

**UNIVERSIDADE FEDERAL DO TRIÂNGULO MINEIRO
FACULDADE DE MEDICINA. NÚCLEO DE EDUCAÇÃO EM SAÚDE COLETIVA
CURSO DE ESPECIALIZAÇÃO GESTÃO DO CUIDADO EM SAÚDE DA FAMÍLIA**

Francisca Maria Araújo da Silva

**TABAGISMO NA UNIDADE DE SAÚDE DOUTOR RICARDO
BARBOSA DA SILVA NO MUNICÍPIO DE BRASILÉIA - ACRE**

**Rio Branco
2020**

Francisca Maria Araújo da Silva

**TABAGISMO NA UNIDADE DE SAÚDE DOUTOR RICARDO
BARBOSA DA SILVA NO MUNICÍPIO DE BRASILÉIA - ACRE**

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

Orientadora: Profa. Michelle Alexandra G.
Alves

**Rio Branco
2020**

Francisca Maria Araújo da Silva

**TABAGISMO NA UNIDADE DE SAÚDE DOUTOR RICARDO
BARBOSA DA SILVA NO MUNICÍPIO DE BRASILÉIA - ACRE**

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

Orientadora: Profa. Michelle Alexandra Gomes Alves

Banca examinadora

Profa. Dra. Selme Silqueira de Mato-UFMG

Professor (a). Nome, Titulação, Instituição

Aprovado em Belo Horizonte, em (00) de (mês) de 2020

RESUMO

O tabagismo é uma doença crônica que causa dependência devido a presença de nicotina nos produtos derivados do tabaco. Essa substância atua diretamente no Sistema Nervoso Central causando uma sensação de prazer, o que explica a quantidade exorbitante de pessoas dependentes dessa droga. O objetivo desse estudo é elaborar um plano de intervenção com propósito de redução do consumo de cigarro e outros derivados de tabaco na comunidade Estrada do Pacífico no município de Brasiléia, no Acre. Na metodologia foi utilizado um diagnóstico situacional para se ter um panorama da real situação dos usuários tabagistas da comunidade Estrada do Pacífico. Este trabalho apresentou uma proposta de intervenção cujo objetivo foi reduzir o número de tabagistas e o uso do tabaco, através de ações educativas e acolhedoras que possibilitem a mudança de comportamentos, de maus hábitos, ofertando maior qualidade e expectativa de vida para a população local.

Palavras-chave: Tabagismo. Tabaco. Prevenção do Hábito de Fumar. Atenção Primária à Saúde.

ABSTRACT

Smoking is a chronic disease that causes dependence due to the presence of nicotine in tobacco products, which is used directly in the Central Nervous System, causing a sensation of pleasure, or that explains an exorbitant amount of people dependent on this disease. The aim of this study is to understand a link between tobacco use and respiratory diseases in the municipality of Brasiléia, in the state of Acre. The methodology was used in a situational diagnosis for an overview of the real situation of smokers in the Estrada do Pacífico community. This work presented an intervention proposal whose objective was to reduce the number of smokers and the use of tobacco, through educational and welcoming actions that make it possible to change behaviors, bad habits, offering higher quality and life expectancy for the local population.

Keywords: Smoking. Tobacco. Smoking Prevention. Primary Health Care.

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

- Quadro 1 - Classificação de prioridade para os problemas identificados no diagnóstico da comunidade adscrita à equipe de Saúde Dr. Ricardo Barbosa da Silva, Unidade Básica de Saúde Dr. Ricardo Barbosa da Silva, município de Brasiléia, estado do Acre.....16
- Quadro 2 – Operações sobre o “nó crítico 1” relacionado ao problema “Tabagismo”, na população sob responsabilidade da Equipe de Saúde da Família Dr. Ricardo Barbosa da Silva, do município Brasiléia, estado do Acre29
- Quadro 3 – Operações sobre o “nó crítico 2” relacionado ao problema “Tabagismo”, na população sob responsabilidade da Equipe de Saúde da Família Dr. Ricardo Barbosa da Silva, do município Brasiléia, estado do Acre 30
- Quadro 4 – Operações sobre o “nó crítico 3” relacionado ao problema “Tabagismo”, na população sob responsabilidade da Equipe de Saúde da Família Dr. Ricardo Barbosa da Silva, do município Brasiléia, estado do Acre 31

LISTA DE TABELAS

Tabela 1 – Comparação de Medidas Internacionais de Controle do Tabaco 22

Tabela 2 – Metas do Plano de Ações Estratégicas para Enfrentamento das Doenças Crônicas Não Transmissíveis no Brasil 2011-2022.....24

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

ABNT	Associação Brasileira de Normas Técnicas
BAT	British American Tobacco
CNES	Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde
CQCT-OMS	Convenção-Quadro para o Controle do Tabaco da Organização Mundial da Saúde
DCNT	Doenças Crônicas Não Transmissíveis
DPOC	Doenças Pulmonares Obstrutivas Crônicas
ESF	Estratégia Saúde da Família
GO	Grupo Operativo
IBGE	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
IVAS	Infecção das Vias Aéreas Superiores
LILACS	Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde
NASF	Núcleo de Apoio à Saúde da Família
OMS	Organização Mundial de Saúde
ONU	Organização das Nações Unidas
PNS	Pesquisa Nacional de Saúde
PNCT	Programa Nacional de Controle do Tabagismo
REMUME	Relação Municipal de Medicamentos Essenciais
RENAME	Relação Nacional de Medicamentos Essenciais
SAMU	Serviço de Atendimento Móvel de Urgência
SIAB	Sistema de Informações da Atenção Básica
SIM	Sistema de Informação sobre Mortalidade
SBPT	Sociedade Brasileira de Pneumologia e Tisiologia
SUS	Sistema Único de Saúde
SciELO	Scientific Electronic Library Online
UBS	Unidade Básica de Saúde
VIGITEL	Vigilância de Fatores de Risco para doenças crônicas não transmissíveis

SUMARIO

1 INTRODUÇÃO	10
1.1 Aspectos gerais do município de Brasília	11
1.2 Aspectos da comunidade Estrada do Pacífico	11
1.3 O sistema municipal de saúde	12
1.4 A Unidade Básica de Saúde Dr. Ricardo Barbosa da Silva	13
1.5 A Equipe de Saúde da Família Dr. Ricardo Barbosa da Silva, da Unidade Básica de Saúde Dr. Ricardo Barbosa da Silva	13
1.6 O funcionamento da Unidade de Saúde da Equipe Dr. Ricardo Barbosa da Silva	14
1.7 O dia a dia da equipe Dr. Ricardo Barbosa	15
1.8 Estimativa rápida: problemas de saúde do território e da comunidade	15
1.9 Priorização dos problemas – a seleção do problema para plano de intervenção	16
2 JUSTIFICATIVA	17
3 OBJETIVOS	19
3.1 Objetivo geral	19
3.2 Objetivos específicos	19
4 METODOLOGIA	20
5 REVISÃO BIBLIOGRÁFICA	21
5.1 Tabagismo: conceito, características e sua utilização na sociedade ao longo dos tempos	21
5.2 Controle do Tabagismo: processo vicioso dos usuários e atuação governamental	23
5.3 Intervenções na Atenção Primária em Saúde	25
6 PLANO DE INTERVENÇÃO	27
6.1 Descrição do problema selecionado	27

6.2 Explicação do problema	27
6.3 Seleção dos nós críticos	28
6.4 Desenho das operações	28
7 CONSIDERAÇÕES FINAIS	32
REFERÊNCIAS	33

1 INTRODUÇÃO

O tabagismo é reconhecido pela Organização Mundial de Saúde (OMS) por conta das diversas alterações físicas, emocionais e comportamentais que acarreta nos usuários de tabaco. Considerado a principal causa de mortes evitáveis em todo o mundo, o tabagismo é responsável por 5,4 milhões de mortes por ano segundo a Revista da Associação Médica Brasileira (SBPT, 2010).

Tendo em mente a proposta de atenção primária a saúde como maneira de promover e combater doenças, torna-se imprescindível ações de controle do tabagismo, uma vez que o mesmo resulta em uma série de doenças que poderiam ser evitadas com a suspensão do consumo de cigarro e outras drogas que tem como substância principal a nicotina.

Por meio de observações dos problemas cotidianos dos pacientes que chegam à Unidade de Saúde Doutor Ricardo Barbosa da Silva, em Brasília, foi constatado que o tabagismo é um dos principais responsáveis pelas disfunções da população da comunidade.

Pensando no impacto negativo que o tabagismo pode ter na vida das pessoas, faz-se necessário uma ação dos profissionais de saúde com parcerias com outros setores, uma vez que o mesmo se configura um problema social. Esse estudo busca estabelecer um plano de intervenção a ser executado pela equipe de multiprofissionais da Unidade Básica de Saúde (UBS), com o intuito de potencializar a atenção às famílias e melhorar a qualidade de vida de toda a comunidade. Para tanto, esta introdução foi dividida em nove partes:

1. Aspectos gerais do município
2. O sistema municipal de saúde
3. Aspectos da comunidade
4. A Unidade Básica de Saúde
5. A Equipe de Saúde da Família da Unidade Básica de Saúde
6. O funcionamento da Unidade de Saúde da Equipe
7. O dia a dia da equipe
8. Estimativa rápida: problemas de saúde do território e da comunidade
9. Priorização dos problemas

1.1 Aspectos gerais do município Brasiléia

Segundo dados do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE) (BRASIL, 2016), Brasileia é um município acreano localizado na região Norte do Brasil e, possui uma população de 25.848 habitantes. Está localizado no interior do estado Acre e conta com uma área territorial de 3,916,507 km². Essa extensão territorial limita-se com os municípios também acreanos de Eitaciolândia, Assis Brasil, Sena Madureira e Xapuri e, com Cobija cidade boliviana.

As cidades de Brasiléia, Eitaciolândia e Cobija protagonizam, nos confins amazônicos, um quadro *sui generis* que tange a capacidade de articulação da economia dos territórios nacionais que as abrigam. Situadas na periferia do Acre, a conurbação formada por Brasiléia e Eitaciolândia possuem, juntamente com a capital do departamento boliviano do Pando, Cobija, o status de cidades gêmeas. (SILVA, 2017, p. 115).

Dessa forma, pode-se considerar a importância da região para o setor comercial do estado Acre, uma vez que boa parte das mercadorias vendidas na capital são provenientes do país vizinho.

A região é bastante rica histórica e culturalmente e encontra em constante processo de desenvolvimento econômico, especialmente pela exploração sustentável das potencialidades da floresta local.

1.2 Aspectos da comunidade Estrada do Pacífico

O bairro Estrada do Pacífico km 26 é uma comunidade de 1506 habitantes localizada na Zona Rural do município acreano Brasiléia. A Estrada do Pacífico é uma rota binacional que liga o Brasil com o Peru e é bastante movimentada por conta do transporte de mercadorias entre esses dois países.

A comunidade é bastante singela, e sobrevive basicamente da agricultura de subsistência. Por ser considerada Zona Rural ainda não possui coleta de lixo regular e esgotamento sanitário adequados.

A quantidade de analfabetos na comunidade é muito grande. Por ser parte da Zona Rural do município, a maioria não teve acesso a escola regular no período devido, e ainda não possui programas de educação de jovens e adultos. Até o momento, a comunidade só é assistida na área da saúde.

As crianças que estudam, precisam se deslocar através de ônibus/caminhada para a escola mais próxima. Não existem creches para auxiliar os pais que trabalham e não tem com quem deixar os filhos. Enfim, a comunidade ainda é bem pequena e a assistência por parte das gestões municipais e estaduais é praticamente inexistente. O principal ponto de apoio dos moradores é a associação comunitária presente na área.

1.3 O sistema municipal de saúde

O sistema municipal está dividido em atendimentos realizados: na atenção primária, atenção de urgência e emergência, atenção hospitalar e assistência farmacêutica.

- A rede de serviços de Atenção Primária à Saúde de Brasileia é composta por nove Equipes de Saúde da família, sendo duas localizadas em área rural. Todas contam com Agentes Comunitários de Saúde, somando sessenta e cinco agentes. O percentual de cobertura, tanto por equipe de atenção básica, quanto por Agentes Comunitários de Saúde no município, é de 100%, segundo dados do Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES). Também conta com um Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF).
- Os atendimentos de urgência e emergência são realizados no Hospital Regional do Acre que disponibiliza atendimento 24 horas por dia. Quando necessário, os pacientes são deslocados imediatamente para o pronto-socorro de Rio Branco por meio de viaturas da Serviço de Atendimentos Móvel de Urgência (SAMU) ou Corpo de Bombeiros.
- O Hospital Regional de Brasília passou recentemente por reformas na sua estrutura, no entanto, ainda há muito a ser feito principalmente no que diz respeito a quantidade de profissionais e equipamentos de trabalho.
- Atualmente o município conta com uma Comissão de Farmácia e Terapêutica, criada mediante a Portaria nº 002/2017/GAB/SEMSA, que tem como função manter a Relação Municipal de Medicamentos Essenciais (REMUME) atualizada, com base na Relação Nacional de

Medicamentos Essenciais (RENAME), assim como nas características epidemiológicas local.

- Essa assistência farmacêutica é um método de atenção voltado para a proteção e recuperação da saúde através do manuseamento de medicações.

1.4 A Unidade Básica de Saúde Doutor Ricardo Barbosa da Silva

A Estratégia Saúde da Família (ESF) Doutor Ricardo Barbosa da Silva existe desde 1999, está localizada na Estrada do pacífico km 26 e abriga uma equipe de Estratégia de Saúde da Família com saúde bucal. Funciona todos os dias úteis da semana, no período diurno, de 7:00 às 13:00. Quanto a estrutura física é considerada mediana, pois em questão de espaço é adequado, no entanto, precisa de algumas reformas na estrutura do prédio. É considerada uma UBS acessível a 60% da comunidade, para os outros 40% é um pouco difícil por conta da distância.

A equipe de estratégia da família não possui uma sala própria para se reunir, e utiliza outras dependências da unidade de saúde como sala de enfermagem. Sua estrutura física é composta por: consultório médico; consultório odontológico; sala de curativos; sala de enfermagem; sala de imunização e farmácia.

1.5 A Equipe de Saúde da Família Doutor Ricardo Barbosa da Silva, da Unidade Básica de Saúde Doutor Ricardo Barbosa da Silva

ESF Dr. Ricardo Barbosa Silva é uma equipe tipo 012 e presta atendimentos a comunidade desde 1999, sendo a única equipe atuante na UBS Ricardo Barbosa da Silva.

A ESF é especializada no acolhimento e escuta qualificada dos pacientes e busca sempre realizar o atendimento de acordo com o preconizado pelas diretrizes do Sistema Único de Saúde (SUS) – universalidade, equidade e integralidade.

A equipe é composta pelos seguintes profissionais:

- 11 (onze) agentes comunitários de saúde;
- 2 (dois) auxiliares de enfermagem;
- 1 (um) auxiliar em saúde bucal;
- 1 (um) enfermeiro;

- 1 (um) médico;
- 1 (um) fisioterapeuta;
- 1 (um) dentista.

1.6 O funcionamento da Unidade de Saúde da Equipe Doutor Ricardo Barbosa da Silva

A Unidade de Saúde funciona durante os cinco dias úteis da semana das 07:00 até as 13:00, com atendimento da demanda espontânea da população na parte da manhã: consultas médicas, serviços de enfermagem, curativos, injeções, realização de vacina, etc. E durante a tarde, realizam-se as visitas domiciliares aos usuários, separadas por prioridades pelos agentes de saúde: pacientes com doenças crônicas e crianças abaixo de 2 anos. Às sextas-feiras são destinadas para limpeza e esterilização dos materiais utilizados.

Também há o serviço de atenção ao paciente com tuberculose e serviço de atenção ao pré-natal, parto e nascimento. A Unidade de Saúde realiza investigação epidemiológica e notificação de doenças.

O processo de trabalho da equipe de multiprofissionais da UBS é baseado nos princípios do Sistema Único de Saúde (SUS) de universalidade, equidade e integralidade, bem como acolhimento e escuta qualificada. A maior dificuldade enfrentada no que diz respeito ao atendimento dos usuários é a integralidade, pois muitos serviços não são oferecidos na UBS como, por exemplo, realização de exames e mamografias, sendo necessário encaminhar para outros pontos de atenção à saúde.

1.7 O dia a dia da equipe Doutor Ricardo Barbosa da Silva

A equipe realiza atendimento da demanda espontânea dos usuários através de consultas médicas, atendimento odontológico, imunização, curativos, injeções, pré-natal, e também distribuição e controle de medicamentos – realizados todos os dias pela parte da manhã. O acolhimento é realizado principalmente pelo recepcionista, que recebe o paciente e o direciona ao técnico responsável para

realizar a triagem (procedimento para saber como o paciente deu entrada na unidade de saúde).

Os agentes de saúde realizam visitas domiciliares todos os dias e selecionam os casos de atenção prioritária para realizar uma segunda visita com auxílio do médico e realizar intervenções, caso necessário.

A equipe realiza ações de promoção a saúde, como atividades de saúde da mulher, do homem, da criança, do adolescente, como previsto no Plano Nacional de Saúde. Para a realização dessas atividades é realizado um planejamento mensal, onde é colocado em pauta todas as ações a serem realizadas dentro do prazo de 30 (trinta) dias e são analisadas as atividades referentes ao mês anterior para avaliar a efetividade da ação.

As ações de educação em saúde, em sua maioria, são realizadas em parcerias com outras instituições sociais, como, as escolas. As escolas são as principais auxiliadoras nesse processo e sempre dão abertura para a equipe de saúde realizar atividades e palestras com os alunos.

1.8 Estimativa rápida: problemas de saúde do território e da comunidade

A estimativa rápida dos problemas é uma maneira eficiente de realizar levantamento de dados para a construção de um planejamento estratégico situacional, pois permite explorar o território e os diversos atores sociais que atuam no cotidiano dos usuários do sistema de saúde (CAMPOS; FARIA; SANTOS, 2010). A investigação foi realizada por meio do Sistema de Informações da Atenção Básica (SIAB) (BRASIL, 2019) e dos relatórios dos agentes comunitários de saúde.

- Tabagismo - a quantidade de pessoas que consomem tabaco na comunidade é exorbitante, o que causa uma preocupação nos profissionais de saúde que sabem as consequências que isso pode acarretar.
- Hipertensão Arterial e Diabetes - existem muitos casos de hipertensão e diabetes nesta área de abrangência e acredita-se que os motivos são os hábitos do cotidiano das pessoas.
- Falta de escolas/creches - a comunidade é muito carente de estabelecimentos educacionais disponíveis para a população. Os pais não

tem onde deixar as crianças pequenas e o que geralmente acontece é que uma criança maior fica responsável por uma criança menor.

- Tráfico de drogas - a região é rota de tráfico de entorpecentes.
- Pavimentação - a pavimentação da estrada é muito ruim, apesar de se tratar de uma rodovia que liga o Brasil ao Peru.

1.9 Priorização dos problemas – a seleção do problema para plano de intervenção

Quadro 1 - Classificação de prioridade para os problemas identificados no diagnóstico da comunidade adscrita à equipe de Saúde Dr. Ricardo Barbosa da Silva, Unidade Básica de Saúde Dr. Ricardo Barbosa da Silva, município de Brasiléia, estado do Acre

Problemas	Importância	Urgência	Capacidade de enfrentamento	Seleção/ Priorização
Tabagismo	Alta	7	Parcial	1
Hipertensão Arterial	Alta	6	Parcial	2
Diabetes Mellitus	Alta	5	Parcial	3
Falta de escolas/creches	Alta	4	Fora	4
Tráfico de entorpecentes	Alta	4	Fora	5
Pavimentação	Média	4	Fora	6

Fonte: Produzido pelo autor.

2 JUSTIFICATIVA

Para melhorar a prática de atenção primária à saúde é necessário oferecer uma assistência de qualidade para os usuários, desta forma, elencou-se como problema para discussão uma temática bem atual que vem sendo estudada em todo o mundo: o tabagismo.

Segundo Pinto *et al.* (2019, p. 2) existem cerca de “[...] 1,1 bilhão de fumantes no mundo e cerca de 4 em cada 5 vivem em países de baixa e média rendas”. Dados como esse explicam a preocupação dos órgãos mundiais da saúde no que tange ao uso desenfreado do tabaco por uma grande parcela da população, uma vez que além de aumentar a taxa de mortalidade gera custos altíssimos para o setor da saúde, em razão das doenças que surgem com o consumo dessa substância.

O Brasil destaca-se no cenário mundial pela sua Política Nacional de Controle do Tabaco, na qual estão integradas as diretrizes da Convenção-Quadro para o Controle do Tabaco da Organização Mundial da Saúde (CQCT-OMS) ratificada pelo país há mais de dez anos (Decreto nº 5.658 de 2006) (PINTO, *et al.*, 2019). Essas medidas vêm surtindo efeitos positivos ao longo dos anos, no entanto, os agravos ligados ao consumo de tabaco ainda são proeminentes.

A escolha do tabagismo como problema prioritário, justifica-se pela quantidade de doenças relacionadas ao uso do tabaco existentes na área de abrangência da UBS e pelos malefícios que o mesmo pode provocar não só na vida dos que consomem a substância propriamente dita, mas também daqueles que apenas convivem com a fumaça que exala do cigarro.

Para Simsek (2016) o tabagismo passivo é a inalação por outras pessoas da fumaça destinada ao fumante ativo. Isso ocorre quando a fumaça do tabaco permeia todo o ambiente e causa a sua inalação por pessoas dentro desse ambiente. Essa exposição a fumaça, tanto ativa quanto passiva se apresentam como uma das principais causas de mortalidade em todo mundo, uma vez que as mesmas podem resultar em doenças cardiovasculares, cerebrovasculares, pulmonares, do trato gastrointestinal e câncer.

Além disso, reduzir a quantidade de pessoas desenvolvendo doenças por conta do tabagismo representa mais usuários vivendo com qualidade de vida, sem preocupação com controle de doenças e comorbidades. Pontes *et al.* (2018, p.

1843) também aponta como mecanismo de combate “[...] o desenvolvimento de ações educativas em escolas, unidades de saúde e ambientes de trabalho, como o Programa Saber Saúde, que já atingiu 2.389.126 alunos de 14.280 escolas em 1.212 municípios”.

Assim, o tabagismo torna-se um assunto extremamente importante na pauta ‘saúde pública’, tendo em vista a quantidade de pessoas que podem desenvolver doenças por intoxicação com tabaco e outras substâncias.

3 OBJETIVOS

3.1 Objetivo geral

Elaborar um plano de intervenção com propósito de redução do consumo de cigarro e outros derivados de tabaco na comunidade Estrada do Pacífico no município de Brasiléia, no Acre.

3.2 Objetivos específicos

- Contextualizar o uso do tabaco e seus derivados, no Brasil, ao longo dos tempos;
- Compreender o processo vicioso do uso do tabagismo na população geral e, também, na comunidade Estrada do Pacífico no município de Brasiléia, no Acre.
- Apresentar uma proposta de intervenção, por meio de ações acolhedoras e educativas, que possibilite a mudança de hábitos e redução do uso do tabaco, ofertando maior qualidade e expectativa de vida para a população.

4 METODOLOGIA

Para a construção desse estudo foi realizada uma pesquisa bibliográfica com objetivo de adquirir conhecimentos prévios sobre o tema e conhecer diferentes opiniões sobre o assunto. Para tanto, realizou-se uma busca de artigos científicos em língua portuguesa e inglesa encontrados por meio das bases de dados PubMed, LILACS (Literatura Latino-americana e do Caribe em Ciências da Saúde) e SciELO (Scientific Electronic Library Online), com seguintes descritores: prevenção do hábito de fumar, poluição por fumaça de tabaco, tabaco, tabagismo, prevenção tabagismo. Além disso, utilizou-se, também, documentos oficiais que orientam as ações de controle do tabagismo na política e serviços de saúde pública.

Entende-se por pesquisa bibliográfica a revisão da literatura sobre as principais teorias que norteiam o trabalho científico. Essa revisão é o que chamamos de levantamento bibliográfico ou revisão bibliográfica, a qual pode ser realizada em livros, periódicos, artigo de jornais, sites da Internet entre outras fontes (PIZZANI *et al.*, 2012, p. 54).

Simultaneamente, foi realizado um Diagnóstico Situacional por meio de uma estimativa rápida de todos os problemas enfrentados pela comunidade. Posteriormente, organizou-se com base na prioridade de cada um, e assim, desenvolveu-se um plano de intervenção a partir dos nós críticos apontados.

Para a redação do texto da pesquisa foram aplicadas as normas da Associação Brasileira de Normas Técnicas (ABNT) e o módulo de Iniciação a Metodologia, fornecido pela instituição de ensino.

5 REVISÃO BIBLIOGRÁFICA

Cientificamente o tabagismo é conhecido como uma doença crônica resultado do vício em nicotina, substância presente no tabaco. Atualmente existe uma variedade de itens derivados de tabaco e inúmeras formas de consumi-lo como, por exemplo, fumado, inalado, aspirado, mascado ou absorvido pela mucosa oral. Vale ressaltar que todos os produtos, independente da forma de consumo, causam dependência e aumentam o risco de contrair doenças crônicas não transmissíveis (DCNT) (BRASIL, 2020, p.3).

5.1 Tabagismo: conceito, características e sua utilização na sociedade ao longo dos tempos

O tabagismo é compreendido como uma dependência extrema ao tabaco ou qualquer outra substância que contenha nicotina em sua composição (BRASIL, s.d.). Trata-se de um dos maiores problemas de saúde pública mundial, pois mesmo com todos os problemas atrelados ao consumo do tabaco as estatísticas são alarmantes, os números vêm em uma crescente constante ao longo dos anos. Câmara (2005) afirma que na atualidade, há no mundo 1 bilhão e 300 milhões de fumantes.

O tabaco acompanha a sociedade há séculos e seu consumo, envolvia questões políticas, econômicas e sociais, pois mudou o seu “significado” e a sua “função” ao longo dos anos.

As indústrias de cigarros se estabeleceram a partir do final do século XIX, com a invenção da máquina de confeccionar cigarros em 1881, o setor passou a ser dominado pelas multinacionais estadunidenses e britânicas. No Brasil, o sistema integrado de produção de fumo foi criado em 1918, na Região Sul, pela British American Tobacco (BAT) – controladora acionária da Souza Cruz desde 1914. A BAT se torna, no fim da 2ª Guerra Mundial, a maior fabricante de cigarros do mundo, expandindo-se principalmente na China (BOEIRA; JOHNS; 2007, p. 3).

Com o crescente consumo do tabaco em todo o mundo surgiu também o movimento antitabagista, no primeiro momento articulado com tradições religiosas em que líderes de diversas religiões proibiram o consumo pelos fiéis. Em seguida os

médicos passaram a fazer parte da luta contra o vício em tabaco, reconhecendo a prática como prejudicial à saúde (BOEIRA; JOHNS; 2007, p.3-4).

Muitas iniciativas de proibição surgiram em vários países, mas as empresas sempre conseguiam driblar as legislações e continuavam a produzir e vender os derivados do tabaco. A Organização Mundial da Saúde (OMS), por sua vez, exerce desde a década de 1970 um crescente papel político na difusão de informações e organização de atores sociais em favor da saúde pública e contrários ao tabagismo (BOEIRA; JOHNS; 2007, p.11).

A partir de então, periodicamente a Organização Mundial da Saúde (OMS) publica relatórios que apontam as condições da epidemia de tabaco em todo mundo e as medidas adotadas por diversos países para o combate a esse problema.

TABELA 1 - COMPARAÇÃO INTERNACIONAL DE MEDIDAS DE CONTROLE DO TABACO

Fonte: WHO, 2011³

País	Prevalência de fumantes (%)	Ambientes 100% Livres da fumaça de tabaco	Programa de Cessação	Advertências Sanitárias nas embalagens (%)	Proibição de Propaganda	Impostos (%)
Canadá	14	Sim	Sim	50	Sim	67
Brasil	15	Não	Sim	50	Sim	60
Estados Unidos ²	16	Não	Sim	50	Não	45
Reino Unido	16	Sim	Sim	35	Sim	77
Austrália	17	Sim	Sim	60	Sim	64
Uruguai	22	Sim	Sim	80	Sim	72
França	27	-	Sim	35	Sim	80

Fonte: Política Nacional de Controle do Tabaco

Como podemos constatar na análise da tabela o Brasil está entre os maiores consumidores do tabaco e, não apresenta ambientes 100% livres da fumaça do cigarro, logo, considerando a extensão territorial é possível estabelecer a dimensão do problema. Além dos programas de cessação e da proibição das propagandas, o país possui uma porcentagem alta de impostos. Mas, ainda sim, o consumo dessa substância permanece com índices elevados.

No Brasil, as campanhas de saúde pública, a proibição da publicidade de tabaco nos meios de comunicação, o aumento dos tributos e preços do tabaco, as leis que protegem a população dos efeitos da fumaça do tabaco (ambientes livres de tabaco), e a oferta de tratamento gratuito na rede pública, a partir de 2004, dentre outras medidas preconizadas pela

Convenção-Quadro Mundial para o Controle do Tabaco, têm produzido efeitos e avanços no controle desta pandemia (SBPT, s.d, p. 01).

Essas medidas surtiram um efeito positivo na mortalidade por consequência do tabagismo, no entanto, a Sociedade Brasileira de Pneumologia e Tisiologia (SBPT, s.d., p. 01) destaca que ainda existem cerca de “[...] 24,6 milhões de fumantes no Brasil que precisam ser aconselhados, orientados e tratados para deixarem de fumar, um grande desafio para nós, médicos, e para toda a sociedade e governo brasileiro”.

5.2 Controle do Tabagismo: processo vicioso dos usuários e atuação governamental

Na composição do tabaco e seus derivados possui uma substância psicoativa denominada nicotina. Essa substância causa alterações no Sistema Nervoso Central gerando mudanças no comportamento e no estado emocional do indivíduo que o consome, produzindo uma enorme sensação de prazer e conseqüentemente à dependência (INCA, 2020).

À medida que o consumo do tabaco aumenta, os problemas associados ao mesmo também aumentam e, são preocupantes para os órgãos de saúde pública uma vez que resulta na maioria das mortes evitáveis do mundo.

No mundo, o tabagismo está associado a cerca de 70% dos casos de câncer de pulmão, 42% das doenças respiratórias crônicas e 10% das doenças cardiovasculares. Além disso, é responsável por impactantes prejuízos sociais, sanitários, econômicos e ambientais (PONTES *et al*, 2013, p. 440).

A principal iniciativa de combate ao tabagismo no cenário mundial foi a Assembleia Mundial da Organização das Nações Unidas (ONU).

Em setembro de 2011, a Assembleia Mundial da Organização das Nações Unidas reuniu Chefes de Estados com o objetivo de pactuar uma agenda global para reverter a escalada das mortes por doenças crônicas não transmissíveis (DCNT), entendida como uma grave ameaça ao desenvolvimento (BRASIL, 2014, p. 5).

O Brasil adotou como política de intervenção o Plano de Ações Estratégicas Para o Enfrentamento das Doenças Crônicas Não Transmissíveis (DCNT) no Brasil 2011-2022, que visa o controle e diminuição do consumo do tabaco.

O Plano de Ações Estratégicas para Enfrentamento das Doenças Crônicas Não Transmissíveis no Brasil 2011-2022 – levado pela Presidente Dilma Roussef para a reunião de Cúpula da ONU sobre Doenças Crônicas Não-Transmissíveis em setembro de 2011 – tem como uma das estratégias centrais “Avançar nas ações de implementação da CQCT – Decreto no. 5658/2006” (BRASIL, 2014, p. 1).

O Plano de Enfrentamento de DCNT visa promover o desenvolvimento e a implementação de políticas públicas efetivas, integradas, sustentáveis e baseadas em evidências para a prevenção e o controle das DCNT e seus fatores de risco e apoiar os serviços de saúde voltados às doenças crônicas (BRASIL, 2017).

Esse plano se baseia em 8 metas a serem alcançadas até 2022 e são mensuradas pelo Sistema de Informação sobre Mortalidade (SIM), sistema de Vigilância de Fatores de Risco para doenças crônicas não transmissíveis (Vigitel) e Pesquisa Nacional de Saúde (PNS) (BRASIL, 2017).

A tabela abaixo apresenta os avanços alcançados ao longo dos anos em cada meta, vale ressaltar que as linhas de bases são do censo de 2010.

Tabela 2 – Metas do Plano de Ações Estratégicas para Enfrentamento das Doenças Crônicas Não Transmissíveis no Brasil 2011-2022

Metas do Plano de DCNT - Brasil	Valor da linha de base (2010)	Resultado mais recente	Abrangência geográfica
Redução da mortalidade prematura (30-69 anos) por DCNT em 2% ao ano*	315,5	307,9 (2016)	Brasil
Redução da prevalência de tabagismo em 30%	14,1% -	10,1% (2017) 14,5% (2013)	Capitais Brasil
Aumento de mamografia em mulheres de 50-69 de idade anos nos últimos dois anos <u>para 70%</u>	73,4% 54%	78,5% (2017) 60% (2013)	Capitais Brasil
Aumento Papanicolau em mulheres de 25-64 de idade anos nos últimos três anos <u>para 85%</u>	82,2% 78%	82,8% (2017) 79,4% (2013)	Capitais Brasil
Aumento da prevalência da prática de atividade física no tempo livre em 10%	30,1% -	37,0% (2017) 22,5% (2013)	Capitais Brasil
Contenção do crescimento da obesidade em adultos	15,1% -	18,9% (2017) 20,8% (2013)	Capitais Brasil
Aumento do consumo recomendado de frutas e hortaliças em 10%	19,5% -	23,7% (2017)	Capitais Brasil
Redução do consumo abusivo de bebidas alcoólicas em 10%	18,1% -	19,1% (2017) 13,7% (2013)	Capitais Brasil

■ Meta alcançada. ■ Meta não alcançada. ■ Meta estável.

Fonte: BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2017.

Apesar da meta “redução da prevalência de tabagismo em 30%” ter sido alcançada nos anos de 2013 a 2017, o tabagismo ainda se configura um grande problema de saúde pública com dimensões preocupantes nos índices de mortalidade do país.

5.3 Intervenções na Atenção Primária em Saúde

A atenção primária é um dos melhores pontos de atenção para combater a disseminação do uso do tabaco no Brasil, pois se trata de políticas de promoção e proteção da saúde dos usuários do sistema público.

Implementar ações na atenção básica é fundamental para que todos os indivíduos sejam alcançados com informações sobre os malefícios do consumo do cigarro e, conheçam as ações executadas que apoiam os dependentes que procuram tratamento nas Unidades Básicas.

Considerando que a APS tem como fundamento possibilitar o acesso universal e contínuo a serviços de saúde resolutivos e de qualidade e constitui-se como a principal porta de entrada da Rede de Atenção à Saúde a oferta de ações de controle do tabagismo torna-se prioritária neste nível de atenção (PONTES *et al.*, 2013, p. 440).

Medidas de conscientização e a educação em relação ao impacto negativo do tabagismo é uma das principais estratégias para sensibilizar a população e, uma forma de promover esse processo informativo é a realização de campanhas nas datas comemorativas relacionadas ao controle do tabaco. Entre elas, o Dia Nacional de Combate ao Fumo (29 de agosto, instituído em 1986) e o Dia Mundial sem Tabaco (31 de maio, instituído em 1987) são responsáveis por mobilizarem atores nas três esferas de governo para a promoção de atividades de prevenção ao tabagismo e incentivo à cessação do tabagismo (PONTES *et al.*, 2018, p. 1843).

6 PLANO DE INTERVENÇÃO

Essa proposta refere-se ao problema priorizado “Tabagismo”, para o qual se registra uma descrição do problema selecionado, a explicação e a seleção de seus nós críticos, de acordo com a metodologia do Planejamento Estratégico Simplificado (CAMPOS; FARIA; SANTOS, 2010).

6.1 Descrição do problema

O tabagismo é o ato de se consumir cigarros ou outros produtos que contenham tabaco, cuja droga ou princípio ativo é a nicotina. Segundo a Organização Mundial da Saúde (OMS) o tabagismo é considerado uma pandemia, que precisa ser combatida em todo o mundo. É de conhecimento de todos que o consumo de cigarro prejudica a saúde, no entanto o vício leva as pessoas a continuarem consumindo-os, mesmo sabendo das consequências negativas que isso acarreta.

Durante a pesquisa de Diagnóstico Situacional a equipe verificou que na área de abrangência da Unidade de Saúde Dr. Ricardo Barbosa da Silva foram registrados muitos óbitos por “doenças pulmonares obstrutivas crônicas”. Só em 2018 foram confirmadas 12 mortes por Doença Pulmonar Obstrutiva Crônica (DPOC) e no início de 2019 registrou-se três óbitos confirmados.

Atualmente, a equipe cobre uma área com 622 famílias, contendo 1859 pessoas distribuídas nelas. Dentre essas pessoas 9,73% são fumantes, ou seja, 181 pessoas assumem fazer o uso constante do cigarro. A maioria são homens entre 19 e 50 anos de idade. Entre o público feminino o consumo do cigarro não é tão popular, apenas 42 dos 181 fumantes são mulheres, o que não deixa de ser um número preocupante.

Foi verificado que 229 pessoas possuem Infecção das Vias Aéreas Superiores (IVAS). Para a equipe, esse dado significa que além das pessoas que consomem o tabaco, muitas outras são diretamente afetadas pela convivência com a substância. Além disso, 29 pessoas afirmam ter quadros de tosse constantemente.

6.2 Explicação do problema

O tabagismo tem impacto direto na vida de todos os moradores, incluindo aqueles que não fumam – mas convivem todos os dias com a fumaça e acabam inalando junto com os fumantes propriamente ditos. As crianças são as mais atingidas por conta de sua frequência respiratória ser mais rápida e verificou-se que muitas chegam com sintomas de asma e bronquite.

Acredita-se que, possivelmente, as Doenças Pulmonares Obstrutivas Crônicas (DPOC) são consequências de uma vida inteira baseada no consumo de nicotina. Além de ser um fator determinante em outras muitas doenças como é o caso de hipertensão, infarto, angina, acidente vascular cerebral, câncer de pulmão, e etc.

Ao observar as famílias da comunidade verificou-se que é comum ter mais de uma pessoa fumante na residência. Acredita-se que isso se dá pela própria influência familiar, ou seja, quando um filho vê seu pai fumando gera uma certa curiosidade para saber a sensação de fumar. Isso ocorre muito também entre os jovens, com intuito de viver novas experiências, de ser aceito em determinado grupo de amigos, ou mesmo curiosidade.

O fácil acesso e o baixo custo pode ser o fator principal para que esse consumo ocorra e se mantenha na comunidade, principalmente porque a maioria dos produtos chegam no município ilegalmente pela fronteira com a Bolívia.

6.3 Seleção dos nós críticos

O consumo de cigarro na região é o mais variado possível, pois existem pessoas que utilizam o cigarro inalado, outras o aspirado, e até mesmo mascam o tabaco. O trabalho para combater essa prática ainda é bem discreto na comunidade, mas acredita-se que com o empenho da equipe e a parceria com a Secretária de Saúde de Brasília (para disponibilizar *skin paches*) é possível realizar um bom trabalho de conscientização. Para isso, considerou-se os seguintes “nós críticos”:

- Hábitos e exemplos de vida ruins passados para outras gerações;
- A falta de orientação sobre as doenças que o tabagismo pode causar;
- A inexistência de estímulo e assistência especializada para aquelas pessoas que desejam parar de fumar.

6.4 Desenho das operações

Quadro 2 – Operações sobre o “nó crítico 1” relacionado ao problema “Tabagismo”, na população sob responsabilidade da Equipe de Saúde da Família Dr. Ricardo Barbosa da Silva, do município Brasiléia, estado do Acre

Nó crítico 1	Hábitos e exemplos de vida ruins
Operação	Modificar comportamentos
Projeto	Você é um espelho
Resultados esperados	Diminuir em 20% os dependentes de tabaco
Produtos esperados	Grupos de atenção para estimular e apoiar os que decidirem parar de fumar
Recursos necessários	Estrutural: Espaço físico Cognitivo: Profissionais com conhecimentos específicos Financeiro: Manutenção do quadro de profissionais e do espaço físico Político: Mobilização social e profissional em torno na discussão.
Recursos críticos	Financeiro: para divulgação da implantação do grupo e convite para os interessados em participar das reuniões e/ou atividades.
Controle dos recursos críticos	Enfermeiro da equipe, juntamente com outros profissionais integrantes da equipe realiza a programação das atividades e solicita junto a gestão de saúde municipal apoio financeiro para a viabilização das ações.
Ações estratégicas	Incentivar a equipe no combate ao tabagismo por meio de reuniões e capacitação direcionada a temática
Prazo	4 meses para início e 8 meses para o término
Responsável (eis) pelo acompanhamento das ações	Enfermeira e o Técnico de Enfermagem
Processo de monitoramento e avaliação das ações	Relatórios semanais: a cada reunião do grupo operativo Discussões sobre os resultados alcançados e esperados nas reuniões da equipe de multiprofissionais

Quadro 3 – Operações sobre o “nó crítico 2” relacionado ao problema “Tabagismo”, na população sob responsabilidade da Equipe de Saúde da Família Dr. Ricardo Barbosa da Silva, do município Brasiléia, estado do Acre

Nó crítico 2	Falta de orientação sobre os problemas que o consumo do cigarro pode causar a saúde
Operação	Promover informação
Projeto	Diga não ao fumo
Resultados esperados	Diminuir a quantidade de usuários ativos e de pessoas que poderiam vir a consumir por falta de informação
Produtos esperados	Palestras de orientação nos postos de saúde, escolas, pastorais...
Recursos necessários	Estrutural: Espaço físico Cognitivo: Profissionais com conhecimentos específicos Financeiro: Materiais que serão distribuídos Político: Mobilização social e profissional em torno na discussão
Recursos críticos	Político: Parcerias com instituições onde se deseja realizar as ações de prevenção e combate Financeiro: recursos para produção de folhetos, divulgação na rádio local, vinhetas...
Controle dos recursos críticos	Articular com as secretarias responsáveis pela gestão das instituições onde se planejar realizar as ações; Solicitar por meio de ofícios os insumos necessários para custear as ações e a divulgação das mesmas.
Ações estratégicas	Estabelecer parcerias com as instituições onde se planeja realizar ações, especialmente nas escolas. Planeja-se uma articulação com outros setores municipais como, por exemplo, Secretária de Educação uma vez que as escolas são um dos principais ambientes onde a prática do fumo precisa ser combatida.
Prazo	3 meses para o início e 6 meses para o término
Responsável (eis) pelo acompanhamento das ações	Médica e Enfermeira
Processo de monitoramento e avaliação das ações	Relatórios de cada palestra realizada Discussões sobre os resultados alcançados e esperados nas reuniões da equipe de multiprofissionais

Quadro 4 – Operações sobre o “nó crítico 3” relacionado ao problema “Tabagismo”, na população sob responsabilidade da Equipe de Saúde da Família Dr. Ricardo Barbosa da Silva, do município Brasiléia, estado do Acre

Nó crítico 3	Falta de estímulo e assistência para as pessoas que decidem parar de fumar
Operação	Oferecer apoio para as pessoas que decidem largar o vício em tabaco
Projeto	Viver + e melhor
Resultados esperados	Atender 100% das pessoas que procurarem a UBS em busca de auxílio para cessar a prática do fumo
Produtos esperados	Grupos de atenção para compartilhar experiências e se fortalecer contra o vício
Recursos necessários	Estrutural: Espaço físico Cognitivo: Profissionais com conhecimentos específicos Político: Articulação intersetorial
Recursos críticos	Estrutural: Espaço físico adequado para reunião do grupo operativo; Cognitivo: Psicólogo Político: Contratação de profissionais
Controle dos recursos críticos	Equipe de multiprofissionais da UBS deseja sensibilizar a gestão municipal de saúde para a contratação de profissionais especialista (psicólogo e assistentes sociais) com intuito de melhorar a assistência aos usuários da unidade.
Ações estratégicas	Apresentar o plano de intervenção e seus objetivos para a gestão de saúde do município
Prazo	Apresentar o projeto em 3 meses 5 meses para o início – assistência continuada
Responsável (eis) pelo acompanhamento das ações	Médica, Enfermeira e Técnico de Enfermagem
Processo de monitoramento e avaliação das ações	Relatórios semanais – a cada encontro Discussões sobre os resultados alcançados e esperados nas reuniões da equipe de multiprofissionais

7 CONSIDERAÇÕES FINAIS

De maneira geral, verifica-se que existe uma necessidade muito grande de intervenções direcionadas para o combate ao tabagismo, isso porque mesmo com resultados positivos nos últimos anos o cenário mundial ainda é muito preocupante e os índices de complicações à saúde e mortalidade vinculados ao consumo desenfreado dos derivados do tabaco são estarrecedores e necessitam da atenção de todos os órgãos de saúde do Brasil e do restante do mundo.

Realizando um parâmetro de Brasileia - Acre entende-se a elevação dos índices de tabagismo, pois, além das sensações proporcionadas pela substância, o consumo da mesma faz parte da vida das pessoas desde muito jovens e, com isso, existe a necessidade de consumir cada vez mais, o que acaba antecipando os fatores negativos atrelados a essa utilização.

Trata-se de um grande desafio otimizar as ações de atenção e promoção a saúde, uma vez que se fazem necessárias estratégias para conscientização, combate e tratamento a essa doença crônica tão prejudicial à saúde dos indivíduos.

Nesta perspectiva, este trabalho apresentou a sua proposta de intervenção cujo objetivo foi reduzir o número de tabagistas e o uso do tabaco, através de ações educativas e acolhedoras que possibilitem a mudança de comportamentos, de maus hábitos, ofertando maior qualidade e expectativa de vida para a população local.

REFERENCIAS

BOEIRA, S. L.; JOHNS, P. Indústria de Tabaco vs. Organização Mundial de Saúde: um confronto histórico entre redes sociais de stakeholders. **Revista Internacional Interdisciplinar Interthesis**, vol.4, n. 1, Florianópolis, 2007. Disponível em: <file:///C:/Users/karla/Downloads/Dialnet-IndustriaDeTabacoVsOrganizacaoMundialDeSaude-5175683.pdf>. Acesso em: 06 de jun. 2020.

BRASIL. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. **IBGE Cidades@**. Brasília, [online], 2016. Disponível em: <https://cidades.ibge.gov.br/>. Acesso em: 06 de abr. 2020.

BRASIL. Ministério da Saúde. Instituto Nacional de Câncer. **Dia Mundial sem Tabaco 2020: tabagismo e coronavírus (Covid-19)**. Brasília- DF, 2020. Disponível em: <https://www.inca.gov.br/publicacoes/notas-tecnicas/dia-mundial-sem-tabaco-2020-tabagismo-e-coronavirus-covid-19>. Acesso em: 29 de jun. 2020.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Plano de Ações Estratégicas para o Enfrentamento das Doenças Crônicas Não Transmissíveis (DCNT)**. Brasília- DF, 2017. Disponível em: <https://www.saude.gov.br/vigilancia-em-saude/vigilancia-de-doencas-cronicas-nao-transmissiveis-dcnt/plano-de-aco-es-estrategicas-para-o-enfrentamento-das-doencas-cronicas-nao-transmissiveis-dcnt>. Acesso em: 06 de jun. de 2020.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Política Nacional de Controle do Tabaco**. Rio de Janeiro- RJ, p. 13, 2014. Disponível em: < https://bvsmis.saude.gov.br/bvsmis/publicacoes/politica_nacional_controle_tabaco_relatorio_gestao.pdf> Acesso em 18 de abr. 2020.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Sistema de Informação de Atenção Básica – SIAB**, 2019. Brasília – DF, 2019. Disponível em: <http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/deftohtm.exe?siab/cnv/SIABSAC.def>. Acesso em: 29 de maio de 2020.

BRASIL. Ministério da Saúde. Instituto Nacional de Câncer. **O que causa dependência do cigarro**. Brasília- DF, s.d. Disponível em: <https://www.inca.gov.br/perguntas-frequentes/o-que-causa-dependencia-cigarro>. Acesso em: 02 de jul. 2020.

CÂMARA, J. P. O tabagismo como um problema de saúde pública. **Rev. Baiana de Saúde Pública**, vol. 18, n.3, 115-116, 2005. Disponível em: [file:///C:/Users/karla/Downloads/921-6452-1-PB%20\(1\).pdf](file:///C:/Users/karla/Downloads/921-6452-1-PB%20(1).pdf). Acesso em: 01 de jul. 2020.

CAMPOS, F.C.C.; FARIA H. P.; SANTOS, M.A. **Planejamento e avaliação das ações em saúde**. Nescon/UFMG. 2ed. Belo Horizonte: Nescon/UFMG, 2010. Disponível em: <https://www.nescon.medicina.ufmg.br/biblioteca/imagem/3872.pdf>. Acesso em: 29 jun. de 2020.

INSTITUTO NACIONAL DE CÂNCER. INCA. **Perguntas frequentes: O que causa a dependência do cigarro?**2020. Disponível em. : <https://www.inca.gov.br/perguntas-frequentes/o-que-causa-dependencia-cigarro#footer>. Acesso em 13 de jul. de 2020.

LUCCHESI, R., et al. A tecnologia de grupo operativo aplicada num programa de controle do tabagismo. **Texto Contexto Enfermagem**, vol. 22, n.4, p. 918-26, Florianópolis, 2013. Disponível em: <https://www.scielo.br/pdf/tce/v22n4/07.pdf>. Acesso em 01 de jul. 2020.

PINTO, M. *et al.* Carga do tabagismo no Brasil e benefício potencial do aumento de impostos sobre os cigarros para a economia e para a redução de mortes e adoecimento. **Cadernos de Saúde Pública [online]**, v. 35, n. 8, 2019. Disponível em: <https://www.scielo.org/article/csp/2019.v35n8/e00129118/#>. Acesso em: 29 de maio de 2020.

PIZZANI, *et al.* A arte na pesquisa bibliográfica na busca do conhecimento. **Rev. Dig. Bibl. Ci. Inf.**, Campinas, v.10, n.1, p.53-66, jul./dez. 2012. Disponível em: < https://periodicos.sbu.unicamp.br/ojs/index.php/rdbci/article/view/1896/pdf_28>. Acesso em: 18 de abr. 2020.

PONTES, L. H. *et al.* **Ações voltadas para o tabagismo: análise de sua implementação na Atenção Primária à Saúde**. Rio de Janeiro – RJ, p. 440, 2013. Disponível em: < <https://www.scielo.org/pdf/csc/2014.v19n2/439-448/pt>> Acesso em: 15 de abr. 2020.

PONTES, L. H. *et al.* **A Política de Controle do Tabaco no Brasil: um balanço de 30 anos**. Rio de Janeiro – RJ, 2018. Disponível em: <https://www.scielo.br/pdf/csc/v23n6/1413-8123-csc-23-06-1837.pdf>. Acesso em: 06 de jun. 2020.

SBPT. Sociedade Brasileira de Pneumologia e Tisiologia *et al.* Tabagismo – parte 1. **Revista da Associação Médica Brasileira**, vol. 56, São Paulo, 2010. Disponível: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-42302010000200005. Acesso em: 14 de jun. 2019.

SBPT. Sociedade Brasileira de Pneumologia e Tisiologia. **Tabagismo**. Disponível em: <https://sbpt.org.br/portal/publico-geral/doencas/tabagismo/>. Acesso em: 06 de jun. 2020.

SILVA, L. L. S. Certos aspectos da economia em Cidades de Zona de Fronteira: O caso das cidades gêmeas de Brasília, Epitaciolândia e Cobija. **Geografia em questão**, vol.1, n. 1, 2017. Disponível em: <file:///C:/Users/karla/Downloads/15152-63093-1-PB.pdf>. Acesso em 21 de jul. de 2020.

SIMSEK, E. et al. O efeito da exposição passiva à fumaça de tabaco em complicações respiratórias no pré-operatório e a duração da recuperação. **Rev. Bras. Anesthesiol.**, Campinas, v. 66, n. 5, p. 492-498, out. 2016. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-70942016000500492&lng=en&nrm=iso. Acesso em: 29 de maio de 2020.