

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

**MARCELO RODRIGUES**

**ABORDAGEM DO TABAGISMO NA UNIDADE BÁSICA DE SAÚDE -  
PARÁ DE MINAS/MG**

**BOM DESPACHO / MG**

**2014**

**MARCELO RODRIGUES**

**ABORDAGEM DO TABAGISMO NA UNIDADE BÁSICA DE SAÚDE -  
PARÁ DE MINAS/ 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: Prof. Katia F. C. Campos

**BOM DESPACHO/ MG  
2014**

**MARCELO RODRIGUES**

**ABORDAGEM DO TABAGISMO NA UNIDADE BÁSICA DE SAÚDE  
PARÁ DE MINAS/ MG 2014**

Banca Examinadora

Profa. Kátia Ferreira Costa Campos - orientadora

Patrícia Da Conceição Parreiras – UFMG

Aprovada em Belo Horizonte, em 16/08/2014

Dedico este trabalho a toda a equipe da Unidade Básica de Saúde Santos Dumont e a todos os pacientes atendidos, no município de Pará de Minas, Minas Gerais.

## **AGRADECIMENTOS**

Agradeço a minha família por me apoiar em todos os meus projetos,

A prefeitura de Pará de Minas,

A secretaria municipal de saúde, em especial Alisson e Cléber,

A toda equipe multiprofissional da unidade básica de saúde do Santos Dumont, pois a realização deste projeto não seria possível sem a participação de todos.

## RESUMO

Considerando a alta prevalência do tabagismo na população adscrita à unidade básica de saúde S. Dumont e sendo este vício a maior causa isolada e evitável de óbito no mundo ocidental, associados aos benefícios de interrupção do fumo em que se destacam a redução do risco de isquemia e infarto do miocárdio, o menor risco de neoplasias de mama, trato gastrintestinal, pulmão e próstata e com atuação ativa da equipe multidisciplinar a fim de modificar esta situação. Foi proposto, um projeto de intervenção com o objetivo de diminuir a alta prevalência de tabagistas na região adscrita da unidade básica de saúde do S. Dumont em Pará de Minas tendo como foco a educação da população adscrita e da equipe de saúde sobre o tabagismo como doença/dependência química. Para tanto, utilizou-se do método do Planejamento Estratégico Situacional. O plano elaborado consiste na realização de grupos operativos, consultas periódicas com o médico e psicólogo do PSF, palestras e campanhas na própria unidade assim como na escola do bairro e conta com o apoio da secretaria de saúde para a sua operacionalização.

**Palavras-chave:** Tabagismo. Atenção primária. Abandono uso de tabaco

## **ABSTRACT**

The high prevalence of smoking enrolled in the basic health care Santos Dumont and being that defect population and the largest single preventable cause of death in the Western world , combined with the benefits of smoking cessation among them reducing the risk of heart ischemia, lower risk of breast cancer, gastrointestinal tract cancer, lung and prostate cancer and active work of the multidisciplinary team in order to change this situation , it was then proposed an intervention project that aims at promoting tobacco cessation disincentive to smokers and the young people and adolescents who have not yet started the practice. It consisted in operating groups, periodic consultations with the physician and psychologist of the health care, lectures and campaigns on the unit itself as well as the neighborhood school and with support from the health department that promoted the training of some of the professionals and provided anti-addiction medications for some medical conditions.

**Keywords:** smoking; primary health care, tobacco cessation, age groups.

## SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO.....	9
2	JUSTIFICATIVA .....	13
3	OBJETIVO GERAL .....	14
4	METODOLOGIA.....	15
5	CONTEXTUALIZAÇÃO DO TEMA.....	16
6	RESULTADOS.....	19
7	CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	23
	REFERÊNCIAS .....	24



## 1 INTRODUÇÃO

Pará de Minas é um município localizado na região centro-oeste do estado de Minas Gerais. Situa-se a uma distância de 73 km da capital do estado de Minas Gerais, Belo Horizonte. Sua população atual é de cerca de 84.265 habitantes (IBGE 2009), e o município está localizado em uma área de 551 km<sup>2</sup> com uma densidade populacional de 155,9 habitantes por km<sup>2</sup>. O número de domicílios em Pará de Minas é de 29532 que abrigam cerca de 28 mil famílias (IBGE, 2008).

A economia do município se destaca nas seguintes áreas: produção agropecuária e agronegócios. Segundo dados da prefeitura municipal, Pará de Minas é a 1<sup>a</sup> cidade do Estado de Minas Gerais na produção de frangos, a 2<sup>a</sup> na produção de suínos e a 4<sup>a</sup> cidade produtora de hortifrutigranjeiros, com destaque para a produção de tomate, pimentão e abóbora.

Segundo dados do PNUD (Programa das Nações Unidas para o desenvolvimento) o IDH-M(Índice de Desenvolvimento Humano Municipal) em 2000 ficou em 0.811 com destaque para as áreas de educação e longevidade. Quanto mais próximo este índice a 1 melhor o desenvolvimento humano, sendo o município classificado como alto desenvolvimento humano. Já o PIB(prodoto interno bruto) do município é em torno R\$ 1,348,008,000 mil sendo o PIB per capita R\$ 19 333,45.(IBGE, 2008).

Desde a década de setenta a população na cidade vem crescendo rapidamente, e como consequência vieram vários problemas, como a falta de planejamento do centro da cidade, com dias de trânsito caótico semelhante as grandes cidades.

A comunidade dispõe de serviço de coleta de lixo e esgoto, água encanada e tratada, luz, escola, telefonia fixa e móvel, serviço de internet. O serviço de bancos, Correios e casas lotéricas está praticamente todo concentrado no centro da cidade.

O Programa Saúde da Família foi implantado em 2001, atualmente tem uma cobertura de aproximadamente 64% da população. É composto por 17 equipes saúde da família, sendo que 08 apresentam equipe de saúde bucal (01 dentista e 01 auxiliar de saúde bucal, e 01 Programa de Atendimento Domiciliar- PAD (referencia).

Quanto ao Sistema de Referência e Contra-referência: É composta por policlínica, centro de Referência em Saúde Mental (CERSAM), Residência Terapêutica, centro de Convivência de Saúde Mental, um centro de Atenção à Saúde da Mulher e Criança (CASMUC) e 01 Centro de Habilitação Psicossocial Álcool e Drogas (CAPS AD)

Redes de Média e Alta Complexidade: é composta pelo Pronto Atendimento Municipal (PAM) e Hospital Nossa Senhora da Conceição (HNSC) que funcionam 24 horas por dia, todos os dias da semana.

A policlínica municipal conta com 14 especialidades médicas, são elas: ortopedia (3 profissionais), clínico geral, angiologia, urologia, oftalmologia, cardiologia, dermatologia, otorrinolaringologia, neurologia, reumatologia, medicina do trabalho e psiquiatria. Além também de 13 cirurgiões dentista, 1 psicólogo, 3 enfermeiros, 3 fisioterapeutas, 3 farmacêuticos, 1 fonoaudiólogo, 1 técnico de radiologia.

SISTEMA LOCAL DE SAÚDE - sobre a UBS(Unidade Básica de Saúde S. Dumont):

Cerca de 1026 famílias estão adscritas e foram divididas em 5 áreas:

área 1: 217 famílias

área 2: 202 famílias

área 3: 187 famílias

área 4: 205 famílias

área 5: 215 famílias

Fazem parte do HIPERDIA 114 diabéticos e 443 hipertensos.

#### UNIDADE BÁSICA DE SAÚDE

A unidade de saúde situa-se na praça Alfredo Leite Xavier, 140 no bairro Santos Dumont e é chamada de baixo Santos Dumont. Existe também uma segunda área no bairro denominada Alto Santos Dumont que surgiu da divisão da primeira. O local é uma casa improvisada, que conta com 3 consultórios, sendo que um destes é destinado a odontologia, uma sala de recepção, sala de acolhimento, sala de medicação, sala de curativos, cozinha, sala de reunião, sala do eletrocardiograma.

A população em geral é assalariada, trabalha em abatedouros de aves, indústria de laticínios, indústria têxtil e comércio local.

Os problemas levantados relativos a área de abrangência da equipe, da qual faço parte, foram baixa adesão as consultas de pré-natal, número insatisfatório de consultas de puericultura, não disponibilização de métodos contraceptivos definitivos pela prefeitura o que leva a famílias com grande número de filhos, gravidez na adolescência, boa parte da população com baixo nível econômico, uso indiscriminado de benzodiazepínicos,

Como prioridade foi destacado a alta prevalência de tabagistas na área de atuação do PSF S. Dumont/ Pará de Minas, superior a média nacional, baixa adesão ao tratamento dos tabagistas, ausência de um grupo operativo que tivesse como proposta a cessação do vício e o uso de ferramentas não medicamentosas e medicamentosas para manter-se fora do tabaco.

Considerando o problema prioritário “alta prevalência do tabagismo” os seguintes nós críticos foram identificados:

1. Necessidade de educação permanente da equipe de Saúde da Família, sobre o tema, buscando um embasamento conceitual, principalmente através do treinamento fornecido pela secretaria municipal de saúde e ministério da saúde e uniformidade para a interação com a comunidade (Quadro 1).
2. Necessidade de educação em saúde, com jovens na escola, a fim de orientar sobre os riscos decorrentes de tal prática, e assim desencorajar um possível início diminuindo assim na incidência de tabagistas. (Quadro 2).
3. Necessidade de criar um grupo operativo onde possamos abordar em equipe multiprofissional os atuais tabagistas dando todo o suporte a fim de se livrar do vício e trabalhar com os ex-tabagistas impedindo que eles retornem a tal prática.

Após a definição dos “nós críticos” a equipe de saúde reuniu-se novamente para a definição daquele que seria o prioritário. para definir quais seriam os

principais problemas da população adscrita que mais necessitariam de atenção.

## 2 JUSTIFICATIVA

Sabe-se que o tabagismo é a maior causa isolada e evitável de morte no mundo ocidental (World Health Organization, 1999), aliado ao fato de que o fumo diminui em média a expectativa de vida em 10 anos (DOLL, R. *et al*, 2004).

Cerca de 14,8% da população brasileira era tabagista no ano de 2012. Sendo que 18,1% dos homens eram fumantes contra 12% das, mulheres.(BRASIL 2012)

Em contraposição, segundo dados coletados pelas agentes de saúde e extraídos de consultas médicas prévias dos usuários da unidade estima-se que 22% deste grupo populacional é tabagista predominando novamente os homens com cerca de 25% e mulheres com 18% predominando a faixa etária entre 30 a 50 anos de idade em ambos os gêneros.(PARÁ DE MINAS, 2013)

Dada a alta prevalência de fumantes foi proposto então um projeto de intervenção que tem por base criar um grupo operativo em promoção de saúde ainda não existente, campanhas educacionais ao longo do ano, palestras, visitas a jovens na escola do bairro, consultas periódicas, com o médico e psicólogo e distribuição gratuita de medicamentos para determinados grupos via secretaria municipal de saúde a fim de aumentar a adesão a cessação do cigarro.

Segundo um estudo do Reino Unido, enquanto apenas 5% das pessoas que tentam parar de fumar por conta própria conseguem após 12 meses(Hughes JR, 2003), 15% das que seguem um programa anti-tabagismo obtêm êxito (WOOLACOTT , 2002).

Destaca-se que com o apoio do ministério da saúde, através de material didático adequado, a secretaria municipal de saúde promoveu a capacitação de muitos profissionais do município para abordagem de cessação do fumo, o que colaborou para a abordagem do problema, e despertou para a elaboração do presente plano de ação.

Espera-se , a curto e médio prazo diminuir a incidência de novos tabagistas em nossa região de atuação, e a longo prazo esperamos conseguir reverter a alta prevalência de fumantes e manter os ex-fumantes longe do vício.

### **3 OBJETIVO GERAL**

Elaborar plano de intervenção para diminuir a alta prevalência de tabagistas na região adscrita da unidade básica de saúde do S. Dumont em Pará de Minas tendo como foco a educação da população adscrita e da equipe de saúde sobre o tabagismo como doença/dependência química.

#### 4 METODOLOGIA

O método utilizado para a elaboração do projeto de intervenção foi o Planejamento Estratégico Situacional(PES), seguindo os 10 passos preconizados de acordo com Campos; Faria e Santos (2010):

- Definição dos problemas;
- Priorização do problema;
- Descrição do problema;
- Explicação do problema;
- Seleção dos “nós críticos”;
- Proposta de operações para resolução dos nós críticos;
- Identificação dos recursos críticos;
- Análise de viabilidade do plano;
- Elaboração do plano operativo;
- Plano de gestão.

A escolha desta abordagem se pautou porque o PES permite a participação e contribuição de toda equipe multidisciplinar.

Para realização deste projeto de intervenção foi necessário, inicialmente, definir um problema prioritário sobre o qual seria necessário intervir e traria impacto positivo nos indicadores de saúde a curto e longo prazo.

Entre os nós críticos apontados houve destaque para o tabagismo que era problema bastante comum, inclusive entre algumas agentes comunitárias de saúde da própria unidade básica de saúde.

Para a revisão bibliográfica foram levantadas na literatura informações sobre o impacto do tabagismo, problemas associados, melhor abordagem de interrupção do vício, principalmente o manual do ministério da saúde .

## 5 CONTEXTUALIZAÇÃO DO TEMA

O tabagismo é um vício provocado pela nicotina e por outras substâncias tóxicas presentes no cigarro (WEST, MCNEILL, RAW, 2000), sendo a maior causa isolada e evitável de óbito no mundo ocidental (WHO, 1999).

É um hábito que se difundiu pelo mundo no século XX através de fortes propagandas publicitárias, como no cinema norte-americano e telenovelas. Apenas em meados da década de 60 surgiram as primeiras evidências científicas relacionando o fumo do tabaco com o adoecimento, porém hoje o conhecimento já é difundido inclusive sobre os malefícios da inalação da fumaça por não fumante, chamado tabagismo passivo. Considerado terceira causa de morte evitável no mundo (MIRRA *et al.* 2011). Segundo esse autor, a queima do cigarro produz cerca de 4,7 mil substâncias tóxicas, entre as quais 60 possuem atividade cancerígenas.

Conforme informações do Ministério da Saúde, cerca de 14,8% da população brasileira era tabagista no ano de 2012. Sendo que 18,1% dos homens eram fumantes contra 12% das mulheres. Em contraposição, segundo dados coletados pelas agentes de saúde e extraídos de consultas médicas prévias dos usuários da unidade, estima-se que 22% deste grupo populacional é tabagista predominando novamente os homens com cerca de 25% e mulheres com 18% predominando a faixa etária entre 30 a 50 anos de idade em ambos os gêneros (BRASIL, 2001).

O combate ao tabagismo iniciado em comunidades médicas logo virou política de governo, quando em 1989 o Ministério da Saúde lançou o Programa Nacional de Controle do Tabagismo (PNCT), sob execução do Instituto Nacional do Câncer José Alencar Gomes da Silva (INCA). A Convenção Quadro para Controle do Tabaco (CQCT) proposta em 1999 e aprovada em 2003 foi o primeiro tratado internacional de saúde pública negociado com 192 países e apoiado pela OMS, com o objetivo de proteger gerações presentes e futuras das consequências devastadoras do consumo do tabaco. (INCA, 2004)

Estima-se que cinco a seis milhões de pessoas morrem por ano devido ao fumo, diminuindo sua expectativa de vida em aproximadamente dez anos (WHO, 2009).



Dessa forma, é de fundamental importância que programas antitabagismo sejam implementados, para prevenir doenças decorrentes do fumo, assim como também ocorre no Reino Unido, que possui em seu Serviço Nacional de Saúde um programa importante e eficaz contra o tabagismo. (THE STATIONARY OFFICE, 2004).

O tabagismo está associado a doenças pulmonares, eventos isquêmicos, neoplasias de diversos sistemas orgânicos, distúrbios psiquiátricos, dentre outras enfermidades. Além disso, foi comprovado que fumantes passivos também estão sujeitos a algumas dessas complicações (GOUVEIA, COSTA, PINHEIRO, 2009).

De modo geral, os fumantes são portadores de maior quantidade de doenças do que a população em geral. Esse fato talvez seja um dos motivos que levam fumantes a abandonarem seu vício. De acordo com Richards et al, 19% de ex-fumantes alegam a deterioração da saúde como a principal causa para deixar de fumar. Portanto, quem associa a sua doença ao cigarro tem maior probabilidade de interromper o tabagismo. (CLARK *et al.*, 1997)

O tabagismo é reconhecido hoje como doença pelo Código Internacional de Doenças (CID-10), e, portanto, todos os pacientes devem ser orientados a deixarem de fumar. Os estudos de meta-análise revelaram que as taxas de cessação de tabagismo são maiores entre os pacientes orientados por profissionais de saúde. Um destes estudos mostrou uma taxa de abstinência de 10,9% quando o fumante tenta parar de fumar sozinho, sem qualquer orientação, contra 13,4% se ele for submetido a um aconselhamento mínimo (<3 minutos), 16% a um aconselhamento entre 3 a 10 minutos e 22,1% se for submetido ao um aconselhamento >10 minutos (LIAISONS; STAFF, 2008).

No Brasil, atualmente está disponibilizado um tratamento do tabagismo em unidades de atenção primária, segundo o Consenso de Abordagem e Tratamento do Fumante/INCA (BRASIL,2001) devido a parceria entre as secretarias dos estados e as municipais de saúde. Pode ser realizado em grupos, porém inicialmente os participantes são abordados individualmente em uma consulta que inclui além dos dados clínicos o grau de dependência à nicotina, o grau de motivação em parar de fumar e as comorbidades do fumante. Estes dados é que irão direcionar as bases do

tratamento e, quando aplicados adequadamente, aumentam as taxas de abstinência (MIRRA, *et al.* 2008).

Através da secretária municipal de saúde de Pará de Minas, alguns profissionais do PSF's da cidade receberam treinamento, usando como base no Manual do Ministério (BRASIL, 2001).

## 6 RESULTADOS

### 6.1 A CONSTRUÇÃO DO PLANO DE AÇÃO

Para realização deste projeto de intervenção foi necessário, inicialmente, elaborar o diagnóstico situacional, definir um problema prioritário sobre o qual seria necessário intervir, no caso, a alta prevalência de tabagismo na área de abrangência da equipe. Após a explicação do problema e a definição dos nós críticos seguiu-se com o desenho das operações.

A seguir serão mostrados os planos traçados para cada nó crítico selecionado.

Os quadros 1, 2 e 3 objetivam registrar cada um dos três nós críticos selecionados, o nome para um projeto específico e um planejamento que envolve a definição de resultados esperados, produtos esperados, responsável, recursos necessários, viabilidade da proposta e gestão do plano (prazo, avaliação e acompanhamento).

**Quadro 1. Projeto de intervenção “Educação Permanente em Saúde”, sobre o nó crítico relativo ao problema prioritário “tabagismo” — Equipe de Saúde da Família S. Dumont, Pará de Minas (MINAS GERAIS), 2013.**

<b>Problema prioritário</b>	<b>Alta prevalência do tabagismo</b>
Nó crítico 1	Pouco investimento na educação permanente da equipe de Saúde da Família.
Projeto	“Educação permanente da equipe de saúde”.
Resultados esperados	Uma equipe de saúde permanentemente qualificada Melhor capacidade de resposta da equipe para o processo de trabalho na cessação do tabagismo.
Produtos esperados	Estudos quinzenais sobre o tema tabagismo, com a equipe e convidados.

Responsável	Responsáveis: médico, enfermeira e psicóloga Participantes: médico, enfermeiro, técnicos de enfermagem e agentes de saúde, psicóloga
Recursos necessários e materiais	Recursos financeiros fornecidos pela secretaria municipal de saúde que também disponibilizaria o espaço e horário, na própria unidade básica de saúde, obtenção material didático disponibilizado pela secretaria municipal de saúde e ministério da saúde e ainda o uso dos próprios funcionários.
Prazo	Implantação em outubro de 2013
Avaliação e acompanhamento	Mensal ou bimestral, através da avaliação na equipe e na coordenação da Unidade de Saúde. Avaliação da adesão aos grupos operativos, aos novos ex-tabagista e taxa de recidiva.
Viabilidade	Boa viabilidade. Depende de: aprovação pela equipe e gestor, adesão de toda a equipe.

**Quadro 2. Projeto de intervenção “Educação na escola”, sobre o nó crítico relativo ao problema prioritário “Tabagismo” — Equipe de Saúde da Família S. Dumont, Pará de Minas (MINAS GERAIS), 2013**

<b>Problema prioritário</b>	<b>Alta prevalência do tabagismo</b>
Nó crítico 2	Educação em promoção de saúde para as crianças e adolescentes da escola do bairro conscientizando os jovens sobre o riscos implicados no vício do tabaco.
Projeto	“Educação na Escola”
Resultados esperados	Diminuir a incidência de novos tabagistas na comunidade.
Produtos esperados	Palestras com realização periódica focando tal público Melhorar o conhecimento que os estudantes têm sobre o

	tabagismo e seus malefícios, diminuindo o risco desta população iniciar o vício
Responsável	Responsáveis serão o médico, enfermeiro e as agentes de saúde, psicólogo
Recursos necessários e materiais	Espaço e horário, infra-estrutura como computador, <i>data show</i> , papéis, cartolina, material educativo.
Prazo	Processo contínuo, com implantação nos próximos meses
Avaliação e acompanhamento	Acompanhamento trimestral por meio de pesquisa aos estudantes.
Viabilidade	Boa viabilidade, com o apoio dos gestores de saúde, direção da escola e funcionários da UBS.

**Quadro 3. Projeto de intervenção “Grupo operativo”, sobre o nó crítico relativo ao problema prioritário “Tabagismo” — equipe de Saúde da Família S. Dumont, Pará de Minas (MINAS GERAIS), 2013**

<b>Problema prioritário</b>	<b>Alta prevalência do tabagismo</b>
Nó crítico 3	Dificuldade para a cessação do vício e risco de recidivas do grupo ex-fumantes
Projeto	Grupo operativo: "Cessar a vontade de fumar e prevenir recidivas"
Resultados esperados	Redução na prevalência do tabagismo e prevenir recidivas dos ex-tabagistas. Melhor entendimento da população quanto a necessidade de abandonar o vício e fornecer estratégias para o sucesso.
Produtos esperados	Grupo operativo quinzenal
Responsável	Toda a equipe deve estar envolvida, em especial o médico,

	psicólogo, enfermeiro e as agentes de saúde.
Recursos necessários	Disponibilidade de horário, local, espaço, material educativo, data show, cartolina, impressos, computador, medicamentos fornecidos pela secretaria municipal de saúde.
Prazo	Início imediato com duração indefinida
Avaliação e acompanhamento	Acompanhamento mensal pela equipe com avaliação da adesão aos grupos operativos e impactos da intervenção sobre os tabagistas e ex-tabagistas.
Viabilidade	Boa, apoio da secretaria municipal de saúde e equipe de estratégia da família motivada.

## **7 CONSIDERAÇÕES FINAIS**

O tabagismo ainda é um importante problema de saúde pública principalmente por ser uma das mais importantes causas evitáveis de morte.

A atenção Primária a Saúde é nível de atenção que proporciona a utilização de ferramentas de importantes que podem contribuir para o sucesso da cessação do tabagismo, especialmente na população mais vulnerável e as conseqüências malélicas do vício.

A construção do nosso projeto de intervenção, usando o planejamento estratégico situacional(PES) foi uma experiência muito satisfatória e envolveu toda a equipe. Nosso PES partiu da identificação e seleção do problema daquela área populacional, seguido de averiguação das causas e dimensionamento dos nós críticos, e por fim um plano de ação que houvesse viabilidade de execução com o intuito de trazer benefícios específicos, no caso desestímulo ao tabagismo, para a área de abrangência do PSF S. Dumont.

Esperamos com a implantação do plano de intervenção reduzir o número de tabagistas na área de abrangência, contribuindo assim com a prevenção de doenças e promoção de saúde.

## REFERÊNCIAS

BORGES, M.; GOUVEIA, M.; COSTA, J.; PINHEIRO, L.S.; PAULO, S.; CARNEIRO, A.V.; Carga da doença atribuível ao tabagismo em Portugal. **Rev Port Pneumol**. v.15, n. 6, p. 951-1004, 2009

BRASIL, IBGE. **Produto Interno Bruto dos Municípios 2004-2008**. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Rio de Janeiro, 2010. Disponível em: [http://www.ibge.gov.br/home/estatistica/economia/pibmunicipios/2004\\_2008/pibmunic2004\\_2008.pdf](http://www.ibge.gov.br/home/estatistica/economia/pibmunicipios/2004_2008/pibmunic2004_2008.pdf). Acesso em: julho de 2013.

BRASIL. M.S. Vigitel. Brasil 2011: vigilância de fatores de risco e proteção para doenças crônicas por inquérito telefônico. Disponível em: [http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/vigitel\\_brasil\\_2011.pdf](http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/vigitel_brasil_2011.pdf). Acesso em: julho de 2013

BRASIL, PNUD. Ranking decrescente do IDH-M dos municípios do Brasil. Atlas do Desenvolvimento Humano. Programa das Nações Unidas para o Desenvolvimento, 2000. Brasil. Disponível em: [http://www.pnud.org.br/atlas/ranking/IDH-M%2091%2000%20Ranking%20decrecente%20\(pelos%20dados%20de%202000\).htm](http://www.pnud.org.br/atlas/ranking/IDH-M%2091%2000%20Ranking%20decrecente%20(pelos%20dados%20de%202000).htm) Acesso em: julho de 2013

CLARK, M.A.; RAKOWSKI, W.; KVIZ, F.; J. HOGAN, J.W. Age and stage of readiness for smoking cessation. **J Gerontol Soc Sci**. v.52,p. S212-21. 1997

DEPARTMENT OF HEALTH. Choosing health: making healthier choices easier. **The Stationary Office**; UK, 2004.

DOLL, R.; PETO, R.; BOREHAM, J. et al. Mortality in relation to smoking: 50 years' observations on male British doctors. **BMJ**. UK, 2004;328:1519. Disponível em: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2362086/>. Acesso em julho de 2013

HUGHES, J.R.; SHIFFMAN, S.; CALLAS P, ZHANG, J. A meta-analysis of the efficacy of over-the-counter nicotine replacement. **Tobacco Control**. V.12, p. 21-7. 2003

INCA. A ratificação da Convenção-Quadro para o Controle do Tabaco pelo

Brasil: mitos e verdades. Rio de Janeiro: INCA, 2004.

Disponível em: [http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/mitos\\_verdades.pdf](http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/mitos_verdades.pdf)  
Acesso em: julho de 2013

LIAISONS, AND STAFF. Treating tobacco use and dependence: 2008 update U.S. Public Health Service Clinical Practice Guideline executive summary. **Respir Care** 2008; 53: 1217-22. Disponível em: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed?term=2008%20PHS%20Guideline%20Update>



%20Panel%2C%20Liaisons%2C%20and%20Staff%5BCorporate%20Author%5D.  
Acesso em: julho de 2013

MIRRA A.P, et al. **Tabagismo – Projeto Diretrizes**, Associação Médica Brasileira/ Agência Nacional de Saúde Suplementar, 2011

PARÁ DE MINAS. MG. **Relatório gestão anual da prefeitura municipal de Pará de Minas. Secretaria municipal de saúde**. 2011. Disponível em: <http://www.parademinas.mg.gov.br/st/cidade.html>

RICHARDS, D.; TOOP, L.; BROCKWAY, K.; GRAHAM, S.; MCSWEENEY, B.; MACLEAN D, et al. Improving the effectiveness of smoking cessation in primary care: lessons learned. **N Z Med J**. 2003;116(1173):U417. Disponível em: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/12740611>. Acesso em julho de 2013

West R, McNeill A, Raw M. Smoking cessation guidelines for health professionals: an update. Health Education Authority. *Thorax*. 2000;55(12):987-99.

WHO. World Health Organization report on the global tobacco epidemic 2009: implementing smoke-free environments. **Geneva: WHO Press**; 2009. Disponível em: <http://www.who.int/tobacco/mpower/2009/en/>. Acesso em: julho de 2013

WHO. Non communicable Diseases and Mental Health. International Consultation on Tobacco and Youth: what in the world works? Singapore, 28-30 Sept 1999. Disponível em: [http://www.who.int/tobacco/research/youth/en/singapore\\_99.pdf](http://www.who.int/tobacco/research/youth/en/singapore_99.pdf). Acesso em: julho de 2013.

WOOLACOTT NF, JONES L, FORBES CA, MATHER LC, SOWDEN AJ, SONG FJ, et al. The clinical effectiveness and cost-effectiveness of bupropion and nicotine replacement therapy for smoking cessation: a systematic review and economic evaluation. **Health Technol Assessment**. v.6:1-245, 2002