

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

CAMILA IZOLA ZOLLI

**TABAGISMO: ABORDAGEM ATIVA SOBRE O CONTROLE
MEDICAMENTOSO**

BOM DESPACHO - MINAS GERAIS

2017

CAMILA IZOLA ZOLLI

**TABAGISMO: ABORDAGEM ATIVA SOBRE O CONTROLE
MEDICAMENTOSO**

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

Orientadora: Profa. Ms. Eulita Maria Barcelos

BOM DESPACHO - MINAS GERAIS

2017

CAMILA IZOLA ZOLLI

**TABAGISMO: ABORDAGEM ATIVA SOBRE O CONTROLE
MEDICAMENTOSO**

Banca Examinadora

Profa. Ms.Eulita Maria Barcelos - orientadora

Profa. Dra. Maria Rizioneide Negreiros de Araújo - UFMG

Aprovado em Belo Horizonte, em: 02/04/17/2017

DEDICATÓRIA

À cidade de Córrego Danta e ao distrito de Cachoeirinha, por me receberem tão bem neste momento importante da minha vida, e pela oportunidade de um crescimento pessoal e profissional únicos.

AGRADECIMENTOS

Agradeço aos meus pais pelo suporte imenso, aos gestores e colegas de trabalho pelo acolhimento e à população por confiar em meu trabalho.

"Nas grandes batalhas da vida, o primeiro passo para a vitória é o desejo de vencer"

Mahatma Gandhi

RESUMO

O tabagismo atualmente tem sido visto como um grave problema de saúde pública, considerado doença e com uma prevalência epidêmica, sendo responsável por doenças cardiovasculares, cerebrovasculares e diversos cânceres. A atenção básica prevê uma assistência voltada para prevenção, promoção, assistência e reabilitação. Sabe-se que o processo de cessação do tabaco requer empenho tanto do profissional de saúde como do paciente. O alto índice de pacientes fumantes na área de abrangência da equipe de saúde do Programa de Saúde da Família de Cachoeirinha situado no Município de Córrego Danta, Minas Gerais, mobilizou a equipe, que em consenso decidiu elaborar e implantar um projeto de intervenção que fosse capaz de diminuir ou cessar com o tabagismo com o uso de medicações aprovadas e ofertadas pelo Ministério da Saúde. Para subsidiar a elaboração do projeto de intervenção foi realizada uma revisão bibliográfica nos bancos de dados da Biblioteca Virtual em saúde. O projeto de intervenção foi elaborado segundo os passos do planejamento estratégico situacional. Espera-se com a implantação das ações deste projeto contribuir na atualização dos profissionais de saúde e população em geral no sentido de que o tabagismo, por ser uma doença crônica, não pode ter seu tratamento limitado. É essencial para seu controle a terapia cognitivo-comportamental, farmacológica e psicológica individualizadas, levando em conta aspectos da vida do paciente e seu contexto.

Palavras-chave: Tabagismo. Tabaco. Câncer de pulmão.

ABSTRACT

Smoking has now been seen as a serious public health problem, considered a disease and with an epidemic prevalence, being responsible for cardiovascular and cerebrovascular diseases and several cancers. Basic care provides assistance for prevention, promotion, care and rehabilitation. It is known that the tobacco cessation process requires commitment from both the health professional and the patient. The high index of smoking patients in the area of coverage of the health team of the Family Health Program of Cachoeirinha located in the Municipality of Córrego Danta, Minas Gerais, mobilized the team, who in consensus decided to elaborate and implement an intervention project that was capable To decrease or stop smoking with the use of medications approved and offered by the Ministry of Health. To support the preparation of the intervention project, a bibliographic review was carried out in the databases of the Virtual Health Library. The intervention project was elaborated according to the steps of the situational strategic planning. It is hoped that the implementation of the actions of this project will contribute to the updating of health professionals and the population in general in the sense that smoking, because it is a chronic disease, cannot have its treatment limited. Individualized cognitive-behavioral, pharmacological, and psychological therapy is essential for its control, taking into account aspects of the patient's life and context.

Keywords: Smoking. Tobacco. Lung Neoplasms

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

ACS	Agentes Comunitários de Saúde
ESF	Estratégia de Saúde da Família
IBGE	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
OMS	Organização Mundial da Saúde
PES	Planejamento Estratégico Situacional
SUS	Sistema Único de Saúde
UBS	Unidade Básica de Saúde
PNCT	Programa Nacional de Controle do Tabagismo
INCA	Instituto Nacional do Câncer
SBPT	Sociedade Brasileira de Pneumologia e Tisiologia

LISTA DE QUADROS

Quadro 1- Priorização dos problemas da área de abrangência da equipe do PSF de Cachoeirinha.....24

Quadro 2- Desenho de operações para resolução dos nós críticos do problema....26

Quadro 3 - Identificação dos recursos críticos para resolução problema.....28

Quadro 4 – Análise da viabilidade do plano operativo..... 29

Quadro 5 – Propostas de ações para a motivação dos atores envolvidos30

Quadro 6 – Plano operativo..... 31

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO.....	11
2 JUSTIFICATIVA.....	15
3 OBJETIVOS.....	16
4 METODOLOGIA.....	17
5 REVISÃO DE LITERATURA.....	18
6 PLANO DE AÇÃO.....	23
7 CONSIDERAÇÕES GERAIS.....	35
REFERÊNCIAS.....	36

1 INTRODUÇÃO

1.1 Descrição do município de Córrego Danta

Segundo o Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE, 2010), Córrego Danta é um município brasileiro do estado de Minas Gerais que possui cerca de 3.390 habitantes distribuídos em uma área de 657 km², totalizando 962 famílias, delas 595 na área urbana e 367 na área rural. Está localizado no centro-oeste de Minas Gerais, na região do Alto São Francisco. A principal fonte econômica da cidade está baseada na agricultura com destaque para o plantio de café, cana de açúcar e milho. A pecuária leiteira também se estabelece como uma importante fonte de renda no município.

A população do município é muito religiosa, tem São José como padroeiro da cidade, mas é a festa de Nossa Senhora do Rosário, que acontece todos os anos no mês de agosto, o principal evento festivo, onde a beleza e as tradições do congado são os principais atrativos.

1.2 Sistema municipal de saúde

A assistência hospitalar oferecida a Córrego Danta é ofertada no município vizinho Bambuí, no Hospital Nossa Senhora do Brasil, um hospital de pequeno porte e baixa resolutividade. Em casos de média e alta complexidade os pacientes são cadastrados no SUS fácil e transferidos para outras referências, como Formiga e Divinópolis. O município oferece à população plantão médico no centro de saúde e disponibiliza-se ambulância de plantão para remoção de pacientes ao Hospital de Bambuí conforme pactuação municipal. Possui três unidades básicas de saúde, duas delas estão em funcionamento. A unidade de Córrego Danta, está localizada no centro. Uma em Cachoeirinha e a outra, que está em fase de acabamento no Povoado do Alto da Serra. O horário de funcionamento dessas unidades é de 7:00 às 17:00 horas de segunda a sexta-feira.

A comunidade de Cachoeirinha está localizada há 30 quilômetros da cidade de Córrego Danta, na beira da BR 262, tem uma população de 480 habitantes, em sua maioria idosos que vivem com seus parceiros. A comunidade se formou com a

imigração para o plantio de café, e é assim que sobrevive até hoje. A maioria da população não tem outra fonte de renda, somente a colheita de café nos meses de abril a setembro. A cidade tem coleta de lixo e rede de esgoto, mas algumas casas ainda possuem fossa e algumas famílias vivem em condições de higiene precárias. A taxa de analfabetismo é maior entre a população de idosos e muitos necessitam de uma cartela de medicamentos feita pelo agente comunitário de saúde (ACS), para conseguir tomar os medicamentos corretamente. A população segue muito as tradições religiosas e principalmente festas de congado, em homenagem a Nossa Senhora do Rosário. O distrito possui uma escola de ensino básico e uma creche. A partir da quinta série, os alunos são levados para estudar na cidade. Um dos problemas do distrito de Cachoeirinha é a falta de policiamento, pois eles ficam em Córrego Danta, não há policiais de plantão e a pouca oferta de emprego para a população, somente há emprego na colheita de café e poucos comércios locais em Córrego Danta.

O distrito de Cachoeirinha possui uma Unidade Básica de Saúde com uma equipe de saúde. Funciona em uma casa da prefeitura, bem conservada, com recepção, um consultório médico, sala de enfermagem, sala de curativo, sala de observação com um leito, sala de fisioterapia e consultório odontológico. A recepção é grande, porém tem somente nove lugares para os pacientes assentarem. As reuniões dos grupos de idosos, hipertensos e diabéticos, são realizadas na escola do distrito, há um quarteirão da UBS. A unidade é bem equipada e conservada, mas é nessa última gestão que vem recebendo mais atenção. Até alguns anos atrás, recebia atendimento médico uma vez por semana. Hoje em dia há atendimento médico quatro vezes por semana, sendo recentemente contratados um ginecologista, um pediatra, além de dentista, fisioterapeuta e nutricionista.

A equipe de saúde tem a maior parte do atendimento em demanda espontânea, as consultas agendadas são em saúde bucal e prevenção de câncer ginecológico. Mensalmente são feitas reuniões com idosos, onde são feitos os procedimentos de glicemia capilar e aferição da pressão arterial. Outros grupos não duraram com o passar do tempo.

Um dos problemas encontrados na unidade de saúde é a falta de uma sala para os agentes comunitários de saúde, ou sala de reuniões, há somente um leito para

pacientes fiquem em observação, os medicamentos que são oferecidos são entregues à população pelo enfermeiro ou técnica de enfermagem, não há um farmacêutico ou outra pessoa para essa função e não tem sala de vacinação, as vacinas são feitas na sala de enfermagem.

O alto índice de pacientes fumantes mobilizou a equipe, que em consenso decidiram elaborar um projeto de intervenção que fosse capaz de diminuir ou cessar com o tabagismo na sua área de abrangência. A grande preocupação são as comorbidades decorrentes do hábito de fumar descrita por vários autores.

O Ministério de Saúde aborda que atualmente o tabagismo é considerada uma doença que corresponde aproximadamente por 5 milhões de mortes anuais, sendo 40% a 45% de todas as mortes por câncer, 90% das mortes de câncer de pulmão, 75% das mortes por Doença Pulmonar Obstrutiva Crônica (DPOC), 35% das mortes por doenças cardiovasculares, além das aposentadorias precoces, e outros motivos de afastamento do trabalho, o que acarreta um impacto econômico familiar e para o governo com internações e agudizações das doenças .. (BRASIL, 2001).

No município de Córrego Danta em 2016, foram cadastrados 14 pacientes voluntários, para receberem o tratamento, sendo 7 homens e 7 mulheres. Eles foram acompanhados por um período de três meses (abril-junho), em reuniões quinzenais para entrega dos medicamentos e como tentativa de manter a adesão dos participantes.

Pelo exposto, a equipe considerou importante elaborar um plano de intervenção sobre o tabagismo na comunidade.

2 JUSTIFICATIVA

Esse trabalho se justifica pela alta prevalência de tabagistas no território da nossa unidade. O tabagismo diminui a qualidade de vida das pessoas, ao predispor a doenças crônicas muitas vezes sem cura (entre elas câncer de pulmão e DPOC), sendo em 2010, 1691 homens morreram pelo cigarro, por semana (THE TABACO ATLAS, 2010).

O alto índice de tabagistas acaba sobrecarregando o sistema de saúde devido às agudizações das doenças associadas ao tabagismo. Dessa forma, as equipes de saúde deveriam estimular o uso dos medicamentos disponibilizados pelo Ministério da Saúde, para ajudar a população a cessar o tabagismo. Essa intervenção pode aumentar o conhecimento dos profissionais envolvidos no tratamento desses pacientes.

Neste sentido, compreendemos que o trabalho de uma equipe interdisciplinar é capaz de fazer uma abordagem interativa e essencial para trabalhar a complexidade do tabagismo, porque a interação dos diversos saberes traz ao paciente uma forma mais integral de tratamento (PRESMAN; GIGLIOTTI, 2006).

No município de Córrego Danta há um número expressivo de pessoas que são tabagistas e justifica-se, portanto, a preocupação da equipe de saúde com este problema pelas complicações que o uso prolongado do tabaco pode acarretar à saúde desses usuários .

3 OBJETIVOS

3.1 Geral

Elaborar um projeto de intervenção para diminuir o número de tabagistas na unidade básica de saúde Cachoeirinha, no município de Córrego Danta - Minas Gerais.

3.2 Específicos

Melhorar a qualidade de vida da população.

Diminuir agudizações de doenças respiratórias.

Diminuir o risco de doenças crônicas não transmissíveis, como infarto agudo do miocárdio e acidente vascular cerebral.

4 METODOLOGIA

A proposta deste trabalho foi elaborar um projeto de intervenção realizado no território pela equipe saúde de Cachoeirinha. O método escolhido foi o Planejamento Estratégico Situacional (PES) conforme apresentado na disciplina de Planejamento e avaliação das ações em saúde (CAMPOS; FARIA; SANTOS, 2010)

Foi realizado pela equipe o diagnóstico situacional da área de abrangência onde foram identificados todos os problemas que a comunidade vivenciava e depois foi selecionado o problema mais relevante e que merecia ter uma resolução imediata pela equipe.

Além disso, foi necessário realizar uma pesquisa bibliográfica para embasar o referencial teórico sobre o tabagismo e tratamento e também facilitar a compreensão do problema. Foram utilizados trabalhos científicos disponíveis nas bases de dados da Biblioteca Virtual em Saúde, Biblioteca Virtual do Núcleo de Educação em saúde Coletiva (NESCON), publicações do Ministério de Saúde, dentre outros.

A busca nos bancos de dados se deu por meio dos seguintes descritores:

Tabagismo.

Tabaco.

Câncer de pulmão.

Os textos e os artigos foram selecionados conforme sua relevância e aplicabilidade no trabalho.

5. REVISÃO DE LITERATURA

O tabagismo integra o grupo dos transtornos mentais e comportamentais devido ao uso de substância psicoativa citado na Revisão da Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados à Saúde (CID-10, 1997) e leva à dependência devido a presença de nicotina, principal princípio ativo do tabaco, que age no Sistema Nervoso Central, aumentando a liberação de neurotransmissores responsáveis pela sensação de prazer ao fumar (ROSEMBERG, 2003; BRASIL, 1997).

É considerada a principal causa de morte evitável em todo o mundo (MEIRELLES, 2009). De acordo com a Organização Mundial da Saúde (OMS, 2008), o tabagismo é considerado um fator de risco para cerca de 50 doenças, dentre elas, asma, câncer, DPOC, infecções respiratórias e doenças cardiovasculares. De acordo com o Instituto Nacional do Câncer (INCA, 2001) é o responsável por 30% das mortes por câncer de boca, 90% das mortes por câncer de pulmão, 25% das mortes por doença do coração, 85% das mortes por bronquite e enfisema, 25% das mortes por derrame cerebral. Além de aumentar o risco de doenças e morte nas pessoas não fumantes que convivem com tabagistas, os fumantes passivos (CAMPOS; GOMIDE, 2015).

Desde o final da década de 1980, o Ministério da Saúde em parceria com o Instituto Nacional do Câncer (INCA), realizam projetos com o objetivo de reduzir a prevalência de fumantes e a consequente da morbimortalidade relacionada ao consumo de derivados do tabaco no Brasil, pelo Programa Nacional de Controle do Tabagismo (PNCT). Esse programa articula a Rede de Tratamento do Tabagismo no Sistema Único de Saúde (SUS), no qual oferece através da farmácia popular, medicações que auxiliam a cessar o tabagismo. Para os pacientes que realmente querem parar de fumar, o uso de terapia medicamentosa associada à terapia comportamental chegaram a triplicar a chance de sucesso (POLOSA *et al.*, 2015).

O programa funciona após o gestor manifestar interesse em cadastrar o município e escolher as unidades básicas em que serão implantados. Para apoio ao tratamento das pessoas tabagistas, o SUS têm disponíveis as seguintes medicações: terapia de reposição de nicotina sob a forma de adesivo transdérmico (7mg, 14mg e 21mg),

goma de mascar (2mg) e cloridrato de bupropiona (comprimido de 150mg). Os medicamentos serão adquiridos pelo Governo Federal e distribuídos trimestralmente aos estados, e enviada para a farmácia popular da macrorregião a qual a cidade pertence. A quantidade de pacientes a serem beneficiados é baseada na porcentagem de tabagistas na região e então é calculada essa porcentagem para a cidade. É responsabilidade da Secretaria Municipal de Saúde organizar a distribuição dos medicamentos para os participantes (BRASIL, 2012).

Na definição de Muakad (2014, p. 528) “o tabagismo é uma toxicomania caracterizada pela dependência física e psicológica do consumo de nicotina, substância presente no tabaco”. Complementando Peixoto; Firmo; Lima-Costa (2007) e WHO (2008) comentam que o tabagismo é definido pelo uso de tabaco, que leva a intoxicação aguda ou crônica devido ao hábito de fumar sendo considerado a principal causa de morte evitável em todo mundo.

Para Carvalho (2000) o tabagismo causa síndrome de dependência que é a necessidade compulsiva, um desejo incessante de consumir a droga novamente sendo considerado um processo que envolve um inúmero de fatores relacionados à farmacologia, personalidade, comportamento, aspectos culturais e sociais, decorrentes do desenvolvimento de um conjunto de fenômenos comportamentais, fisiológicos e cognitivos, atrelado que, mesmo tendo conhecimento das consequências ao bem estar das pessoas do seu convívio, bem como à própria saúde continua consumindo.

Segundo o Ministério de Saúde (BRASIL, 2001 *apud* SEABRA; FARIA; SANTOS, 2011) o tabaco foi considerado durante séculos, dotado de potencialidades medicinais, capaz de curar o reumatismo, doenças do fígado e intestino e até mesmo bronquite.

O fumo com o passar do tempo, foi ganhando espaço cada vez maior na sociedade devido a propaganda cada vez mais intensa e com o maior acesso de toda população. O ato de fumar era visto como sinônimo de liberdade, elegância, sucesso, era um *status* ser fumante.

Os tabagistas relatam efeitos prazerosos ao fumar como redução da ansiedade, alívio do estresse e aumento na produtividade. Além disso, o fumante associa algum comportamento com o ato de fumar de forma a se condicionar a realizar a atividade e logo acender um cigarro, por exemplo, tomar café e fumar, almoçar e fumar sair com os amigos para o “happy hour” são momentos em que o fumo se torna quase obrigatório. Tais situações são denominadas por especialistas da área como “gatilhos” e apresentam-se como uma grande dificuldade nas tentativas de cessação do fumo (CARVALHO, 2000).

“Passou depois a ser reconhecido como uma dependência química nociva que expõe a pessoa a diversas substâncias tóxicas”. Os tabagistas são as principais vítimas de doenças limitantes e muitas vezes fatais que acometem boa parte da população (FAGUNDES, 2010, p.7). Hoje ser fumante está fora da moda. Existem programas para combater o tabagismo.

O hábito de fumar pode ser considerado uma forma de obter segurança e evidência de autoafirmação, fatores essenciais à existência das pessoas. Os jovens começam a fumar como forma de rebeldia, visando ter independência, ou até mesmo por reprodução, com o intuito de inclusão no grupo (CARVALHO, 2000).

Após várias pesquisas foi constatado que a fumaça do cigarro é composta por mais de 4 mil propriedades químicas tóxicas, dentre as quais se encontra a nicotina, substância responsável pela consolidação da dependência. Diante desse fato o tabagismo passou então a ser considerado doença e incluída na CID F17.2 como um “transtorno mental e de comportamento decorrente do uso de tabaco – síndrome da dependência”(CLASSIFICAÇÃO INTERNACIONAL DE DOENÇAS, 2001, p. 69-70).

Segundo o Ministério da Saúde (BRASIL, 2001), o avanço da ciência permitiu que o tabagismo fosse reconhecido como um dos causadores de uma série de doenças muitas vezes fatais como câncer. Tal reconhecimento proporcionou uma mudança no paradigma do tabagismo, associado anteriormente com independência e status, hoje tratado como doença.

Neste sentido o Ministério da Saúde, (BRASIL, 2002), publicou a Portaria GM/MS 1.575/02 que criou Centros de Referência em Abordagem e Tratamento do Fumante e incluiu no Sistema de Informações Ambulatoriais do Sistema Único de Saúde (SAI/SUS), como forma de incluir e financiar a abordagem e tratamento do tabagismo no SUS.

5.1 Tratamento

Conforme Reichert *et al.* (2008) a proposta de tratamento é a diminuição de danos para o indivíduo. Existem muitas pessoas que tem o propósito de parar, mas não conseguem porque não acreditam em si mesmas acham que não conseguem ficar sem o cigarro no seu dia a dia. A proposta da saúde tem a finalidade de minimizar as consequências prejudiciais do uso de drogas.

O tratamento da dependência de nicotina segundo Araújo *et al.* (2004, p.31),

[...] O eixo central do tratamento da dependência à nicotina é a abordagem cognitivo comportamental, incorporando intervenções cognitivas e treinamento de habilidades comportamentais, visando cessação e prevenção de recaídas. Pode-se aliar tratamento medicamentoso ou não.

O tratamento para cessar de fumar deverá considerar o contexto clínico, a gravidade da dependência de nicotina, a idade de início do consumo do tabaco, as comorbidades, a história familiar, a motivação para cessar, os condicionamentos, as situações e os sentimentos relacionados com o tabagismo (NUNES *et al.*, 2006).

Os medicamentos devem ser utilizados com o objetivo de diminuir os sintomas provocados pela abstinência do cigarro, facilitando o processo de cessação e a própria abordagem cognitivo-comportamental (PENIDO, 2016).

A abordagem cognitivo-comportamental é classificada em:

- abordagem breve: pode ser realizada pelo médico em sua consulta de rotina, dentro do consultório. Consiste em perguntar o paciente se é tabagista, classificar o grau de dependência e motivação, e aconselhar a parar de fumar, expondo os riscos e doenças advindas deste hábito. Estudos mostram que uma abordagem breve de duração de até 5 minutos já se mostra benéfica, podendo fazer um paciente mudar de estágio, por exemplo, de pré-contemplação a contemplação.

- abordagem básica: consiste na abordagem breve seguida de acompanhamento de possíveis recaídas.
- abordagem intensivo-específica: consiste na estruturação de um ambulatório específico de apoio aos fumantes, podendo acontecer em grupo ou individualmente.
- abordagem dos fumantes que sofreram recaídas: deve-se tentar estabelecer as circunstâncias que levaram à recaída, apoiar o indivíduo a tentar novamente, fazendo da recaída um aprendizado.
- abordagem do fumante que não deseja parar de fumar: várias são as razões para que um indivíduo não queira cessar o tabagismo, seja pela falta de informação acerca dos prejuízos que ele acarreta para a saúde, seja por receio, crenças e insegurança quanto ao próprio processo de cessação, ou porque realmente não há interesse. Neste caso, o profissional de saúde deve estimular o paciente a parar de fumar em todas as oportunidades possíveis (ARAÚJO *et al.*, 2004, p. 32)

O hábito de fumar é considerado uma patologia complexa que acomete vários campos na vida do indivíduo. Portanto sua abordagem requer a interação de vários saberes que se interagem e se potencializam, visando abranger toda sua complexidade (PRESMAN; CARNEIRO; GIGLIOTTI, 2005). Com uma visão interdisciplinar se faz possível uma comunicação entre as disciplinas e a produção de uma realidade mais dinâmica, menos voltada a saberes isolados (SEABRA; FARIA; SANTOS, 2011).

No Brasil, 16,6% dos homens e 11,1% das mulheres são tabagistas (THE TABACO ATLAS, 2016) dessa forma, é de grande importância os programas governamentais que tentam diminuir a incidência de tabagistas e de suas doenças associadas. Seguindo o Programa Nacional de Controle de Tabagistas, do INCA, Rodrigues (2016), acompanhou por dois anos um grupo de pacientes tratados de acordo com o PNCT, e concluiu que 40% dos pacientes conseguiram parar de fumar pelos próximos três meses, porém menos de 20% permaneceu livre do tabaco nos dois anos consecutivos ao tratamento.

No projeto proposto em Córrego Danta, o primeiro grupo teve uma taxa de sucesso de 28,5%, abaixo da taxa encontrada por Rodrigues (2016), e essa taxa se manteve nos três meses consecutivos ao tratamento.

A Sociedade Brasileira de Pneumologia e Tisiologia orienta a utilização de terapia cognitivo-comportamental, que são mudanças comportamentais para se manter sem o tabaco, associado a medicações como goma de mascar, adesivos de nicotina e comprimidos de bupropiona e vareniclina (SOCIEDADE BRASILEIRA DE PNEUMOLOGIA E TISIOLOGIA, 2016). Já o Instituto Nacional do Câncer, fornece o tratamento com goma, adesivos de nicotina e comprimidos somente de bupropiona.

Os fármacos nicotínicos ajudam a reduzir a fissura por cigarros e a diminuir os sintomas de abstinência, aumentando a chance de abandonar o tabaco. A reposição de nicotina pode ser feita em forma de adesivo, goma de mascar, spray nasal, inalação e pastilhas, sendo que no Brasil dispomos somente da goma de mascar ou adesivos (ARAÚJO *et al.*, 2004).

Os fármacos não nicotínicos, mais especificamente a bupropiona, são utilizados como adjuvante no tratamento farmacológico da dependência de nicotina, no entanto ainda não se sabe o seu verdadeiro mecanismo de ação, apesar dos diversos estudos existentes (ARAÚJO *et al.*, 2004).

As terapias de substituição da nicotina, como goma de mascar, pastilhas e adesivos, levam a absorção lenta da nicotina e reduz gradualmente o desejo pela substância e abstinência. Já o spray de nicotina e a inalação, estimulam os receptores de nicotínicos de acetilcolina rapidamente, proporcionando uma dose mais alta de nicotina em cerca de dez minutos. Essas terapias podem ser usadas por doze semanas (CAHILL *et al.*, 2013; STEAD *et al.*, 2012; AUBIN; LUQUIENS; BERLIN, 2014).

As terapias não nicotínicas consideradas de primeira linha para o tratamento são bupropiona e vareniclina. A bupropiona leva ao bloqueio na recaptação de dopamina e norepinefrina, além do bloqueio dos receptores nicotínicos de acetilcolina de alta afinidade. A dose recomendada é 300 miligramas divididos em duas tomadas diárias. A vareniclina, na dose de 2 miligramas, é um agonista parcial dos receptores nicotínicos de acetilcolina $\alpha 4\beta 2$, e se mostrou superior a bupropiona e à reposição de nicotina com goma de mascar ou adesivo em aliviar os sintomas de abstinência e cessar o tabagismo (CAHILL, 2013).

De acordo com a “Abordagem e Tratamento do Fumante” (BRASIL, 2001, citado por REGGIANI, 2015,p.25):

[...] em relação à abordagem para o fumante que não expressa o vontade de parar de fumar por vários motivos que vão além da vontade pode ser considerado os fatores como a falta de conhecimento sobre os efeitos nocivos do tabagismo, falta de recursos financeiros gerando ansiedade, crenças e receios relacionados ao processo de cessação, insegurança devido a tentativas anteriores sem sucesso ou mesmo recaídas, não desejam realmente, falta de estímulos, falta de conhecimento que pode fazer o tratamento nas unidades básicas de saúde.

O autor ainda acrescenta que esses pacientes poderão ser motivados, mudando a sua maneira de pensar desde que devidamente orientados, necessitando do empenho da equipe de saúde junto com a família que façam um trabalho de motivação do usuário fumante, apoiando-o quando necessário.

6. PLANO DE AÇÃO

O plano de ação define as ações a serem tomadas após coleta e análise de dados. Incide sobre ações que devem ser realizadas em relação à abordagem para o fumante que não expressa a vontade de parar de fumar por vários motivos que vão além da vontade pode ser considerado os fatores como a falta de conhecimento sobre os efeitos nocivos do tabagismo, falta de recursos financeiros gerando ansiedade geralmente em curto prazo, descrevendo como colocar em prática as ações estratégicas. O plano de ação é algo extremamente importante, tão fundamental que pode dar origem a um planejamento estratégico, ou basear-se neste, tanto para medidas de correção de problemas quanto para sua prevenção.

Primeiro Passo: Identificação dos problemas

O diagnóstico situacional realizado pela equipe proporcionou um conhecimento amplo sobre a população também sobre a área de abrangência. A análise dos dados permitiu a identificação de todos os problemas. Foi feita uma lista com os principais problemas de saúde da nossa área de abrangência.

Os problemas identificados na área de abrangência do PSF de Cachoeirinha foram:

- Alto índice de pacientes hipertensos tabagistas;
- Alto índice de pacientes com doenças pulmonares e tabagistas;
- Alto índice de analfabetismo em idosos;
- Alto índice de tabagistas acaba sobrecarregando o sistema de saúde devido às agudizações das doenças associadas ao tabagismo;
- Higiene precária;
- Pouca adesão ao tratamento.

Segundo Passo: Priorização dos problemas da área de abrangência do PSF de Cachoeirinha

Os problemas identificados foram muitos, alguns fogem da governabilidade da equipe, outros não são tão urgentes o ideal era resolvermos todos, mas infelizmente não dispomos de tempo, recursos humanos e recursos financeiros, diante disso temos que selecionar o que tem maior prioridade.

Todos os problemas precisam ser priorizados. É necessário a equipe reunir e analisar todos os problemas para verificar qual que traz mais prejuízo para a saúde da comunidade. Para a análise e seleção devem se utilizados os critérios como a importância, capacidade de enfrentamento, urgência e a seleção numérica na ordem de prioridade segundo Campos, Faria e Santos (2010).

Quadro 1- Priorização dos problemas da área de abrangência da equipe do PSF de Cachoeirinha.

Principais problemas	Importância	Urgência	Capacidade de enfrentamento	Seleção
Alto índice de pacientes hipertensos tabagistas.	Média	8,5	Parcial	2
Alto índice de pacientes com doenças pulmonares e tabagistas.	Média	8,0	Parcial	3
Alto índice de analfabetismo em idosos.	Baixa	5	Parcial	6
Alto índice de tabagistas acaba sobrecarregando o sistema de saúde devido às agudizações.	Alta	9	Parcial	1
Higiene precária	Média	4	Parcial	5
Pouca adesão ao tratamento	média	6	parcial	4

Fonte: autoria própria

Dentre os problemas levantados encontramos alguns onde o poder de resolutividade e governabilidade é baixa, ou seja, a equipe não tem condições por si só de resolvê-los, envolvendo outras instâncias públicas.

Terceiro passo: Descrição dos problemas

Para Campos; Faria; Santos (2010, p. 59) “descrever um problema é caracterizá-lo para saber a sua dimensão e o que ele representa na realidade. Deve identificar o que caracteriza o problema inclusive sua quantificação”

Segundo WORLD HEALTH ORGANIZATION, (2002) citado por NUNES; CASTRO, (2011, p. 17), o tabagismo é um importante fator de risco de doenças e mortes, sendo que a mortalidade relacionada a fumantes é duas vezes maior do que a relacionada a não fumantes. “É responsável por cerca de 90% de câncer de pulmão em homens e 70% de câncer de pulmão em mulheres”. O tabaco também é uma das principais causas de câncer de orofaringe, bexiga, pâncreas, laringe, esôfago, cólon e colo do útero. É um grave problema de saúde pública, e conta com alta prevalência no Brasil.

Por isso, o controle do tabagismo, ou hábito de fumar, deve ser considerado como uma das prioridades da Saúde Pública, na medida em que este se constitui um grave problema, e a principal causa de morte prevenível no mundo.

Na comunidade Programa de Saúde da Família de Cachoeirinha o alto índice de pacientes fumantes foi constatado através de observação direta, discussão com a equipe de saúde durante os atendimentos, ficou claro também o grande número de tabagistas, e queixas respiratórias como tosse, dispneia e "chieira". O distrito está localizado em uma altitude elevada, com clima bem seco durante o inverno e as doenças respiratórias são frequentes. Para diminuir o número de tabagistas, o município foi cadastrado no Programa Nacional de Controle do Tabagismo.

Quarto passo: explicação do problema

De acordo com Campos; Faria e Santos (2010) o quarto passo tem como objetivo entender a gênese do problema que se pretende enfrentar a partir da identificação das suas causas. Geralmente, a causa geradora de um problema é outro problema ou outros problemas.

A incidência aumentada em jovens segue o padrão mundial com idade média de início do tabagismo aos 15 anos de idade. Considerando os padrões de dependência química, observa-se uma exposição à carga tabágica cada vez maior no dependente.

O tratamento necessário é de interrupção e não de redução da carga tabágica, para evitar também a exposição à fumaça e derivados séricos. A equipe necessita de capacitação continuada para informar com segurança e iniciar o processo educativo durante visitas domiciliares.

Na área de abrangência um fato que tem instigado à equipe de saúde é o grande número de fumantes e as doenças que poderão advir com o uso prolongado que com certeza vão gerar grande ônus para o Ministério da Saúde e também o nível de conhecimentos dos profissionais que compõem a equipe quanto ao tabagismo como doença e que precisa ser tratado.

Quinto passo: seleção dos “nós críticos”

Todo problema tem uma ou várias causas que devem ser analisadas para serem enfrentadas para sanar o problema. De acordo com Campos, Faria e Santos (2010, p.65) As causas devem estar “dentro do meu espaço de governabilidade, ou, então, o seu enfrentamento tem possibilidades de ser viabilizado pelo ator que está planejando”. Para os autores o nó crítico é definido como a causa de um problema que, quando “atacada” é capaz de impactar o problema principal e transformá-lo.

Foram selecionados os seguintes nós críticos do problema priorizado:

- Relacionamento de estresse da vida diária com o hábito de fumar;
- Baixo nível de conhecimento da população sobre os malefícios do tabagismo;
- Desnível de conhecimento entre os membros da equipe de saúde sobre tabagismo (falta de capacitação dos profissionais de saúde);
- Dificuldade de deixar de fumar sem ajuda;
- Falta de adesão ao tratamento;

Quadro 2- Desenho de operações para resolução dos nós críticos do problema

NÓS CRÍTICOS	OPERAÇÃO/ PROJETO	PRODUTOS	RESULTADOS	RECURSOS NECESSÁRIOS
Relacionamento de estresse da vida diária com o hábito de fumar.	Vida sem cigarro Realizar campanha educacional sobre o tabagismo. Esclarecer as dúvidas. Discutir estratégias para não fumar. Apontar estratégias para aumentar a auto confiança. Dar apoio para superar a abstinência Oferta de medicamento. Esclarecer que o acompanhamento é um fator primordial para o tratamento.	Diminuição do número de tabagistas e suas comorbidades . Aumento de mais adeptos ao programa Acompanhamento dos pacientes pelo psicólogo do CRAS. Acompanhamento e monitoramento dos pacientes em uso de medicação.	Diminuição do número de tabagistas na área de abrangência e suas comorbidades Diminuição da ansiedade dos pacientes e superação da vontade de fumar. Adesão ao uso do medicamento.	Organizacional: para organizar os grupos e a agenda em horários que possibilite a participação de todos. Cognitivo: informação sobre o tema e de como transmitir as informações. Político: Apresentação do projeto a secretária de saúde. Divulgação sobre tabagismo em meios de informação local. Financeiro: recursos audiovisuais, folhetos informativos.
Baixo nível de conhecimento sobre os danos causados pelo tabagismo.	Sabedoria Formar pequenos grupos de pacientes Informar, conscientizar a comunidade tabagista sobre os maus causados pelo tabaco	Empoderamento de conhecimento pelo paciente sobre os malefícios causados pelo tabaco.	Diminuição o número de tabagistas na área de abrangência e suas comorbidades Pacientes com mais conhecimento, participativos e conscientes dos males causados pelo	Organizacional: organizar agenda para atender o grupo de pacientes Cognitivo: elaboração de protocolo de linha de cuidado Político: participação da coordenação da saúde da família para implantar

			tabaco.	linha de cuidado. Financeiro: recursos áudio-visuais , folhetos informativos.
Desnível de conhecimento entre membros equipe de saúde sobre tabagismo.	Capacitação Capacitar a equipe para abordagem e tratamento do usuário tabagista principalmente quando tem recaídas. Discutir sobre as alternativas de tratamento do paciente. Solicitar a secretária de saúde a compra de medicamentos fornecidos pelo SUS	Profissionais capacitados, interessados, seguros e empoderados de conhecimento.	Profissionais mais atuantes e seguros na abordagem e tratamento do usuário tabagista.	Organizacional: espaço físico na escola municipal para realizar as reuniões e equipamentos áudio-visuais. Político: cadastramento no PNCT para receber a medicação, Cognitivo: repasso de conhecimento.
Falta de adesão ao tratamento	É hora de largar o vício -Sensibilizar o paciente a aderir ao tratamento. Monitorar os tabagistas, discutindo e esclarecendo as dúvidas utilizando visita domiciliar, atendimento individual e grupo antitabagismo	Aderência dos tabagistas ao tratamento.	Redução do número de tabagistas	Organizacional: Disponibilização de profissionais Político: aceitação do projeto

Dificuldade de deixar de fumar sem ajuda	Sou capaz Aumentar o nível de motivação do paciente tabagista para despertar nele o desejo e a confiança para parar de fumar. Oferta de medicamentos	Uso das medicações indicadas pelo PNCT. Acompanhamento psicológico com a equipe do CRAS. Acompanhamento e monitoramento dos pacientes em uso de medicação.	Diminuição o número de tabagistas. Pacientes com a auto estima mais elevada motivados para para cessar o tabagismo. Adesão ao uso do medicamento.	Organizacional: organizar agenda para atendimento individual com o psicólogo. Cognitivo: abordagem pelo psicólogo.
---	---	--	--	---

Fonte: autoria própria

Sexto passo: identificação dos recursos críticos

É importante que a equipe tenha clareza de quais recursos críticos que irá utilizar para operacionalizar o projeto, e criar estratégias para que se possa viabilizá-los (CAMPOS; FARIA; SANTOS, 2010). Os recursos críticos são aqueles indispensáveis para a execução de uma operação e que não estão disponíveis.

Quadro 3- Identificação dos recursos críticos para resolução problemas.

Projeto	Recursos Críticos
Vida sem cigarro	Organizacional: para organizar os grupos e a agenda em horários que possibilite a participação de todos. Cognitivo: informação sobre o tema e de como transmitir as informações. Político: Apresentação do projeto a secretária de saúde. Divulgação sobre tabagismo em meios de informação local. Financeiro: recursos audiovisuais, folhetos informativos. Recursos para exames, remédios, especialistas.
Sabedoria	Organizacional: organizar agenda para atender o grupo de pacientes Cognitivo: elaboração de protocolo de linha de cuidado Político: participação da coordenação da saúde da família para implantar linha de cuidado. Financeiro: recursos audiovisuais, folhetos informativos.
É hora de largar o vício	Organizacional: Disponibilização de profissionais Político: aceitação do projeto

Capacitação	Organizacional: espaço físico na escola municipal para realizar as reuniões e equipamentos audiovisuais. Político: cadastramento no PNCT para receber a medicação, Cognitivo: repasse de conhecimento.
Sou capaz	Organizacional: organizar agenda para atendimento individual com o psicólogo. Cognitivo: abordagem pelo psicólogo.

Fonte: autoria própria

Os recursos utilizados foram humanos e materiais. Os materiais necessários ao projeto foram retroprojektor para administração de palestras educativas nos encontros e a medicação fornecida pelo Ministério da Saúde, para o tratamento de duração de três meses. Recursos humanos foram os trabalhadores da equipe de saúde de Córrego Danta, que ministraram palestras educativas nos encontros quinzenais.

Sétimo passo: Análise para viabilidade do plano

A equipe identificou os atores que controlavam os recursos críticos e sua motivação em relação a cada operação, propondo em cada caso ações estratégicas para motivar os atores identificados.

Quadro 4- Ações estratégicas para viabilizar o plano

Operação	Recursos críticos	Ator que controla	Motivação	Ação estratégica
Vida sem cigarro	-Organizacional	Secretária de Saúde	Favorável	Não é necessário
	-Cognitivo	Médica e enfermeira	Favorável	Não é necessário
	-Político			
	-Financeiro			

Sabedoria	Organizacional - Cognitivo	Coordenadora ABS	Favorável	Apresentar e discutir os projetos
	-Político	Coordenadora médica de ABS	Favorável	Apresentar e discutir os projetos
	-Financeiro	Secretario Municipal de Saúde	Favorável	Apresentar e discutir os projetos
		Médico e enfermeira	Favorável	Não é necessário
É hora de largar o vício	-Organizacional -Político	Médico, enfermeira e NASF	Favorável	Não é necessário
Capacitação	-Organizacional -Político -Cognitivo	Secretaria municipal de saúde.	Favorável.	Apresentar e discutir o projeto
Sou capaz	-Organizacional	Secretaria municipal de saúde.	Favorável.	Apresentar projeto
	-Cognitivo	Médico e enfermeira	Favorável.	Não é necessário

Oitavo passo- elaboração do plano operativo

Este passo é muito importante porque vai nomear os responsáveis por cada operação e estabelecer o prazo o cumprimento das ações. O gerente de cada operação é aquele que acompanha da execução de todas as ações definidas, “ele pode contar com o apoio de outras pessoas”(CAMPOS; FARIA; SANTOS, 2010,p.73).

Quadro 5- Plano Operativo

Operações	Resultados	Produtos	Operações Estratégicas	Responsáveis	Prazo
	Pacientes conscientes dos maus	Palestras sobre os maus	Apresentar projeto	Médico da ABS	3 meses para inicio de

Vida sem cigarro	causados pelo ato de fumar.	causados pelo tabaco e sobre as melhores formas de deixar de fumar.			atividades 3 meses para apresentar projeto e 6 meses para iniciar atividades 2 meses para inicio e 2 meses de duração.
Sabedoria	Identificar pacientes com RCV médio-alto.	Pacientes com RCV médio-alto identificados.	Apresentar projeto	Enfermeiros da UBS e Agentes de saúde	3 meses para inicio de atividades 3 meses para apresentar projeto e 6 meses para iniciar atividades 2 meses para inicio e 2 meses de duração.
É hora de largar o vício	Redução do número de tabagistas	Aderência dos tabagistas ao tratamento.			
Capacitação	Capacitação da equipe para abordar e tratar pacientes tabagistas.	Equipe capacitada por meio de palestras e material áudio e vídeo	Apresentar projeto	Médico da UBS	3 meses para inicio de atividades 3 meses para

		gráfico.			apresentar projeto e 6 meses para iniciar atividades 2 meses para início e 2 meses de duração.
Sou capaz	Disponibilizar acesso a exames, consultas e medicamentos.	Acesso adequado a consultas, exames e medicamentos para tratamento antitabagista.	Apresentar projeto	Recepção da UBS, para agendamento e acolhimento Psicólogos do CRAS	3 meses para início de atividades 3 meses para apresentar projeto e 6 meses para iniciar atividades 2 meses para início e 2 meses de duração.

6.1 Avaliação do projeto

O projeto de intervenção foi feito baseado nos atendimentos feitos pela equipe de saúde, em que foi observada uma grande parte dos pacientes tabagistas, associado a doenças crônicas como hipertensão arterial, diabetes mellitus e asma.

Após conseguir cadastrar a unidade de saúde no programa do INCA, foi formado o primeiro grupo com 14 tabagistas, que procuraram ajuda por vontade própria. Todos responderam a um questionário contendo a história patológica pregressa, teste

CAGE, relacionado a problemas com álcool, história tabagística e teste de Fagerstrom.

A média de idade de início do tabagismo foi de 13, 1 anos, e o tempo de tabagismo foi em média 46,4 anos. Todos relataram mais de uma tentativa prévia em cessar o tabagismo, e todos apresentaram uma pontuação maior ou igual a 6 no teste de Fagerstrom, o que indica um grau de dependência elevado ou muito elevado ao tabaco. Apenas um paciente apresentou tendência ao alcoolismo, ao responder o teste CAGE.

Uma dificuldade apresentada pelos participantes foi a convivência dentro de casa com um tabagista, seja ele cônjuge ou filho, o que dificulta cessar o tabagismo.

Os 14 pacientes iniciaram fazendo uso de bupropiona, goma de mascar e adesivo. As reuniões eram quinzenais e os remédios eram entregues nessas reuniões.

Apenas 4 pacientes conseguiram parar de fumar, e sete pacientes abandonaram o grupo na terceira reunião.

Com esta intervenção, a equipe de saúde da Unidade de Saúde de Cachoeirinha almejava a participação e interesse da comunidade em participar dos grupos propostos, e com isso diminuir a prevalência de tabagistas no município.

Além da redução absoluta dos adeptos ao cigarro, foi importante para chamar a atenção da população quanto à importância de cessar o hábito de fumar, além de estimular seus familiares e conhecidos. Foi possível com isso, relembrar os malefícios do vício e algumas maneiras de diminuir a abstinência.

Apesar de não haver uma meta imposta pelo Programa Nacional de Controle do Tabagismo, o fato de 28,5% dos participantes terem sucesso com o tratamento foi importante para aumentar o interesse das outras pessoas, e mostrar para a população que é possível cessar o vício do tabagismo. No município de Córrego Danta em 2016, foram cadastrados 14 pacientes voluntários, para receberem o tratamento, sendo 7 homens e 7 mulheres. Eles foram acompanhados por um período de três meses (abril-junho), em reuniões quinzenais para entrega dos medicamentos e como tentativa de manter a adesão dos participantes.

7. CONSIDERAÇÕES FINAIS

Como foi exposto ao longo a terapêutica farmacológica na cessação tabágica aumenta a taxa de sucesso, diminui a compulsão do fumador em relação ao cigarro e atenua a síndrome de privação, sendo uma vantagem e um auxílio para o fumador. As 48 principais farmacoterapias utilizadas são a TSN, a bupropiona e a vareniclina, sendo fármacos de primeira linha com eficácia comprovada. Existem outros fármacos utilizados como farmacoterapia de segunda linha que também são eficazes na cessação tabágica como a nortriptilina, a clonidina e a citisina. Cada fármaco apresenta o seu perfil de segurança, pelo que a escolha do tipo de farmacoterapia deve ter em conta não só o contexto clínico do fumador, mas também a preferência deste, devendo-se adequar a terapêutica a cada indivíduo e ao seu contexto socioeconómico e antecedentes patológicos.

Com o término do grupo, e a taxa de sucesso, foram propostas algumas mudanças para os próximos pacientes que desejarem participar, principalmente o acompanhamento psicológico regular pela equipe do NASF, para ajudar os pacientes a lidar melhor com a ansiedade e mudança comportamental associada ao novo estilo de vida.

De acordo com JESUS, (2016), as maiores dificuldades encontradas pelos pacientes são os sintomas de abstinência associados, como ansiedade, tremores e insônia; a associação com atividades da vida diária, como após as refeições; e a sensação de calma durante estresses corriqueiros.

Pelos motivos mencionados, foi proposto um acompanhamento psicológico mais próximo desses pacientes, nos próximos grupos medicamentosos, com intuito de aumentar o número de pacientes que conseguem se manter longe do cigarro.

REFERÊNCIAS

- ARAUJO, A. J. *et al.* Diretrizes para Cessação do Tabagismo. **Jornal Brasileiro de Pneumologia**. São Paulo, v. 30, supl. 2, p. S1-S76, 2004. Disponível em http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1806-37132004000800002. Acesso em 23 ago. 2016.
- AUBIN, H. J.; LUQUIENS, A.; BERLIN, I. Pharmacotherapy for smoking cessation: pharmacological principles and clinical practice. **Br J Clin Pharmacol**. n.77,p.p.324–36. 2014
- BRASIL. Ministério da Saúde. Instituto Nacional do Câncer. **Abordagem e tratamento do fumante**. Rio de Janeiro: INCA, 2001.
- BRASIL. Ministério da Saúde. **O controle do tabaco no Brasil: uma trajetória**. Rio de Janeiro: INCA, 2012.
- BRASIL. **Décima Revisão da Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados à Saúde (CID-10 - 1997)**. Disponível em: <http://www.datasus.gov.br/cid10/V2008/WebHelp/cid10.htm>. Acesso em: 23/06/2016.
- CAHILL, K.; *et al.* Pharmacological interventions for smoking cessation: an overview and network meta-analysis. **Cochrane Database of Systematic Reviews**, Issue 5. Art. No.: CD009329. DOI: 10.1002/14651858.CD009329.pub2., 2013
- CAHILL, K. *et al.* Pharmacological interventions for smoking cessation: an overview and network meta-analysis. In: Cahill K, editor. **Cochrane Database of Systematic Reviews**. Chichester, UK: John Wiley & Sons, Ltd; 2013.
- CAMPOS, F. C. C.; FARIA, H. P.; SANTOS, M. A. **Planejamento e avaliação das ações em saúde**. 2 ed. Belo Horizonte: Nescon/UFMG, 2010. 118p.
- CAMPOS, P. C. M.; GOMIDE, M. O Programa Nacional de Controle do Tabagismo (PNCT) na perspectiva social: a análise de redes, capital e apoio social. **Cad. saúde colet.**, Rio de Janeiro, v. 23, n. 4, p. 436-444, Dec. 2015. Available from <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-462X2015000400436&lng=en&nrm=iso>. access on 13 Sept. 2016. <http://dx.doi.org/10.1590/1414-462X201500040241>

CARVALHO, J. T. O tabagismo visto sob vários aspectos. **Boletim de Pneumologia Sanitária**, v.8, n.1, p. 69, Rio de Janeiro, jun. 2000.

FAGUNDES, M. L. **Uma revisão das alternativas terapêuticas:** Estratégias para a cessação do tabagismo. Disciplina de Trabalho de Conclusão de Curso de Farmácia. Faculdade de Farmácia Porto Alegre, Universidade Federal do Rio Grande do Sul, junho de 2010.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. **Cidades: Informações completas**. 2010. Disponível em:
<<http://www.cidades.ibge.gov.br/xtras/perfil.php?lang=&codmun=314700>

JESUS, M. C. et al. Understanding unsuccessful attempts to quit smoking: a social phenomenology approach. **Rev. esc. enferm. USP**, São Paulo , v. 50, n. 1, p. 71-78, 2016 . Available from
<http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0080-62342016000100071&lng=en&nrm=iso>. access
on 20 June 2016. <http://dx.doi.org/10.1590/S0080-623420160000100010>.

MEIRELLES, R. H. S. Tabagismo e DPOC – dependência e doença – fato consumado. **Pulmão RJ - Atualizações Temáticas**. v. 1, n. 1, p. 13-19, 2009.

MUAKAD, I. B. Tabagismo: Maior causa evitável de morte do mundo. **Fac. Dir. Univ. São Paulo**. v. 10, N. 9, p. 527 - 558 jan./dez., 2014.

NUNES. S. O. V. *et al.* Avaliação das características clínicas dos fumantes que buscaram tratamento em um Centro de Referência do Sistema Único de Saúde (SUS). **Biosaúde**, [s.l.], v.8, n.1, p.3-24, 2006.

NUNES. S, O, V.; CASTRO. M, R, P de (organizadores). –Tabagismo : abordagem, prevenção e tratamento. Londrina : **Eduel**, 2010.224 p. : il.; 23cm.

REGGIANI, E. G. **Diminuição do tabagismo em todas as idades na área da abrangência da equipe Lilás do Vale Do Jatobá:** proposta de intervenção.Trabalho de Conclusão de Curso apresentado ao Curso de Especialização em Estratégia da Saúde da Família, Universidade Federal de Minas Gerais. Belo Horizonte-Minas Gerais.2015.

PEIXOTO, S. V.; FIRMO, J. O. A.; LIMA-COSTA, M. F. Fatores associados ao índice de cessação do hábito de fumar em duas diferentes populações adultas (Projetos Bambuí e Belo Horizonte). **Cad. Saúde Pública**., Rio de Janeiro, v.23,n.6. p. 1319-1328, jun.2013 .

PENIDO, L. M. **Proposta de Enfrentamento do Tabagismo na Estratégia de Saúde da Família Sette de Barros , Ponte Nova – Minas Gerais**. Trabalho de conclusão de Curso de Curso de Especialização Estratégia Saúde da Família. Universidade Federal de Minas Gerais, 2016.

PRESMAN, S; CARNEIRO, E; GIGLIOTTI, A. Tratamentos não-farmacológicos para o tabagismo. **Rev. Psiq. Clín.** v. 32, n. 5, p. 267-275, 2005.

POLOSA, R. *et al.* Quit and smoking reduction rates in vape shops consumers: A prospective 12-month survey. **International journal of environmental research and public health**, v. 12, n. 4, p.3428-3438, 2015.

REICHERT, J. Diretrizes para cessação do tabagismo - **J. bras. pneumol.** v.34,n.10. São Paulo Oct. 2008

RODRIGUES, N. C. P. *et al.* Long-term effects of smoking cessation support in primary care: results of a two-year longitudinal study in Brazil. **J. bras. psiquiatr.**, Rio de Janeiro , v. 65, n. 2, p. 174-178, June 2016 . Available from <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0047-20852016000200174&lng=en&nrm=iso>. access on 13 Sept. 2016. <http://dx.doi.org/10.1590/0047-2085000000120>.

ROSEMBERG, J.(aut.) **Nicotina: Droga Universal**. São Paulo: SES/CVE, 2003.

SOCIEDADE BRASILEIRA DE PNEUMOLOGIA E TISOLOGIA, **Tabagismo**. Disponível em: <<http://sbpt.org.br/espaco-saude-respiratoria-tabagismo/>>. Acesso em: 27 de dezembro de 2016

STEAD, L.F *et al.* Nicotine replacement therapy for smoking cessation. Cochrane Database **Syst Rev.** V.11,n.11:CD000146. 20. 2012;

THE TABACO ATLAS. **Brazil**. Disponível em: <http://www.tobaccoatlas.org/country-data/brazil/> Acesso em: 17/08/2016.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. Report on the Global Tobacco Epidemic 2008.The MPowerPachage, Geneve, WHO, 2008.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. Who Report on the Tobacco Epidemic, 2011.
Spanish. Disponível
em: http://www.who.int/tobacco/global_report/2011/exec_summary/en/ Acesso em:
23/06/2016