Programa Nacional do Telessaúde e ainda conta com os atendimentos da equipe de estagiários do Internato Rural da UFMG.

As ações que envolvem a saúde mental têm como principal objetivo o rompimento com preconceitos existentes em torno da doença mental, a fim de propor a adoção de ações afirmativas que propiciem a inclusão social e viabilizem outras formas de atendimento aos cidadãos portadores de sofrimento mental.

Estima-se que grande parte da população com transtornos mentais leves, - queixas psicossomáticas; abuso de álcool e drogas, dentre outros, são atendidos na atenção básica.

Assim, devido à maior proximidade com as famílias das comunidades atendidas, as equipes da atenção básica se apresentam como um recurso estratégico no enfrentamento de agravos vinculados ao uso abusivo de álcool, drogas e diversas formas de sofrimento psíquico. Neste sentido, será sempre importante e necessária a articulação da saúde mental com a atenção básica.

Um dos desafios da fisioterapia é centrar-se em uma abordagem coletiva e integralizada que enfatize ações de promoção e proteção à saúde para beneficiar o maior número de pessoas quanto às necessidades reais de saúde.

Como um dos ramos da Medicina, a fisioterapia apresenta-se hoje como uma ciência voltada para reabilitação. O objeto do trabalho fisioterapêutico assume diferentes enfoques, mas mostra-se sempre vinculado ao contexto dos fatos humanos.

A fisioterapia tem uma ampla atuação, tanto em níveis ambulatoriais, como hospitalares e institucionais, englobando as áreas ortopédica, esportiva, neurológica, uro-ginecológica, cardiorrespiratória e geriátrica, entre outras. Sua atuação estende-se ainda à área promocional e preventiva da saúde, desenvolvendo trabalhos em planejamento e execução de projetos de saúde e educação para a comunidade, tanto em nível individual como para grupos multiprofissionais.

A atuação do fisioterapeuta junto aos Programas de Saúde da Família, Programas de Interiorização da Saúde, vem se estendendo enormemente devido aos benefícios biopsicossociais para o paciente-cidadão. Experiências comprovaram que esse tipo de atuação na saúde pública ajuda na promoção da saúde, prevenção e recuperação de patologias e culmina num sistema de saúde mais eficaz. A idéia é estabelecer a presença do fisioterapeuta dentro do programa já existente e implantado no município.

A área de atuação primária do fisioterapeuta tem como objetivo a educação em saúde, autoconhecimento, autocuidados ligados à orientação e participação em programas, campanhas de educação em saúde, programas de visitas e orientações domiciliares.

A atuação secundária consiste em ações terapêuticas nos tratamentos específicos de disfunções clínicas, articulares, geniturinárias, geriátricas e

vasculares. Esta área prioriza o atendimento individual, mas em algumas situações pode desenvolver atividades grupais.

Uma das finalidades dos serviços laboratoriais é garantir a universalidade e oportunidade de acesso dos cidadãos à realização dos exames necessários. Além disso, deve-se permitir a integralidade da atenção, a equidade na alocação de recursos e no acesso e a subordinação das diretrizes de política para essa área ao controle social.

Os exames complementares se tornam importante instrumento de investigações de doenças e suas conclusões podem ser utilizadas na medicina hospitalar e clínica como suporte para o médico confirmar ou descartar determinado diagnóstico. São fundamentais à saúde da população de um município.

Na química clínica é fundamental o entendimento e análise dos resultados e procedimentos das dosagens obtidas. A sequência de ações dentro de um laboratório inicia-se com a coleta do material a ser analisado e termina com a emissão de um laudo diagnóstico.

Os exames laboratoriais estão entre os principais e mais utilizados recursos no apoio diagnóstico à prática clínica, o que traz repercussões importantes no cuidado ao paciente e custos ao sistema de saúde. A elevação de tais custos nos últimos 20 anos contribuiu, substancialmente, para a inflação dos custos gerais da assistência à saúde. Sob o ponto de vista dos aportes financeiros federais, os repasses relativos à Patologia Clínica/Medicina Laboratorial representam o segundo maior gasto vinculado ao elenco de procedimentos do primeiro nível da média complexidade ambulatorial.

A implantação de estratégias voltadas à otimização e uso apropriado de exames laboratoriais têm sido bem sucedidas em serviços médicos, ambulatoriais e hospitalares.

Por isso planejar e organizar a assistência laboratorial é de fundamental importância em qualquer município, potencializando a capacidade funcional do laboratório, otimizando o serviço de seus funcionários e agilizando o tempo de resposta, que será fundamental para o tratamento do paciente e evitando algum tratamento desnecessário.

O planejamento e a organização evitam desperdícios e melhora a qualidade do serviço prestado.

Atualmente a Policlínica Municipal presta atendimento à população nas áreas de clínica médica, ginecologia e obstetrícia, psiquiatria, assistência social, psicologia e em enfermagem. Além destes, abriga os serviços de diagnóstico laboratorial, farmácia e esterilização de materiais.

O setor de Tratamento Fora de Domicílio é responsável pelo agendamento de consultas especializadas de usuários do SUS para outros municípios conforme referenciado na pactuação.

Atualmente, o setor de TFD de Serro referencia seus usuários, principalmente, aos municípios de Diamantina, Curvelo e Belo Horizonte através do Consorcio Intermunicipal e da Programação Pactuada e Integrada.

Quanto aos serviços de Apoio Diagnóstico e Terapêutico, possui Raio-x, laboratório de análises clínicas próprio, eletrocardiograma e endoscopia digestiva.

Os recursos humanos em saúde encontram-se discriminados na Tabela 6

Tabela 6- Corpo técnico da Saúde do município de Serro em 2014

Tipo de profissionais	Quantidade
Agente Comunitário de Endemias	10
Agente Comunitário de Saúde	47
Assistente Social	01
Auxiliar de Saúde Bucal	09
Auxiliar e Técnico de enfermagem	23
Auxiliar de farmácia	02
Auxiliar de Laboratório	03
Cirurgião Dentista	12
Educador Físico	01
Enfermeiros	14
Farmacêutico/Bioquímico	02
Fisioterapeuta	03
Fonoaudiólogo	02
Médico Clínico Geral	03
Médico do PSF	09
Médico Ginecologista	01
Médico Pediatra	02
Médico Psiquiatra	01
Psicólogo	03
Técnico Higiene Bucal	01

Fonte: Serro, 2014

Destacam-se, também, como recursos da comunidade: Há um hospital; uma Policlínica como referência em psiquiatria, saúde da mulher, imunização; seis consultórios médicos particulares; três laboratórios; uma clínica infantil; nove equipes da Estratégia Saúde da Família; um centro odontológico; uma clínica de fisioterapia municipal; três clínicas de fisioterapia privadas; oito consultórios odontológicos privados.

Em algumas áreas rurais não existe meio de transporte, a população utiliza o transporte escolar com autorização da Secretária de Educação. Em outras utiliza linhas de ônibus municipais e intermunicipais (Pássaro Verde, Saritur, Viação Serro) ou são utilizados veículos de aluguel (táxi) ou veículos próprios, motos, bicicletas e animais.

Quanto ao lazer, a área urbana disponibiliza a sua população: oito campos de futebol gramados ou não, onze quadras, oito praças, dois clubes de associados, um parque de exposições, um pesque e pague. E a área rural: vinte e nove campos de futebol, inúmeras cachoeiras, uma quadra.

Nesse momento, apresenta-se a Estratégia Saúde da Família Caminhos do Ivituruy cuja área de abrangência é composta dos seguintes bairros: Morro do Centenário, Morro do Vigário, Morro da Páscoa, Praia, Bota-Vira e Arraial de Baixo.

A Tabela 7 apresenta a população da área de abrangência da ESF Caminhos do Ivituruy, no ano de 2013.

Tabela 7 - População segundo a faixa etária na área de abrangência da Estratégia Saúde da Família Caminhos do Ivituruy no ano de 2013.

Faixa Etária (anos)	Sexo		Número de Pessoas
	Masculino	Feminino	
< 1	13	16	29
1 a 4	56	57	113
5 a 6	33	20	53
7 a 9	55	65	120
10 a 14	134	125	259
15 a 19	145	162	307
20 a 39	357	372	729
40 a 49	110	167	277
50 a 59	112	116	228
> 60	114	179	293
Total	1.129	1.279	2.408

Fonte: SERRO, dez. 2013.

É uma área que apresenta uma geografia com relevos íngremes e alguns pontos de trânsito apenas a pé (difícil acesso por veículos). Na área existe um rio, Rio do Lucas, onde passa pelos bairros Bota-Vira, Centro, Praia, Morro do Vigário e Arraial de Baixo. O rio não tem água de boa qualidade, pois, já foi o único veículo de descarte do esgoto da cidade. Após a criação da estação de tratamento e esgoto não recebe mais o esgoto do município, porém, ainda é um grande causador de enchentes no bairro da Praia. Existe uma fonte de água limpa na Rua do Paneleiro onde é utilizado para lavagem de roupas.

Existe crescimento populacional, urbano, sem planejamento, com isso, aumenta-se o risco de intercorrências como na época de chuvas, com inundações em alguns pontos da área como no bairro da Praia e, desabamentos de casa e encostas como nos bairros do Centenário e Vigário.

A urbanização, calçamento, é em sua maioria por pedras e bloquetes. Mas ainda existem ruas sem calçamento causando dificuldade de acesso às casas, principalmente na época de chuvas e excesso de poeira na época de seca. Não há transporte público na área.

A Unidade Básica de Saúde da ESF Caminhos do Ivituruy está localizada à Rua Alferes Luiz Pinto, nº 13 – Centro, com horário de funcionamento de segunda a sexta, de 7:00 às 16:00 horas. Nessa unidade trabalham sete profissionais da saúde, conforme demonstrado na Tabela 8.

Tabela 8 - Corpo técnico da saúde ESF Caminhos do Ivituruy, 2014.

Tipo de Profissionais	Quantidade	Carga Horária
Agente Comunitário de Saúde	4	40 horas semanais
Auxiliar e Técnico de enfermagem	1	40 horas semanais
Enfermeiros	1	40 horas semanais
Médico de ESF	1	32 horas semanais

Fonte: Adaptado Serro, 2014

A Equipe de Saúde Caminhos do Ivituruy iniciou suas atividades em Julho de 2007. Em uma casa alugada, com pouca adaptação para ser Unidade de Saúde. A casa é antiga, porém bem conservada. Conta com sala de recepção, consultório médico, consultório de enfermagem/ ginecológico conjugado a um banheiro, sala de curativos, banheiro social, cozinha. Ainda existe uma sala reservada ao atendimento da equipe do NASF e uma sala de reuniões exclusiva para as atividades do PEP. A

população atendida é muito grande, mas comportada pelo espaço físico da unidade. Entretanto, não há espaço suficiente para a realização de grupos operativos dentro da mesma. Também não há consultório odontológico e sala de vacinas.

A área destinada à recepção é adequada, porém, nos horários de pico de atendimento, observa-se algum tumulto na unidade, sendo motivo de insatisfação de usuários e profissionais de saúde. Existem espaço e cadeiras suficientes, raramente os usuários aguardam o atendimento de pé.

Não há sala de reuniões na unidade, razão pela qual a equipe utiliza o consultório de Enfermagem/ Ginecológico para as reuniões da equipe. Este conta com pouco espaço físico, dificultando a concentração dos presentes durante as atividades. As reuniões com a comunidade (grupos, por exemplo) são realizadas nas sedes das associações de bairro e na Casa da Banda.

A unidade, atualmente, está bem equipada, aproveitando seu espaço físico, mas quase todos os móveis foram doações de outras unidades que já existiam. Falta pouco equipamento para o ideal, mas a estrutura física também não comporta algumas atividades (não há sala de vacinas, consultório odontológico e sala de reuniões).

Na área de abrangência da unidade consta um hospital (Casa de Caridade Santa Tereza), dois consultórios médicos, uma instituição filantrópica de internação de longa permanência (asilo), uma creche municipal, uma escola de ensino infantil, duas associações de bairro e uma praça de esportes.

No que diz respeito às características sócias da população da área da ESF Caminhos Ivituruy. Na Tabela 9 elas se encontram descritas.

Tabela 9 - Características sociais da população da área de abrangência da Estratégia Saúde da Família Caminhos do Ivituruy, 2013.

Característica	N	%
N. de famílias cadastradas	659	100
7 a 14 anos na escola	342	90,24
15 anos e mais alfabetizados	1.782	97,16
Pessoas cobertas c/ plano saúde	76	3,16
Famílias no Bolsa Família	43	6,53

Fonte: SERRO, dez. 2013.

Discorrendo acerca dos aspectos epidemiológicos, na Tabela 11 estão descritas as condições clínicas de saúde da população.

Tabela 10 - Condições clínicas de agravos à saúde da população adscrita à ESF Caminhos do Ivituruy, 2013.

Condições clínicas	Total
Valvulopatias reumáticas em pessoas de 5 a 14 anos	0
Pessoas de 5 a 14 anos	432
Taxa de valvulopatias reumáticas por 1000	0
Acidente vascular cerebral	0
Hipertensos cadastrados	425
Taxa AVC por 1000	0
Infarto agudo do miocárdio	0
Hipertensos cadastrados	425
Taxa infarto por 1000	0
Meningite tuberculosa em menores de 5 anos	0
Numero de menores de 5 anos	142
Taxa de meningite tuberculosa em menores de 5 anos por 1000	0
Citologia oncótica NIC III	0
Mulheres de 15 a 49 anos	701
% citologia oncótica	0
Rn com peso < 2500 g.	5
Rn pesados	30
% Rn com peso < 2500 g	16,67
DHEG (forma grave)	0
Gestantes acompanhadas	12
Taxa DHEG por 1000	0
Gravidez em < 20 anos	3
Gestantes cadastradas	13
% gravidez em < 20 anos	23,08
Pneumonia em < 5 anos	14
Pessoas < 5 anos	142
Taxa pneumonia em < 5 anos	98,59

Fonte: SERRO, dez. 2013.

Os indicadores de cobertura estão relacionados na Tabela 11.

Tabela 11 - População coberta por condição alvo na área de abrangência da ESF Caminhos do Ivituruy, 2013.

Condição alvo	N
Alcoolismo	66
D. Chagas	2
Diabetes	84
Hipertensão	420
Hanseníase	1
Gestante - 10 a 19 anos	1
Gestantes - 20 anos e mais	13

Fonte: SERRO, dez. 2013.

No decorrer das atividades do Módulo de Planejamento e avaliação em ações de saúde (CAMPOS;FARIA;SANTOS, 2010), o diagnóstico situacional elaborado e, ainda, tomando como base os dados epidemiológicos fornecidos pelo Sistema de Informação da Atenção Básica (SIAB) e pelos registros internos da ESF Caminhos do Ivituruy, bem como as observações diretas desenvolvidas pela equipe junto à população adscrita e o território, foram elencados alguns problemas. Após a discussão em grupo da importância, urgência e capacidade de enfrentamento, foi elaborada a ordem de prioridade expressa no quadro 2 a seguir.

Quadro 2 - Classificação de prioridades para os problemas identificados no diagnóstico da ESF Caminhos do Ivituruy, 2013.

Principais Problemas	Importância	Urgência*	Capacidade de enfrentamento	Seleção
Tabagismo e piora das exacerbações asmáticas em crianças contactantes	Alta	8	Parcial	1
Hipertensão	Alta	6	Parcial	2
Desemprego	Alta	5	Fora	3
Violência Doméstica	Alta	5	Fora	4

* Escala empírica de 0 a 10 (maior pontuação equivale a maior urgência).

Reafirmando, as atividades observacionais desenvolvidas pela equipe, juntamente com dados epidemiológicos relativos à área de abrangência da unidade apontaram que um dos problemas prioritários elencados, e escolhido como problema a ser trabalhado, seria alta prevalência de tabagistas na comunidade, principalmente pelo efeito negativo exercido nas exacerbações asmáticas nas crianças residentes no território e que possuem contatos domiciliares tabagistas, durante as estações frias do ano.

Dados levantados a partir dos prontuários da unidade e das observações cotidianas sobre os principais motivos dos atendimentos às crianças do território apontaram para a alta prevalência e incidência de patologias respiratórias, agudas e crônicas, dentro desta população. Constatou-se que todos os anos, durante as estações de clima mais frio e seco, geralmente intensas no município do Serro devido ao seu relevo e posição geográfica, verifica-se um aumento da demanda dos serviços da unidade por parte da população infantil. Tal aumento se deve em grande parte a quadros respiratórios, dentre os quais as crises de exacerbação de asma merecem ser destacadas. Nessas situações, as crianças são acometidas por uma piora do padrão respiratório, geralmente necessitando de intervenções

medicamentosas, por via inalatória. Em muitos casos também se faz necessário o uso de medicações por via oral e até mesmo hospitalizações, devido à gravidade dos quadros. Infecções secundárias oportunistas, como os processos pneumônicos, também não são raras, contribuindo para o alto índice de uso de medicações antibióticas por parte da população nesse período.

Buscando-se conhecer melhor o contexto domiciliar em que as crianças com maior frequência de exacerbações estão inseridas, foi observado por parte dos Agentes Comunitários de Saúde que grande parte destas reside em domicílios com uma ou mais pessoas que fazem uso continuado de tabaco. A partir deste fato, questionou-se a influência negativa que o contato indireto com o tabaco tem exercido sobre as patologias asmáticas desta subpopulação infantil. A literatura médica, há décadas, já conta com evidências acerca dos efeitos deletérios do contato com tabaco sobre os quadros de asma, e outras patologias inflamatórias crônicas das vias respiratórias, em crianças e adultos.

A partir deste trabalho observacional, constatou-se que a prevalência do consumo de tabaco em diversos grupos etários na comunidade é expressiva, datando-se de longa data e podendo ser considerado como um problema de saúde pública no âmbito local. Portanto, foi estabelecida pela equipe, como meta de suas ações, a busca de intervenções no grupo de adultos tabagistas, com objetivo de diminuir a prevalência deste hábito entre os indivíduos adscritos.

2 JUSTIFICATIVA

O presente trabalho foi realizado como parte integrante das atividades propostas pelo Curso de Especialização em Atenção Básica em Saúde da Família (CEABSF), ministrado pelo Núcleo de Educação em Saúde Coletiva (NESCON/UFMG), oferecido aos participantes do Programa de Valorização do Profissional da Atenção Básica (PROVAB), no ano de 2014.

A partir dos dados levantados e da discussão proposta foi possível compreender que existe na Estratégia Saúde da Família Caminhos do Ivituruy a necessidade de se programar ações voltadas ao grupo populacional de tabagistas, incentivando o não consumo de tabaco e oferecendo suporte no processo de abandono do tabagismo.

3 OBJETIVOS

3.1 Objetivo geral

Propor um plano de intervenção com vistas à redução do tabagismo na área de abrangência da ESF Caminhos do Ivituruy, Serro-MG.

3.2 Objetivos específicos

Identificar os fatores determinantes do tabagismo na área de abrangência da Estratégia Saúde da Família Caminhos do Ivituruy, Serro-MG;

Descrever a fundamentação teórica para a proposta a ser elaborada.

Conhecer as políticas e ações de saúde voltadas ao tabagismo

Conhecer o perfil da população tabagista assistida pela Estratégia Saúde da Família Caminhos do Ivituruy.

4 METODOLOGIA

Para o desenvolvimento do Plano de Intervenção foi utilizado o Método do Planejamento Estratégico Situacional - PES conforme os textos da seção 2 do módulo de Planejamento e Avaliação em Saúde (CAMPOS; FARIA; SANTOS, 2010).

A pesquisa bibliográfica foi feita na Biblioteca Virtual em saúde e manuais do Ministério da saúde que abordam a temática em estudo.

Os descritores usados foram: tabagismo, redução e Estratégia Saúde da Família.

5 BASES CONCEITUAIS

O tabagismo configura-se atualmente como um problema de saúde pública mundial. Sua alta prevalência é verificada em diversos países, bem como as taxas de mortalidade das afecções de saúde decorrentes do uso do tabaco são expressivas. A prevalência de fumantes no mundo é de 1,3 bilhão, considerando-se pessoas de 15 ou mais anos, com mortalidade anual de 5,4 milhões de pessoas, relacionada ao tabaco segundo a Organização Mundial de Saúde (WHO, 2008) No Brasil, há 27,9 milhões de fumantes, ocorrendo cerca de 200 mil óbitos relacionados por ano. (VIEGAS *et al.*, 2007)

O consumo do tabaco geralmente se inicia na adolescência, em média entre 13 e 14 anos de idade. Quanto mais precoce o seu início, maior a gravidade da dependência e dos problemas associados (SOCIEDADE BRASILEIRA DE PNEUMOLOGIA E TISIOLOGIA, 2011).

Hoje existem mais de 50 doenças relacionadas ao tabagismo, com influência negativa no funcionamento de diversos sistemas do organismo humano (VIEGAS *et al.*, 2007) Estima-se que na queima de um cigarro sejam produzidas 4.720 substâncias, das quais no mínimo 60 apresentam atividade cancerígena e outras são reconhecidamente tóxicas (WHO, 1992)

No Brasil, ações sistemáticas de controle do tabagismo têm sido adotadas desde 1989, por meio do Instituto Nacional de Câncer (INCA), através do Programa Nacional de Controle do Tabagismo (PNCT). Esse visa diminuir o início do hábito de fumar entre jovens e os riscos do tabagismo passivo, além de ampliar o abandono da dependência ao tabaco (BRASIL, 2011).

Dentro deste contexto, diversas medidas foram tomadas por parte dos órgãos governamentais nas últimas décadas, como a inserção de alertas com frases e imagens nas embalagens do produto, a restrição da publicidade, a exposição limitada aos pontos de venda acompanhada de mensagens de advertência, a e a proibição de sua associação a atividades esportivas e culturais (BRASIL, 2007).

Inquéritos nacionais, embora com metodologias distintas, têm evidenciado redução da prevalência do tabagismo. No entanto, ainda é necessária maior rigidez quanto à exibição feita nos postos de venda, a qual continua atrativa e de fácil acesso ao público infanto-juvenil (SILVA *et al.*, 2014)

Considerando que cerca de 30% dos tabagistas brasileiros fumam 20 cigarros ou mais por dia, sugere-se que há elevado grau de dependência física da nicotina na população, gerando, portanto, a necessidade de suporte terapêutico para esse subgrupo (MONTEIRO *et al.*, 2007).

A Atenção Primária à Saúde (APS) configura-se como cenário oportuno para a execução das ações de controle do tabagismo (PORTES *et al.*, 2014) A abordagem a todos os indivíduos em nível de APS visa não apenas diagnosticar o tabagismo e aconselhar os fumantes, mas estimular aqueles que não fumam para que não comecem a fumar.

Estudos de metanálise revelaram que o aconselhamento dado por qualquer profissional de saúde aumenta as taxas de cessação do tabagismo (GORIN; HECK, 2004) No SUS, o tratamento do tabagismo é feito por meio da abordagem cognitivo-comportamental e apoio medicamentoso, quando indicado (BRASIL, 2001). Tanto a abordagem individual quanto a em grupo são eficazes, sendo ideal um tempo de abordagem de 90 minutos, e um mínimo de quatro sessões para resultados satisfatórios (SOCIEDADE BRASILEIRA DE PNEUMOLOGIA E TISIOLOGIA, 2011) Indivíduos que participam de grupos operativos na APS demonstram mudanças na concepção do que o cigarro representa, construindo projetos de mudança e readequação do comportamento estereotipado (LUCCHESI *et al.*, 2013).

Recomenda-se a associação do aconselhamento ao tratamento medicamentoso, uma vez que há comprovação de resultados superiores nas taxas de cessação do tabagismo com esta associação. (SOCIEDADE BRASILEIRA DE PNEUMOLOGIA E TISIOLOGIA, 2011)

Todavia, a concretização do atendimento ao fumante de forma contínua e resolutiva na APS sofre diversas limitações como a inadequada estruturação das unidades e o variado grau de comprometimento dos profissionais, frente a sua alta rotatividade e diversas atribuições (PORTES *et al.*, 2014).

Não obstante, é importante destacar o menor custo das políticas de promoção da saúde direcionadas ao combate ao tabagismo comparado aos gastos públicos dispensados ao tratamento das afecções associadas ao tabaco (SILVA *et al.*, 2014) Tal fato justifica a relevância da implementação e ampliação de tais estratégias.

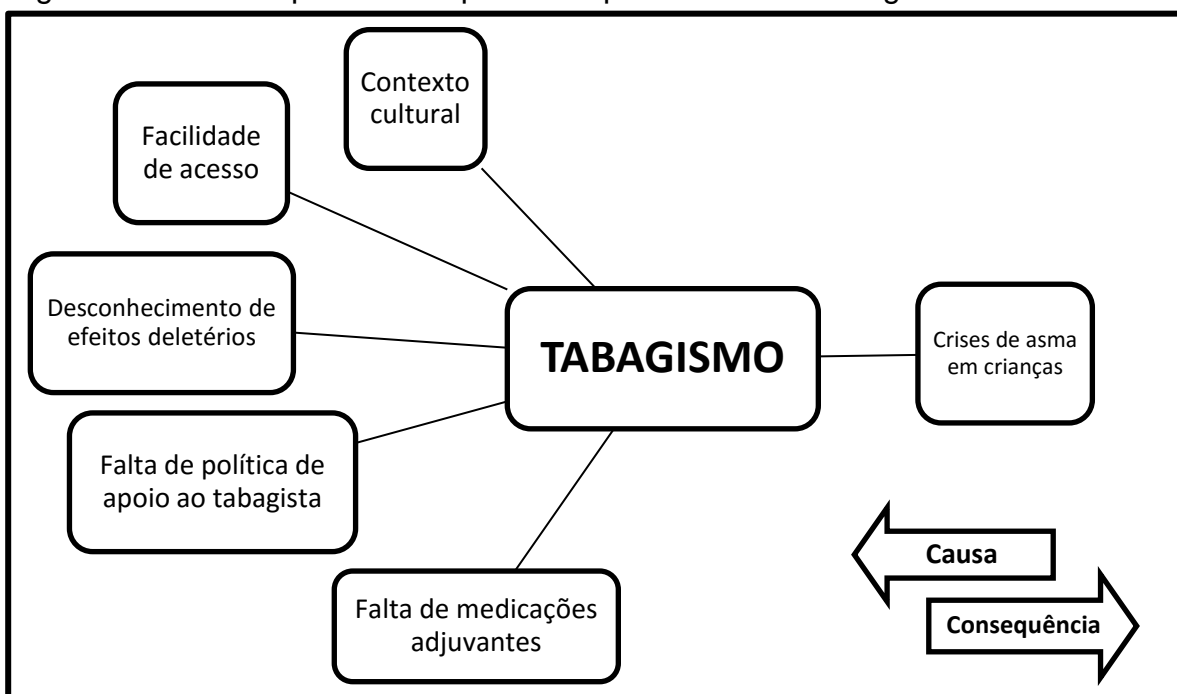
6 PROPOSTA DE INTERVENÇÃO

A partir da definição do problema a ser trabalhado e de seus determinantes dentro da comunidade, foi elaborado o Plano de Intervenção, utilizando-se as orientações propostas pelo Método do Planejamento Estratégico Situacional - PES. (CAMPOS; FARIA; SANTOS, 2010)

O planejamento das intervenções sobre o grupo de adultos tabagistas evidenciou alguns “nós críticos”, sendo esses prováveis pontos de intervenção:

- Alta prevalência de adultos tabagistas na população assistida;
- Contexto cultural da população que considera o consumo de tabaco como “normal”, visto que há gerações existe alta prevalência do consumo de tal substância na comunidade;
- Facilidade de acesso ao tabaco, sem esse comercializado em diversos estabelecimentos da área, a preços acessíveis à maior parte da população;
- Desconhecimento e falta de conscientização por parte dos tabagistas das consequências negativas do consumo de tabaco;
- Ausência dentro da unidade de uma política específica voltada ao grupo de tabagistas, incentivando o não consumo da substância e dando suporte para o processo de “parar de fumar”.
- Ausência dentro da rede pública de saúde de medicações adjuvantes utilizadas no tratamento do tabagismo, segundo apresentado na Figura 2

Figura 2 - Árvore explicativa do problema prevalência do tabagismo.



Após a explicação dos determinantes da alta prevalência do tabagismo na área de abrangência da ESF Caminhos do Ivituruy, algumas estratégias de enfrentamento foram elaboradas, com a definição dos resultados esperados e dos recursos necessários, conforme demonstrado no Quadro 3

Quadro 3 - Desenho de operações para os “nós” críticos do problema prevalência do tabagismo.

Nó crítico	Operação/projeto	Resultados esperados	Produtos	Recursos necessários
Alta prevalência de tabagistas	Quem fuma? Identificação dos tabagistas	Cadastrar todos os tabagistas da área de abrangência da ESF	Cadastro dos tabagistas	Organizacional: estratégia de rastreamento de usuários
Contexto cultural Facilidade de acesso Falta de conscientização da influência negativa sobre os asmáticos	Sem cigarro Aumentar o nível de informação da população sobre os efeitos deletérios do tabagismo	População mais informada acerca dos efeitos deletérios do tabagismo	Palestras junto a vários grupos da comunidade Diminuir o número de novos tabagistas	Cognitivo: informações sobre o tema; Político: obtenção de local para palestras; Articulação intersetorial com a área da Educação; Financeiro: recurso para material informativo
Ausência política específica voltada para tabagistas, Ausência medicações adjuvantes do tratamento	Parar de fumar Grupo de apoio ao usuário de tabaco	Ajudar os tabagistas a abandarem essa prática	Implantar um grupo de tabagismo dentro da ESF Conseguir medicação adjuvante do tratamento	Cognitivo: informações sobre o tema; Político: implantação do grupo na unidade; Financeiro: recurso para material informativo e medicações

Com a elaboração das estratégias de enfrentamento, foi possível delimitar os recursos críticos para cada operação, veja Quadro 4.

Quadro 4 - Identificação dos recursos críticos para o desenvolvimento das operações definidas para o enfrentamento dos “nos” críticos do problema prevalência do tabagismo.

Operação/Projeto	Recurso
Quem fuma?	Organizacional: desenvolver política de rastreamento de tabagistas nas atividades da unidade
Sem cigarro	Político: obter local para palestras Conseguir apoio da área da Educação para palestras nas escolas Financeiro: conseguir recurso para material informativo
Parar de fumar	Político: implantar grupo de tabagismo na unidade Financeiro: conseguir recurso para material informativo e medicações do tratamento

Durante a análise de viabilidade dos projetos de intervenção, a equipe conseguiu identificar os atores que controlavam os recursos críticos para a implementação das ações. Ações estratégicas motivacionais também foram elaboradas para motivar os atores, caso esses, a princípio, não exibissem motivação favorável às intervenções propostas de acordo com o Quadro 5

Quadro 5 - Propostas de ações para a motivação dos atores

Projeto	Recursos críticos	Quem controla		Ação estratégica
		Ator	Motivação	
Quem fuma?	Organizacional: desenvolver política de rastreamento de tabagistas nas atividades da unidade	Equipe da ESF	Favorável	
Sem cigarro	Político: obter local para palestras	Associação comunitária	Favorável	
	Conseguir apoio da área da Educação para palestras nas escolas	Secretário da educação	Indiferente	Apresentar o projeto
	Financeiro: conseguir recurso para material informativo	Secretário de saúde	Favorável	Adquirir material já disponível
Parar de fumar	Político: implantar grupo de tabagismo na unidade	Equipe da ESF	Favorável	
	Financeiro: conseguir recurso para medicações do tratamento	Secretário de saúde	Desfavorável	Apresentar o projeto

6.1 Elaboração do Plano Operativo

Após as etapas passadas, o plano operativo foi estruturado por parte da equipe. As responsabilidades de cada integrante, bem como os prazos para implementação das ações, foram definidos com clareza e seguiu-se com o início das ações.

Quadro 6 - Plano Operativo

Operação	Resultado	Pró-endemias e epidemias adultos	Ações estratégicas	Responsável	Prazo
Quem fuma?	Cadastrar todos os tabagistas da área de abrangência da ESF	Rastreamento de tabagistas da área		ACS	3 meses para cadastramento e política contínua de atualização
Sem cigarro	População mais informada acerca dos efeitos deletérios do tabagismo	Palestras junto à comunidade e escolas	Apresentar o projeto à secretária de educação Apoio das associações de bairro	Médico, Enfermeira	1 mês para apresentar o projeto 3 meses para iniciá-lo
Parar de fumar	Ajudar os tabagistas a abandarem essa prática	Implantar grupo de tabagismo na unidade Adquirir medicações adjuvantes	Apresentar o projeto ao secretário de saúde	Médico, Enfermeira, Psicólogo do NASF	1 mês para apresentar o projeto e conseguir financiamento 3 meses para iniciá-lo

A Gestão do Plano se fará por meio de critérios e de avaliação e monitoramento das ações foram elaborados e sua aplicação após quatro meses do início das ações estão expostos a seguir, no Quadro 7.

Quadro 7 - Planilha para acompanhamento de projetos

Operação: Quem fuma?					
Responsáveis: ACS - Avaliação após 4 meses de atividade					
Produto	Responsável	Prazo	Situação	Justificativa	Novo prazo
Cadastro dos tabagistas	ACS	3 meses	Atrasado	Mudança das ACS	3 meses
Operação: Sem cigarro					
Responsáveis: Médico, Enfermeira - Avaliação após 4 meses de atividade					
Produto	Responsável	Prazo	Situação	Justificativa	Novo prazo
Palestras junto a vários grupos da comunidade	Médico, Enfermeira	3 meses	Projeto elaborado aguarda aprovação da Secretaria de educação. Apoio da comunidade já conseguido	Ausência de apoio da Secretaria de Educação	2 meses
Diminuir o número de novos tabagistas	Médico, Enfermeira	Indefinido	Em andamento	Resultados em longo prazo	Indefinido
Operação: Parar de fumar					
Responsáveis: Médico, Enfermeira, Psicólogo do NASF- Avaliação após 4 meses de atividade					
Produto	Responsável	Prazo	Situação	Justificativa	Novo prazo
Implantar um grupo de tabagismo dentro da ESF	Médico, Enfermeira, Psicólogo do NASF	3 meses	Implantado, sessões terapêuticas já iniciadas		
Conseguir medicação adjuvante do tratamento	Médico, Enfermeira,	3 meses	Medicamentos já adquiridos pela SMS		

7 CONSIDERAÇÕES FINAIS

A partir dos dados levantados e das discussões propostas durante o desenvolvimento do presente trabalho foi possível observar que a prevalência do tabagismo na área de abrangência da ESF Caminhos do Ivituruy constitui-se como um problema de saúde pública local.

Deste modo, existia dentro da unidade a necessidade da implantação de ações voltadas ao grupo populacional de tabagistas, incentivando o não consumo de tabaco e dando suporte no processo de abandono do uso. Tal política poderá trazer benefícios a médio e longo prazo para o contexto de saúde do grupo de usuários de tabaco, bem como para outros contingentes da comunidade, como as crianças com exacerbações frequentes de asma.

REFERÊNCIAS

BRASIL. Ministério da Saúde. *Instituto Nacional de Câncer (Inca)*. Coordenação de Prevenção e Vigilância - CONPREV. Programa Nacional de Controle do Tabagismo e outros Fatores de Risco – Brasil. Rio de Janeiro: Inca; 2001.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Assistência à Saúde. Instituto Nacional de Câncer (Inca). *Abordagem e tratamento do fumante: consenso*. Rio de Janeiro: Inca; 2001.

BRASIL. Ministério da Saúde . Agência Nacional de Vigilância Sanitária (Anvisa). *A Anvisa e o controle dos produtos derivados do tabaco*. Brasília: MS; 2007.

CAMPOS, Francisco Carlos Cardoso; FARIA, Horácio Pereira de; SANTOS, Max André dos. *Planejamento e avaliação das ações em saúde - 2 ed - Belo Horizonte: Nescon/UFMG, 2010.*

GORIN, SS; HECK, JE. Meta-analysis of Tobacco Counseling by Health Care Providers. *Cancer Epidemiology Biomarkers Prevention*, v.13, p.2012-22, 2004.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. Minas Gerais: Serro. IBGE, 2014. Disponível em: < <http://cidades.ibge.gov.br/xtras/perfil.php?lang=&codmun=316710&search=minas-gerais|serro>>. Acesso em: 27 maio 2014.

LUCHESE, Roselma; VARGAS, Lorena Silva; TEODORO, Wender Rodrigues; SANTANA, Lorrana Kathryn Borges; SANTANA, Fabiana Ribeiro. A tecnologia de grupo operativo aplicada num programa de controle do tabagismo. *Texto Contexto Enferm*, Florianópolis, v. 22, n.4, p. 918-26, 2013.

MINAS GERAIS, Portal Oficial do Turismo. Serro. Disponível em: < <http://www.minasgerais.com.br/destinos/serro/> >. Acesso em: 19 jun. 2014.

MONTEIRO, C.A; CAVALCANTE, T.M; MOURA, E.C; CLARO, R.M; SZWARCOWALD, CL. Population-based evidence of a strong decline in the prevalence of smokers in Brazil (1989–2003). *Bull World Health Organ*, v. 85, n. 7, p. 527-534, 2007.

PORTES, Leonardo Henriques; CAMPOS, Estela Marcia Saraiva; TEIXEIRA, Maria Teresa Bustamante; CAETANO, Rosângela; RIBEIRO, Luiz Cláudio. Ações voltadas para o tabagismo: análise de sua implementação na Atenção Primária à Saúde. *Ciência & Saúde Coletiva*, v.19, n.2, p.439-448, 2014.

PROGRAMA DAS NAÇÕES UNIDAS PARA O DESENVOLVIMENTO. Atlas do Desenvolvimento Humano no Brasil 2013: Perfil do Município do Serro, MG. PNUD, 2014. Disponível em: < http://www.atlasbrasil.org.br/2013/pt/perfil/serro_mg>. Acesso em: 16 jun. 2014.

SERRO, Secretaria Municipal de Saúde. Estratégia Saúde da Família Caminhos do Ivituruy. SIABMUN, dez. 2012.

SERRO, Secretaria Municipal de Saúde. Estratégia Saúde da Família Caminhos do Ivituruy. SIABMUN, 2013.

SERRO, Secretaria Municipal de Saúde. Plano Municipal de Saúde 2014-2017. Serro: arquivos municipais. Março de 2014. 48p.

SERRO, Relato Histórico : Serro – MG, Brasil. Disponível em: <
http://www.gencoelho.xpg.com.br/inferior_files/relatos/relato_historico_serro.htm#1>.
Acesso em: 19 jun. 2014.

SILVA, Sandra Tavares da; MARTINS, Mariana Campos; FARIA, Franciane Rocha de; COTTA, Rosângela Minardi Mitre. Combate ao Tabagismo no Brasil: a importância estratégica das ações governamentais. *Ciência & Saúde Coletiva*, v. 19, n. 2, p. 539-552, 2014.

SOCIEDADE BRASILEIRA DE PNEUMOLOGIA E TISIOLOGIA. *Tabagismo*. Diretrizes Clínicas na Saúde Suplementar. Associação Médica Brasileira e Agência Nacional de Saúde Suplementar, 2011.

VIEGAS, C.A.A. et al. *Tabagismo: do Diagnóstico à Saúde Pública*. Conselho Federal de Medicina, Sociedade Brasileira de Pneumologia e Tisiologia, São Paulo, Atheneu, 2007.

WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO). *International Statistical of Diseases and Related Health Problem*. 10th Revision. Geneva: WHO; 1992.

WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO). Report on the Global Tobacco Epidemic 2008. *The MPower Package*. Geneve, WHO, 2008.