

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

PRISCILA SAPORI LOYOLA

**EFEITOS NOCIVOS DO TABAGISMO E SEU ENFRENTAMENTO
NA UNIDADE DE SAÚDE AEROPORTO II- PARACATU- MINAS
GERAIS**

MONTES CLAROS - MINAS GERAIS

2016

PRISCILA SAPORI LOYOLA

**EFEITOS NOCIVOS DO TABAGISMO E SEU ENFRENTAMENTO
NA UNIDADE DE SAÚDE AEROPORTO II- PARACATU- MINAS
GERAIS**

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

Orientadora: Profa.Ms. Eulita Maria Barcelos

MONTES CLAROS -MINAS GERAIS

2016

PRISCILA SAPORI LOYOLA

**EFEITOS NOCIVOS DO TABAGISMO E SEU ENFRENTAMENTO
NA UNIDADE DE SAÚDE AEROPORTO II- PARACATU- MINAS
GERAIS**

Banca Examinadora

Profa.Ms.Eulita Maria Barcelos(UFMG)

Profa. Ms. Maria Dolôres Soares Madureira (UFMG)

Aprovado em Belo Horizonte,

DEDICATÓRIA

A Deus por sempre conduzir os meus passos. À minha família por ser meu porto seguro e minha maior riqueza. E a Matheus por todo amor.

AGRADECIMENTOS

Agradeço a Deus pela realização deste projeto e pelo maravilhoso dom de cuidar do próximo. À minha mãezinha, Nossa Senhora, por ser minha fiel intercessora. Aos pais, Fernando e Rita, agradeço pelo apoio e incentivo durante esta trajetória. Aos meus irmãos, Letícia e Fernandinho, agradeço pela cumplicidade, torcida e amizade. Ao meu noivo, Matheus, agradeço pelo companheirismo e incentivo. Aos meus avós, Antônio e Nísia, pelo carinho e cuidado. Aos familiares pela torcida. Aos amigos da UBS Aeroporto pela amizade sincera. À Eulita pela orientação deste trabalho e a todos os professores do curso de Especialização Estratégia Saúde da Família por toda contribuição para o meu crescimento profissional.

“Tudo posso naquele que me fortalece”

Filipenses 4:13

RESUMO

O tabagismo é um dos principais problemas de saúde em todo mundo e no município de Paracatu-Minas Gerais, essa realidade não é diferente. Por meio do diagnóstico situacional o uso do tabaco foi evidenciado como o principal problema sofrido pela população da área de abrangência Estratégia Saúde da Família, Aeroporto II, situado no bairro Paracatuzinho. O entendimento é que este vício está relacionado a diversas comorbidades, trazendo prejuízos cardiovasculares, cerebrovasculares e até mesmo o câncer, o que o tornou como foco das ações específicas de prevenção. Sabe-se que o tabagismo é uma das principais causas de morte prevenível no mundo, sendo fundamental que a Atenção Básica busque mecanismos acessíveis para reduzir o número de tabagistas e diminuir os agravos relacionados a ele. Portanto os objetivos deste trabalho são elaborar um plano de intervenção visando reduzir o número de tabagistas, conscientizar a população sobre os malefícios causados pelo uso do tabaco além da implantação do grupo antitabagismo e outras estratégias visando reduzir o número de tabagistas. A metodologia utilizada inicialmente foi o diagnóstico situacional que possibilitou o conhecimento da área de abrangência e a identificação dos problemas; fez-se necessária uma revisão da literatura para embasamento da elaboração do referencial teórico e mais conhecimento sobre o tema. O projeto de intervenção seguiu o que é preconizado no Planejamento Estratégico Situacional.

Palavras-chave: Tabagismo. Hábito de fumar. Abandono do uso de tabaco.

ABSTRACT

Smoking is one of the main health problems worldwide and in the municipality of Paracatu-Minas Gerais, this reality is no different. Through the situational diagnosis, tobacco use was evidenced as the main problem suffered by the population of the Family Health Strategy, Airport II area, located in the Paracatuzinho neighborhood. The understanding is that this addiction is related to several comorbidities, bringing cardiovascular, cerebrovascular and even cancer damage, which made it the focus of specific prevention actions. It is known that smoking is one of the main causes of preventable death in the world, and it is fundamental that Basic Care seek affordable mechanisms to reduce the number of smokers and reduce the diseases related to it. Therefore, the objectives of this study are to elaborate an intervention plan aimed at reducing the number of smokers, making the population aware of the harm caused by tobacco use, and implementing strategies to reduce the number of smokers. The situational diagnosis that made possible the knowledge of the area of comprehension and the identification of the problems, it was necessary to review the literature to base the elaboration of the theoretical reference and more knowledge about the subject. The intervention project followed what is recommended in the Situational Strategic Planning.

Keywords: Smoking. Habit of smoking. Abandonment of tobacco use.

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

ACS	Agentes Comunitários de Saúde
CAPS	Centro de Atenção Psicossocial
CID 10	Código Internacional de Doenças
CRAS	Centro de Referência de Assistência Social
DPOC	Doença Pulmonar Obstrutiva Crônica
ESF	Estratégia de Saúde da Família
HRAD	Hospital Regional Antônio Dias da FHEMIG
IBGE	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
INCA	Instituto Nacional de Câncer
OMS	Organização Mundial da Saúde
PES	Planejamento Estratégico Situacional
PNCT	Programa Nacional de Combate ao Tabagismo
SCIELO	<i>Scientific Elcetronic LibraryOnline</i>
SMS	Secretaria Municipal de Saúde
SUS	Sistema Único de Saúde
UAITEC	Universidade Aberta e Integrada de Minas Gerais
UBS	Unidade Básica de Saúde
UNIPAM	Faculdade de Medicina do Centro Universitário de Patos de Minas

LISTA DE QUADROS

Quadro 1-Avaliação clínica do fumante.....	30
Quadro 2-Teste de Fagerstrom para dependência à nicotina.....	32
Quadro 3- Critérios diagnósticos do DSM-IV para a dependência à nicotina...	33
Quadro 4- Classificação de prioridades para os problemas identificados no diagnóstico situacional da equipe de saúde Aeroporto II.....	36
Quadro 5- Desenho das operações para resolução dos “nós críticos” do problema alto índice de tabagistas na aérea de abrangência do ESF Aeroporto II.	38
Quadro 6 - Identificação dos recursos críticos para resolução do problema de alta incidência de tabagistas na área de abrangência do ESF Aeroporto II.....	39
Quadro 7- Ações Estratégicas para viabilizar o plano.....	40
Quadro 8- Descrição do plano operativo.....	41
Quadro 9- Gestão do Plano.....	43
Quadro 10 – Frequência dos pacientes.....	44
Quadro 11- Uso das medicações	44
Quadro 12 - Grau de Dependência de acordo com o teste de Fagerstrom.....	44

LISTA DE TABELA E GRÁFICO

Tabela 1-Paracatu: População Recenseada.....13

Gráfico 1-Paracatu: População Recenseada Total, Urbana e Rural.....14

SUMÁRIO

1INTRODUÇÃO.....	13
2JUSTIFICATIVA	21
3OBJETIVOS	23
3.1 Geral	23
3.2 Específicos.....	23
4METODOLOGIA.....	24
5 REVISÃO DE LITERATURA	25
4.1 Impacto do tabagismo na saúde.....	25
4.2 Componentes químicos e nicotina.....	27
4.3 Complicações.....	28
4.4 Diagnóstico de dependência à nicotina	29
4.6 Tratamento do tabagismo.....	33
6 PROJETO DE INTERVENÇÃO	36
7 CONSIDERAÇÕES FINAIS	46
REFERÊNCIAS	47

1 INTRODUÇÃO

Paracatu é uma cidade mineira, com população estimada de 90.294 habitantes localizada no noroeste de Minas Gerais e distante 482 km da capital do estado. A cidade teve um crescimento populacional impulsionado pelo êxodo rural das últimas duas décadas e, também, por migração de populações interessadas no garimpo. Desde a década de 1980, há extração importante de ouro no município, com presença de empresas multinacionais (IBGE, 2014).

Em relação aos aspectos demográficos, a taxa de urbanização é de 87,1%. Paracatu abrigava, conforme dados do último censo do IBGE (2010), um total de 84.718 habitantes, dos quais 73.770 em sua área urbana. A taxa de crescimento anual no último decênio (2000/2010), da ordem de 1,13 é semelhante à taxa de crescimento do Brasil, de 1,1 a.a. (estimativa para 2012); não obstante, a dinâmica da cidade indica que, desde a data do último censo verifica-se um significativo movimento migratório em direção à cidade, o que pode provocar alterações nas projeções realizadas.

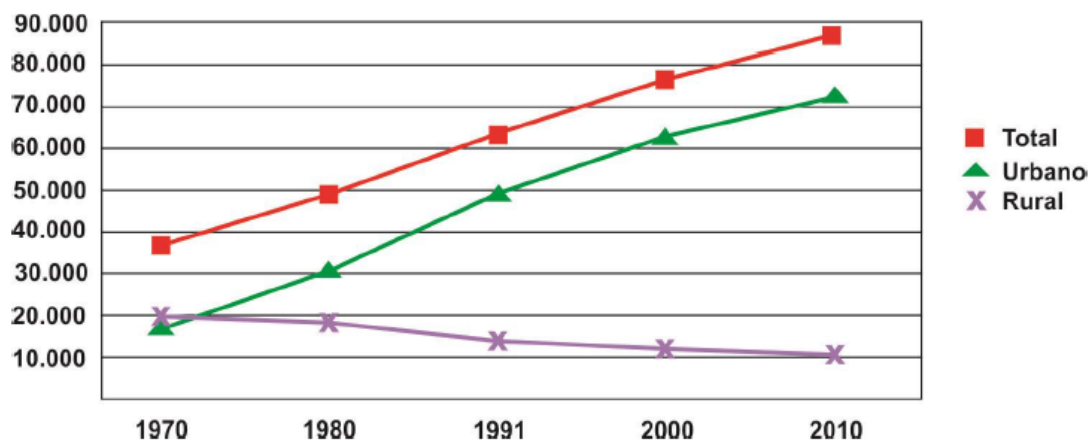
Tabela 1 - PARACATU: POPULAÇÃO RECENSEADA – 1970/1980/1991/2000/2010

	1970	1980	1991	2000	2010
Total	36.821	49.014	62.774	75.216	84.718
Urbana	17.472	29.900	49.710	63.014	73.770
Rural	19.349	19.114	13.064	12.202	10.917
%Urb/tot	47,5	61,0	79,2	83,8	87,1
%Rur/tot	52,5	39,0	20,8	16,2	12,9

Fonte dos dados básicos: IBGE, Censos.

Elaboração das relações: equipe

GRAFICO 1 - PARACATU: POPULAÇÃO RECENSEADA TOTAL, URBANA E RURAL - 1970/1980/1991/2000/2010



Fonte dos dados básicos: IBGE, Censos.

Elaboração das relações: equipe

De acordo com o Documento Técnico do Plano Estratégico de Desenvolvimento Sustentável de Paracatu (PARACATU, sd) a população não se distribui uniformemente no espaço urbano, apresentando valores expressivos no Núcleo Histórico/área comercial, na área em que se localiza o bairro de Alto Açude e no Paracatuzinho. No geral, no núcleo urbano a densidade populacional é relativamente baixa.

O documento acima também aborda a economia de Paracatu como tendo forte influência da atividade mineradora, agricultura tecnificada e pecuária. Localiza-se neste município a maior mina de ouro a céu aberto do mundo.

Paracatu possui 28 estabelecimentos de saúde municipais, quinze privados e nenhum estabelecimento estadual ou federal de saúde. Em 17 de fevereiro de 2011, um novo pronto-socorro e setor de internação do Hospital Municipal passaram a funcionar em parceria da Prefeitura de Paracatu com a Kinross e a Faculdade Atenas.

O município em sua rede de atenção primária de saúde conta com 16 equipes de Saúde da Família, que aproximadamente 60% de cobertura da população do município.

Para o atendimento público de saúde em Paracatu há 16 Unidades Básicas de Saúde (UBS) e o Hospital Municipal de Paracatu. Além destes estabelecimentos, segundo levantamento obtido do Plano de Habitação elaborado pelo Instituto Mais, existe ainda uma clínica especializada, Clínica da Mulher e da Criança, localizada no centro, um consultório odontológico, e um consultório oftalmológico e de fisioterapia também dedicado ao atendimento aos idosos.

Deve-se registrar que como existe apenas uma unidade de saúde na comunidade rural de São Sebastião, os demais habitantes do interior devem procurar atendimento de saúde na cidade.

Segundo informações do Instituto Mais, a rede privada de saúde de Paracatu é formada por duas unidades básicas, 14 clínicas especializadas e ambulatoriais, 58 consultórios, um hospital geral e duas unidades de diagnose e terapia.

O Município conta com 2,1 médicos por 1.000 habitantes, taxa superior à média de 1,47 med/1.000 hab de Minas Gerais e de 1,41 med/1.000 hab, que corresponde a média brasileira.

O Hospital Municipal é de baixa complexidade, necessitando de suporte de centros de referência, como por exemplo, Patos de Minas, na região do Alto Paranaíba/Triângulo Mineiro, a 215 km de distância, sendo este o Município sede da Macrorregião de Saúde, e o hospital de referência o Hospital Regional Antônio Dias da FHEMIG (HRAD – FHEMIG), que hoje atua como hospital universitário em decorrência do convênio com a Faculdade de Medicina do Centro Universitário de Patos de Minas (UNIPAM), e presta atendimento de alta complexidade.

Em relação ao transporte dos usuários da rede que necessitam de transferência de município, tem o transporte garantido pela Secretaria Municipal de Saúde (SMS). Há também, atendimento de Pronto-Socorro e Unidade de Tratamento Intensivo disponíveis no Hospital Municipal.

Os outros 30% da população do município que não são cobertos pela atenção primária, têm como referência de porta de entrada para o sistema o Hospital Municipal e a Clínica da Mulher e da Criança.

Na Clínica da Mulher e da Criança, além dos atendimentos especializados, como ginecologia, obstetrícia e pediatria, bem como a referência para o pré-natal de alto risco, existe atendimento em clínica geral para os adultos, para suprir a demanda dos usuários sem cobertura da atenção primária. Neste local, há a presença de médicos-preceptores e alunos do curso de medicina da Faculdade Atenas, conveniada com o Município. Nesta unidade são realizados os exames de eletroencefalografia, ultrassonografia e mamografia.

O Centro de Saúde do Alto do Córrego consiste no centro de especialidades, onde encontram endocrinologista, cardiologista, ortopedista, otorrinolaringologista, cirurgia geral, urologista, neurologista, psicólogo e fonoaudiólogo. Nesse centro de saúde são

realizados exames de raios-x e eletrocardiograma. Todas as consultas e exames são agendados previamente, isso é, atende pacientes eletivos.

O Núcleo de Reabilitação e Assistência à Saúde comporta nutricionistas, fisioterapeutas e, mais recentemente um serviço de auriculoterapia.

O Centro de Infectologia consiste numa Unidade Básica de Saúde, onde há a presença de um médico infectologista, um enfermeiro especializado em hanseníase e uma enfermeira especializada em leishmaniose. Esta unidade também é a referência em atendimento aos casos de tuberculose.

O Centro de Atenção Psicossocial (CAPS) é a referência em saúde mental, possui um médico psiquiatra, uma terapeuta ocupacional e um psicólogo. São ofertadas apenas consultas e terapias individuais e de grupo, não havendo internação, também é feita a dispensação de medicamentos psicotrópicos.

Existe uma farmácia central e todas as unidades básicas de saúde possuíam uma farmácia. Estas farmácias atualmente estão fechadas, exceto uma, pois não possuem farmacêuticos responsáveis no local.

Para os pacientes portadores de doenças renais crônicas, existe o Centro de Hemodiálise de Paracatu que oferece consulta especializada em nefrologia e terapia de hemodiálise.

Os exames laboratoriais são realizados por laboratório conveniado com a SMS, chamado Ceaclin, convênio CONVALIS. Os exames são colhidos nas UBS três vezes por semana.

Contextualizando a comunidade de Paracatuzinho, em seus aspectos gerais, ela possui aproximadamente 10.000 habitantes, sendo o bairro mais populoso do município, localizado na periferia de Paracatu. Foi formado a partir de construção de casas populares para abrigar famílias carentes. Hoje a população vive do trabalho em comércios, residências, construção civil, agropecuária e empresas prestadoras de serviços. A estrutura de saneamento básico é boa, havendo coleta de lixo, rede de abastecimento de água e esgoto em 95% das moradias.

Existe na comunidade a Associação dos Idosos Silvio Lepesquer, onde os idosos praticam atividades físicas como alongamento, dança; e também fabricam sabão. A casa lar funciona 12hrs por dia e os idosos ainda recebem atendimento gratuito nas áreas de terapia ocupacional, fisioterapia, acupuntura, odontologia. Os idosos são todos alfabetizados.

Há também na comunidade a UAI TEC, Universidade Aberta e Integrada de Minas Gerais, esta última é fruto de uma parceria entre o Governo Estadual e a Prefeitura, que tem por finalidade proporcionar condições de formação em cursos de corte e costura e informática aos moradores do bairro e de alguns bairros próximos.

Na comunidade Paracatuzinho; há duas UBS, uma chamada de Paracatuzinho, que atende a parte inicial do bairro e a outra chamada de Aeroporto, formada por duas equipes, sendo que a equipe aeroporto II foi criada há aproximadamente um ano.

A unidade está situada em uma avenida importante e de fácil acesso do bairro, Avenida Aeroporto. Funciona em um imóvel alugado que foi adaptado para receber os usuários da rede.

Apresenta conservação ruim, é pequeno, apresentando espaço restrito para realização de atividades e palestras com a população. A recepção é pequena e o acesso da recepção ao restante da unidade é feito por meio de rampas, sem corrimão, o que torna a unidade de difícil acesso para idosos e pessoas com alguma restrição de mobilidade.

A unidade não apresenta local adequado para a população esperar, cadeiras suficientes e durante o horário de atendimento está sempre cheia e tumultuada. As reuniões de equipe são feitas na própria unidade, às quartas feiras pela manhã. Sendo realizada no refeitório dos funcionários.

As reuniões com a comunidade são feitas no corredor, local onde os pacientes costumam esperar para ser atendidos. Devido à restrição de espaço algumas reuniões são realizadas na UAI TEC, Universidade Aberta e Integrada de Minas Gerais, que fica próximo à unidade de saúde.

A unidade atualmente está equipada com materiais antigos, cadeiras, mesas e armários velhos. Frequentemente há falta de materiais básicos como luvas, abaixador de língua e materiais para prevenção do câncer de colo de útero. Os consultórios estão em péssimos estados de conservação e há mofo. A algumas quadras da unidade está sendo construída uma unidade nova, porém as obras neste momento estão interrompidas, sem previsão para serem entregues.

A Equipe de Saúde da Família Aeroporto II (equipe 2) foi criada há cerca de um ano, um pouco antes da minha adesão ao PROVAB. Ainda está em fase de cadastramento das famílias, não sabemos informar o número certo de famílias cadastradas por cada Agente Comunitário de Saúde (ACS). Atualmente, a equipe de saúde está composta por t

quatro agentes comunitários de saúde, uma técnica de enfermagem, uma enfermeira e uma médica.

A unidade de saúde funciona em dois turnos, das 7 às 11 horas e das 13 às 17 horas, com intervalo de almoço das 11 às 13 horas. Durante o horário de almoço, a unidade permanece fechada para o público. São realizados atendimentos médico de demanda agendada e espontânea de segunda a quinta feira, sendo o maior número de demanda espontânea. Os exames laboratoriais são realizados na unidade, segunda, quarta e sextas-feiras no período de 07hs a 09h30min.

A equipe 2 dedica a maior parte do seu tempo no atendimento aos usuários do sistema, acolhendo as demandas, agendando as consultas, realizando procedimentos de curativos e imunizações. São desenvolvidos atendimentos para a demanda espontânea, consultas agendadas, cuidados continuados, pré-natal, puericultura, consulta puerperal e coletas de materiais para citologia do colo uterino. Uma vez por semana, são realizadas reuniões de equipe. Mas uma parte muito pequena do tempo é destinada a planejamento de ações para promoção da saúde.

A falta de espaço na unidade e de tempo devido à demanda dos atendimentos prejudica a realização de grupos de hipertensos, gestantes e outros, embora este assunto seja debatido em várias reuniões da equipe, ainda há resistência da equipe em destinar tempo para realização dos mesmos.

Torna-se impossível descrever o perfil da área de abrangência da equipe 2, conforme anteriormente relatado estes dados ainda não estão disponíveis, pois ainda não foi realizado o cadastramento de toda a população e nem o levantamento destes dados, por se tratar de uma equipe nova.

A partir do diálogo entre a equipe e análise do diagnóstico situacional, foi possível identificar o tabagismo como problema de maior relevância, percebemos que muitos pacientes apresentam essa dependência, e desejam parar de fumar. Diante deste importante problema propomos um projeto de intervenção que tem como objetivo a elaboração de um plano de ação para incentivar e apoiar a cessação do tabagismo, visando conscientizar a população sobre o efeito nocivo do tabaco. Este trabalho deverá contemplar toda a área de abrangência da Equipe de Saúde da Família Aeroporto II Município de Paracatu, Minas Gerais.

Para caracterizar o alto índice de tabagistas como principal problema, foram utilizados dados de incidência levantados pelos Agentes Comunitários de saúde (ACS),

além das queixas dos pacientes durante consultas e visitas domiciliares. Estima-se uma população de fumantes em torno de 250 pessoas.

Dentre as principais queixas relacionadas ao consumo do tabaco estão os problemas respiratórios. Foi observado um alto número de pacientes tabagistas que desenvolveram problemas respiratórios crônicos. Além disso, durante as consultas de puericultura foi evidenciado um grande número de crianças com sintomas respiratórios, vítimas de tabagismo passivo.

Em nossa área de abrangência, existe um caso confirmado de câncer de pulmão relacionado ao tabagismo, já em estágio avançado.

Foi constatado por muitos pesquisadores que a fumaça do cigarro é composta por mais de 4 mil propriedades químicas tóxicas, sendo a nicotina, a principal substância responsável pela dependência. O tabagismo passou então a ser considerado uma doença CID F17.2 ou seja “Transtorno mental e de comportamento decorrente do uso de tabaco – síndrome da dependência”(CLASSIFICAÇÃO INTERNACIONAL DE DOENÇAS, 2001, p. 69-70).

Rodrigues *et al.*(2015)também confirmam que o ato de fumar é uma doença causada pela dependência nicotínica. Além da nicotina, sabe-se que várias outras substâncias do cigarro são fatores causais das doenças tabaco-relacionadas com estreita relação com a doença pulmonar obstrutiva crônica e o câncer de pulmão.

É importante enfatizar as inúmeras doenças tabaco- relacionadas, entre elas o câncer de esôfago, de orofaringe, estômago, pâncreas, bexiga, doenças cerebrovasculares, aterosclerose e doenças respiratórias causadas por vírus e bactérias (RELATÓRIO DA OMS, 2008).

Estima-se que os custos diretos de internações por doenças tabaco-relacionadas em 2005, sob a perspectiva do Sistema Único de Saúde (SUS), foram de mais de 338 milhões de reais, configurando o tabagismo com um dos mais importantes problemas de saúde pública (PINTO; UGÁ, 2010).

Araújo *et al.* (2004) abordam que o tabagismo é uma das principais causas preveníveis de morte no mundo. No Brasil, um terço da população adulta é fumante, tendo maior prevalência entre homens. O panorama mundial revela alta frequência de dependência do tabagismo, existindo atualmente cerca de 1,3 bilhões de pessoas fumantes no mundo, sendo 1 bilhão do sexo masculino e o restante, em muito menor proporção, do

sexo feminino. Estima-se que o ato de fumar seja responsável por cerca de 6 milhões de mortes anualmente no mundo.

2 JUSTIFICATIVA

A grande procura dos pacientes da área de abrangência da equipe de saúde da família Aeroporto II em terapias que auxiliasse na cessação do tabagismo fizeram com que este problema fosse priorizado pela equipe de saúde.

Sabe-se que o tabagismo é amplamente reconhecido hoje como doença crônica gerada pela dependência da nicotina. O usuário de produtos de tabaco é exposto continuamente a mais de 4 mil substâncias tóxicas, muitas delas cancerígenas. Esta exposição faz do tabagismo o mais importante fator de risco isolado de doenças graves e fatais (INCA, 2004).

O tabagismo é considerado pela Organização Mundial da Saúde (OMS, 2001) como uma pandemia, são mais de cinco milhões de mortes ao ano em virtude das doenças provocadas pela dependência. Inquérito Domiciliar sobre comportamentos de riscos e mortalidade referidos de agravos de doenças não transmissíveis, realizado pelo INCA, concluiu que os fumantes correm risco muito mais elevado de adoecer por câncer e outras doenças crônicas do que os não fumantes.

Além dos riscos para os fumantes, “o tabagismo passivo é causa de doenças, inclusive câncer de pulmão e infarto, em não fumantes e filhos de pais fumantes, quando comparados aos filhos de não fumantes, apresentam maior frequência de infecções e outros problemas respiratórios”(BRASIL, 2002,p.44).

Segundo o Instituto Nacional do Câncer (BRASIL,2001,sp.) antes ‘o tabagismo, era considerado com estilo, um status ser fumante 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 alguns programas para combater o tabagismo, embora a sua adesão ainda seja um desafio para os tabagistas.

Tendo em vista a importância da prevenção do tabagismo no meio atual e seu impacto na vida dos fumantes e daqueles que convivem com eles, além do alto índice de pacientes tabagistas na área de abrangência do ESF Aeroporto II, foi observada pela equipe a importância do enfrentamento desta doença. Há necessidade de abordagem deste tema com a população, além da busca de medidas para cessação do tabagismo,

informação da população sobre as comorbidades associadas, além de medidas educativas com pacientes jovens a fim de evitar a introdução do tabagismo nesta faixa etária.

3 OBJETIVOS

3.1 Objetivo geral

- Elaborar um plano de intervenção visando reduzir o número de tabagistas na área de abrangência da Equipe de Saúde da Família Aeroporto II.

3.2 Objetivos específicos

- Conscientizar a população sobre os malefícios do tabagismo.
- Propor medidas educativas a fim de evitar o início do tabagismo.

4 METODOLOGIA

Para a realização deste projeto primeiramente foi realizado o diagnóstico situacional da área de abrangência, com a colaboração da equipe de saúde onde foram identificados dados referentes à saúde da população, condições sócio econômicas, condições de moradia e saneamento básico e inúmeros problemas. Foi possível conhecer melhor as condições de saúde e risco da população. Posteriormente ocorreu uma discussão com a equipe sobre estes problemas onde foi evidenciado o tabagismo como um grande problema a ser enfrentado.

Foi necessário realizar uma revisão narrativa da literatura, para embasar melhor a proposta de intervenção e a elaboração do referencial teórico. As publicações foram obtidas por meio da busca no portal da Biblioteca Virtual em Saúde (BVS), na base de dados do Centro Latino-Americano e do Caribe de Informação em Ciências da Saúde (LILACS), na biblioteca virtual *Scientific Electronic Library Online* (SciELO), e na biblioteca virtual da plataforma do programa AGORA do Núcleo de Educação em Saúde Coletiva (NESCON). Foram usados os descritores: tabagismo, consequências do tabagismo, habito de fumar, cessação do tabagismo.

O plano de intervenção foi fundamentado no método de Planejamento Estratégico Situacional (PES) que permite a contribuição de toda equipe multidisciplinar abordado no módulo “Planejamento e avaliação das ações em saúde” de autoria de Campos; Faria; Santos(2010).

5 REFERENCIAL TEÓRICO

5.1 Impacto do tabagismo na saúde

O tabagismo é definido pelo uso de tabaco, que leva à intoxicação aguda ou crônica devido ao hábito de fumar; é considerado a principal causa de morte evitável em todo mundo (PEIXOTO *et al.*, 2007; WHO, 2008).

“O tabagismo é uma toxicomania caracterizada pela dependência física e psicológica do consumo de nicotina, substância presente no tabaco”(MUAKAD, 2014,p.528).

Segundo o Portal da Educação (2015,sp),

[...]o tabagismo é considerado um dos mais importantes problemas de saúde pública no mundo. Segundo a Organização Mundial da Saúde (OMS) o tabagismo é a principal causa de morte evitável em todo o mundo, podendo ser considerada uma pandemia, causando 5 milhões de mortes por ano em consequência das doenças provocadas pelo tabaco. Do total de mortes ocorridas, quatro milhões são do sexo masculino e um milhão do sexo feminino. A estimativa alarmante, é que no ano de 2025, ocorrerão 10 milhões de mortes em decorrência do tabagismo, se não houver mudança nas prevalências de fumantes.

O tabagismo é o segundo fator de risco responsável por cerca de 200 mil óbitos anuais no Brasil, colocando em evidência a importância e a necessidade de estudos e da adoção de estratégias de combate ao tabagismo, sendo este considerado um problema grave de saúde pública, já que é responsável por 23 óbitos por hora no Brasil (ELMOR, 2009).

Segundo Rocha (2016,p.20)diante dos dados demonstrados na literatura,o tabagismo é considerado:

[...] um dos piores problemas de saúde pública no Brasil e no mundo, sendo necessárias atividades contínuas de combate ao início e também a cessação, sendo este último como uma forma de reduzir os impactos já causados pelas substâncias nocivas e cancerígenas presentes no cigarro.

Complementando, Francischini (2013, p. 15) relata que “o combate ao tabagismo merece esforços incansáveis dos gestores e da população em geral para a diminuição dos números alarmantes da sua prevalência e das suas consequências, promovendo uma melhora significativa na qualidade de vida”. Presume-se que mais da metade da

população mundial está exposta, direta ou indiretamente, aos efeitos nocivos da nicotina e outras substâncias tóxicas do tabaco.

O consumo de tabaco apresenta diferenças quanto ao gênero e classe social. O consumo por homens é maior do que por mulheres. Enquanto que em países desenvolvidos está havendo diminuição da expansão do tabagismo, há crescimento em países em desenvolvimento, em especial na população de baixa renda e escolaridade (BRASIL, 2004;BRASIL, 2006).

Para a Organização Mundial de Saúde (WHO, 2002), nos homens ocorre uma lenta redução de prevalência do consumo do tabaco no mundo,tanto em países desenvolvidos como nos em desenvolvimento. Enquanto que na maioria dos países há tendência do aumento do tabagismo feminino.

Em menos de um século, o tabagismo tornou-se “a mais grave causa de doenças cardiovasculares, de redução da fertilidade, da menopausa precoce e do insucesso das gestações”. Percebe-se desta forma, “que o problema do tabagismo é muito grave entre as mulheres, pois uma vez viciada, a mulher tem maior dificuldade em largar o vício” (MUAKAD, 2014,p.529).

Organização Mundial de Saúde (WHO, 2002), ainda complementa que o tabagismo atinge principalmente populações de baixa renda e nível de escolaridade inferior, o que acentua a pobreza e a fome, já que em alguns países pobres comprar cigarros tem menos custos do que alimentos.

Como pode ser observado em outras dependências, o tabagismo afeta mais freqüentemente indivíduos que estão em alguma situação de vulnerabilidade: a iniciação é mais comum em divorciados, desempregados, viúvos e adolescentes (SBPT, 2004).

Muitas são as razões que levam um indivíduo ao uso do tabaco. Alegam-se a motivação genética, psicológica, sociológica e tantas outras. Os motivos psicológicos e sociológicos são influenciados pelo comportamento e atitude do grupo que o indivíduo pertença, da família ou dele mesmo (HUGHES; KALMAN,2006).

Para Fargerström (2002), o tabagismo está associado com enormes custos sociais e econômicos originários do aumento da morbidade e mortalidade relacionadas com o fumo. Eles incluem custos gerados pelos fumantes (uso de recursos de saúde com

internações e medicamentos, ausência no trabalho, perda da produtividade, pagamento de auxílio-doença, outros.). De acordo com as estimativas do Banco Mundial, as despesas relacionadas representam 6% a 15% dos custos anuais de países de alta renda.

5.2 Componentes químicos e nicotina

Mais de 4.720 substâncias tóxicas diferentes podem ser encontradas na fumaça do cigarro. Algumas destas substâncias podem ter potencial cancerígeno e outras diminuírem a oxigenação dos tecidos(ROSEMBERG, 1987).

Batista(1997) *apud* Muakad, (2014,p.529) considera que a agressividade do tabaco se deve à conjugação de quatro mecanismos:

- neutralização das defesas orgânicas,
- prejuízo da alimentação celular,
- aumento do trabalho celular,
- desorganização da reprodução celular.

A neutralização das defesas orgânicas permite que todas substâncias tóxicas da “fumaça penetrem nos pulmões, passem para a corrente sanguínea, se espalhem por todo o corpo e afetem o funcionamento de todas as células”, causando “prejuízo da alimentação celular, que não produz energia para o cumprimento de suas funções”. Com isso ocorre um desgaste celular, “tornando o fumante precocemente velho, muito doente e com alto risco de morte.” Além disso, as substâncias componentes do cigarro induzem à multiplicação anormal e desordenada das células (MUAKAD, 2014,p.529).

Destas substâncias, a nicotina, além de causar dependência, potencializa a ação negativa da fumaça do cigarro, aumentando o risco para doenças cardiovasculares, cerebrais, pulmonares e cânceres. O cigarro também contém monóxido de carbono, alcatrão, agrotóxicos e substâncias radioativas (ECHER *et al.*, 2011).

O tabaco é tão tóxico que mata, inclusive, insetos herbívoros, que dele façam uso, e prejudica a saúde de trabalhadores que tenham com ele um contato mais intenso, quer na lavoura, quer na indústria. O auge da toxicidade, no entanto, é alcançado quando o tabaco seco é queimado, como ocorre na brasa do cigarro(MUAKAD,2014,p.529).

De acordo com Marques *et al.* (2001), o principal componente do tabaco é a nicotina, droga psicoativa lícita, que causa dependência física, química e psicológica, interferindo no organismo e no comportamento do usuário. Várias são as conseqüências do uso do tabaco, onde se observam efeitos destrutivos em vários tecidos, alterações

cardíacas e vasculares. A intensidade da dependência da nicotina aumenta com o tempo e o número de cigarros consumidos.

5.3 Complicações

[...]O tabagismo é uma das maiores causas de doenças e mortes. A mortalidade geral é duas vezes maior nos fumantes quando comparados aos não fumantes. Fumar cigarro pode provocar: câncer, doença cardiovascular, doenças pulmonares, úlcera péptica e outras patologias (NUNES; CASTRO;CASTRO,2011,p.16).

Segundo Cavalcante (2005), é estimado que no Brasil, todo ano ocorram 200 mil óbitos devido ao tabagismo, sendo que a frequência maior é de câncer de pulmão o que mais mata homens no Brasil, e a segunda causa de morte por câncer entre as mulheres.

A probabilidade de morrer por doença coronariana é maior em fumantes, principalmente em homens entre 45-54 anos, que apresentam risco três vezes maior de morrer de infarto do que não fumantes com a mesma faixa etária (BRASIL, 1998).

Nunes, Castro e Castro (2011, p.17) citando a World Health Organization, (2002, p.), afirmam que o tabagismo é “responsável por cerca de 90% de câncer de pulmão em homens e 70% de câncer de pulmão em mulheres. Entre outros fatores de risco do tabagismo, estão 56-80% para doença pulmonar obstrutiva crônica (DPOC) e 22% para doenças cardiovasculares”. É também um grande fator de risco para “câncer de orofaringe, bexiga, pâncreas, laringe, esôfago, cólon e colo do útero”.

A fumaça do cigarro além de afetar os fumantes, afeta os não fumantes, que vivem expostos à poluição da fumaça nos domicílios, locais de trabalho, escolas, lazer e espaços fechados(WÜNSCH FILHO *et al.*, 2010).

Corroborando com esse pensamento, Malafatti e Martins (2009, p.1) enfatizam que os fumantes passivos são também atingidos pelas fumaça quando estão expostos à fumaça ambiental ou seja quando estão próximos de pessoas que estão fumando. Esta exposição está associada a “especialmente câncer de pulmão e doenças cardíacas isquêmicas, bem como outros efeitos e doenças respiratórias em crianças e adultos”.

De acordo com Mirra (2007), a fumaça inalada por fumantes passivos ou involuntários está relacionada às doenças tabaco-relacionadas nestes indivíduos, inclusive o câncer de pulmão.

Segundo Seelig, Campos e Carvalho(2005,sp),as crianças que ficam expostas à fumaça de tabaco podem ter “aumento do risco de ter pneumonia, bronquite, bronquiolite e otite e à mortalidade pela síndrome da morte súbita infantil. Em portadores de asma pode aumentar a frequência e a intensidade das crises”. Em adultos e gestantes causa também muitos males como a “diminuição da função dos pulmões e aumento os distúrbios respiratórios, e pode provocar redução do peso do recém-nascido”.

5.4Diagnóstico de dependência à nicotina

As Diretrizes para Cessação do Tabagismo, publicadas no Jornal Brasileiro e Pneumologia, abordam que o fumante deve passar por uma avaliação clínica no momento da consulta(REICHERT *et al.*, 2008).

O objetivo é identificar alterações funcionais pulmonares, existência de doenças relacionadas ao tabagismo (DRT), possíveis contra indicações e interações medicamentosas durante o tratamento farmacológico da dependência. É neste momento que também é avaliado o perfil do fumante, seu grau de dependência à nicotina e sua motivação para deixar de fumar.(REICHERT *et al.*, 2008, p.846).

Quadro 1 – Avaliação clínica do fumante.

<ul style="list-style-type: none"> • História tabagística Idade de início, número de cigarros fumados por dia, tentativas de cessação, tratamentos anteriores com ou sem sucesso, recaídas e prováveis causas, sintomas de abstinência, exposição passiva ao fumo, formas de convivência com outros fumantes (casa/trabalho) e fatores associados (café após as refeições, telefonar, consumo de bebida alcoólica, ansiedade e outros). • Grau de dependência Teste de Fagerström para dependência à nicotina. • Grau de motivação Estágio motivacional (Modelo transteórico comportamental de Prochaska e DiClemente). Atividade física habitual e oscilações do peso corporal. • Sintomas Tosse, expectoração, chiado, dispnéia, dor torácica, palpitações, claudicação intermitente, tontura e desmaios. • Investigação de co-morbidades Doenças prévias ou atuais que possam interferir no curso ou no manejo do tratamento: lesões orais, úlcera péptica, hipertensão arterial sistêmica, diabetes mellitus, cardiopatias, transtornos psiquiátricos (depressão, ansiedade, pânico, anorexia nervosa, bulimia, etc.), uso de álcool e/ou outras drogas, pneumopatias, epilepsia, AVE, dermatopatias, câncer, nefropatias, hepatopatias, história de convulsão, entre outras. • Medicamentos em uso Levantamento dos medicamentos que possam interferir no manejo do tratamento, como antidepressivos, inibidores da MAO, carbamazepina, cimetidina, barbitúricos, fenitoína, antipsicóticos, teofilina, corticosteróides sistêmicos, pseudo-efedrina, hipoglicemiante oral e insulina, entre outros. • Alergias De qualquer etiologia, como cutâneas, respiratórias e medicamentosas. • Situações que demandam cautela Principalmente as relacionadas ao uso de apoio medicamentoso, por exemplo, gravidez, amamentação, IAM ou AVE recente, arritmias graves, uso de psicotrópicos e outras situações. Recomenda-se cautela também com os adolescentes e idosos. • Antecedentes familiares Avaliar problemas de saúde familiares, principalmente se relacionados ao tabagismo, em especial a existência de outros fumantes que convivam com o paciente. • Exame físico Sempre completo, buscando sinais que possam indicar existência de doenças atuais ou limitações ao tratamento medicamentoso a ser proposto. • Exames complementares Rotina básica: radiografia de tórax, espirometria pré e pós broncodilatador, eletrocardiograma, hemograma completo, bioquímica sérica e urinária. Medidas do COex e da cotinina (urinária, sérica ou salivar) são úteis na avaliação e no seguimento do fumante e devem ser utilizadas, quando disponíveis.

AVE: acidente vascular encefálico; MAO: monoaminoxidase; IAM: infarto agudo do miocárdio; COex: monóxido de carbono no ar expirado.

Fonte: Diretrizes para Cessação do Tabagismo (REICHERT *et al.*, 2008).

Segundo Marques *et al.* (2001), o profissional de saúde bem treinado pode realizar o diagnóstico clínico por meio de perguntas. Além de diagnosticar o tabagismo e realizar aconselhamento para a cessação, a abordagem da atenção primária visa estimular aqueles que não fumam a não iniciar.

Questionários, inventários e escalas desenvolvidos para elaborar o diagnóstico e melhor avaliar a gravidade do consumo de tabaco podem ser utilizados para fundamentar a intervenção e definir o tratamento mais adequado ao paciente, de acordo com o grau de dependência da nicotina. A Classificação Internacional das Doenças (CID- 10) da Organização Mundial da Saúde também é utilizada para avaliação diagnóstica do uso do tabaco, mas o teste de dependência à nicotina de Fagerström é o mais utilizado mundialmente como ferramenta de avaliação do grau de dependência nicotínica do tabagista (MARQUES *et al.*, 2001).

O teste de Fagerström para a dependência à nicotina é amplamente utilizado na avaliação da dependência à nicotina (Quadro 2). Uma soma acima de seis pontos indica que, provavelmente, o paciente terá desconforto significativo (síndrome de abstinência) ao deixar de fumar.

Quadro 2 – Teste de Fagerström para a dependência à nicotina.

<p>1. Quanto tempo após acordar você fuma seu primeiro cigarro?</p> <p>(3) nos primeiros 5 minutos (2) de 6 a 30 minutos (1) de 31 a 60 minutos (0) mais de 60 minutos</p> <p>2. Você acha difícil não fumar em lugares proibidos?</p> <p>(1) sim (0) não</p> <p>3. Qual o cigarro do dia que traz mais satisfação?</p> <p>(1) o 1º da manhã (0) os outros</p> <p>4. Quantos cigarros você fuma por dia?</p> <p>(0) menos de 10 (1) 11-20 (2) 21-30 (3) mais de 31</p> <p>5. Você fuma mais frequentemente pela manhã?</p> <p>(1) sim (0) não</p> <p>6. Você fuma mesmo doente, quando precisa ficar acamado a maior parte do tempo?</p> <p>(1) sim (0) não</p>

Total: 0-2 = muito baixa; 3-4 = baixa; 5 = média; 6-7 = elevada; 8-10 = muito elevada

Fonte: Diretrizes para Cessação do Tabagismo (REICHERT *et al.*, 2008)

Outros critérios aplicáveis ao diagnóstico da dependência à nicotina são os descritos no DSM-IV, os critérios de dependência são aplicáveis a uma ampla gama de substâncias psicoativas. Os critérios do DSM-IV são apresentados no Quadro 3.

Para realizar o diagnóstico para dependência pela nicotina é necessária a presença de três ou mais itens para ter um diagnóstico:

Quadro 3 – Critérios diagnósticos do DSM-IV para a dependência à nicotina.

1. Consumo diário de nicotina, por semana.
2. Sintomas com a súbita interrupção ou acentuada redução do consumo de nicotina por 24 h ou mais: estado depressivo ou humor disfórico, insônia, irritabilidade, ansiedade, dificuldade para se concentrar, inquietude, queda da frequência cardíaca, aumento do apetite e/ou do peso.
3. Sintomas descritos no critério 2 que produzem mal-estar clinicamente significativo, com deterioração social, laboral ou em áreas importantes da atividade do indivíduo.
4. Os sintomas não se originam de uma doença clínica, nem se explicam pela presença de outro transtorno mental.

DSM: Manual Estatístico e Diagnóstico das Desordens Mentais.

Assim, o próprio indivíduo percebe que o comportamento de uso da nicotina já se tornou um problema que afeta, de algum modo, a sua vida. Deve-se ter em mente a complexidade da dependência à nicotina, e ainda que estão sendo desenvolvidos instrumentos que consigam captar as suas várias dimensões (REICHERT *et al.*, 2008).

Ainda segundo as Diretrizes para Cessação do Tabagismo (REICHERT *et al.*, 2008), o grau de dependência nicotínica influenciará na maior ou menor facilidade do indivíduo em abandonar o vício. Os fumantes com alta dependência têm maiores dificuldades na cessação do tabagismo. São geralmente do sexo masculino, maiores de 30 anos, fumaram o primeiro cigarro antes dos 30 minutos após despertar, têm a percepção da dificuldade de abandonar o tabaco e da baixa auto eficácia.

5.6 Tratamento do tabagismo

O Instituto Nacional do Câncer (INCA), em parceria com secretarias de saúde e outros setores, instituiu o Programa Nacional de Controle ao Tabagismo (PNCT) em 1989 com o intuito de diminuir o início do tabagismo entre os jovens, diminuir a exposição passiva, e incentivar o fim do consumo do tabaco. O PNCT vem apresentando resultados positivos na mudança comportamental dos indivíduos (LUCCHESI, 2013).

No Brasil existe tratamento do tabagismo disponível pelo Sistema Único de Saúde (SUS), através do Programa de Controle do Tabagismo (INCA, 2011).

É extremamente difícil para os tabagistas abandonar o tabaco, devido à dependência da nicotina. A maioria dos tabagistas conhece os malefícios do cigarro e deseja parar de fumar. Todavia é preciso vencer obstáculos práticos para alcançar a meta, como: a falta de diagnóstico médico da dependência de nicotina; o desconforto da abstinência e o número insuficiente de serviços de apoio para abandono do fumo, com distribuição gratuita de medicamentos (BALBANI1; MONTOVANI, 2005).

Mais de 70% dos tabagistas desejam parar de fumar, de acordo com estudos. Porém, menos de 10% alcançam esse objetivo por conta própria, pois a abstinência de nicotina e a fissura pelo cigarro fazem com que a maior parte dos ex-tabagistas apresente recaída. As recaídas costumam ocorrer entre dois dias e três meses de abstinência. Mas, com apoio médico adequado é possível aumentar a taxa de sucesso no abandono do fumo (BALBANI1; MONTOVANI, 2005; LUPPI *et al.*, 2006).

Os métodos de cessação de fumar podem ser diretos e indiretos. Os diretos consistem em avaliação do grau de dependência da nicotina, psicoterapia, esclarecimentos, aconselhamento, indicação de medicamentos e acompanhamento; os indiretos constituem em ações anti-tabágicas integradas na atenção primária da rede de saúde pública, campanhas educativas atingindo, desde a infância, os diversos segmentos da população, proibição de fumar em locais públicos, elevação dos impostos sobre os preços dos cigarros e advertências nas embalagens dos produtos do tabaco (FOCCHI; BRAUN, 2005; BALBANI; MONTOVANI, 2005).

A integração de abordagens diversas é necessária para o controle do tabagismo, sendo: farmacológicas, psicológicas, de comunicação de massa, econômicas, entre outras (PRESMAN, 2005).

A terapia farmacológica é indicada para os dependentes da nicotina, e divide-se em: fármacos de primeira linha (terapia de reposição da nicotina e bupropiona) e de segunda linha (clonidina e nortriptilina) (FOCCHI; BRAUN, 2005).

A terapia cognitivo comportamental está indicada em todos os casos na tentativa de cessação de tabagismo. Quando esta abordagem é insuficiente e principalmente nos altos graus de dependência podemos associar medicamentos comprovadamente eficazes. Estes são classificados em dois grupos conforme o comportamento de ação e eficácia. Destacam-se os nicotínicos: adesivo transdérmico, goma de mascar, e não nicotínicos: bupropiona (1ª linha) e nortriptilina (2ª linha) (DIRETRIZES SOCIEDADE BRASILEIRA DE PNEUMOLOGIA, 2008).

Embora o maior benefício da cessação de fumar seja obtido quanto mais jovem for o fumante, parar de fumar na meia-idade evita muitos fatores de risco concomitantes, de modo que 15 anos depois de deixar de fumar, o risco de morte dos ex-fumantes não é maior do que o risco daqueles que nunca fumaram. Quando o uso do tabaco inicia na adolescência, 50% vão a óbito prematuramente na meia-idade, perdendo cerca de 20 a 25 anos de expectativa de vida em comparação aos não fumantes (FARGERSTRÖM, 2002).

Figueiró *et al.* (2013, p.219) em seu estudo concluíram que “parar de fumar é um desafio muito grande, pois representa a abstinência em longo prazo, por isso é importante que o fumante esteja disposto a enfrentar todas as mudanças que vão ocorrer”.

Segundo Echer *et al.* (2011) *apud* Willemann e Burci(2014,p.32), nos dias atuais-as propagandas mostram “imagens fortes estampadas nas embalagens de cigarro, todas relacionadas aos malefícios que seu uso traz, bem como há advertência corriqueira da mídia” afim de “informar e conscientizar a população acerca dos males”causados.

Os fatores que dificultam a cessação são de baixa motivação. A motivação individual é um dos fatores mais importantes na cessação definitiva do tabagismo e está inter-relacionada com uma gama de variáveis hereditárias, psicológicas, fisiológicas e ambientais.A intervenção motivacional por aconselhamento breve deve ser feita em todos os fumantes, independentemente dele se encontrar decidido ou não a parar de fumar (DIRETRIZES SOCIEDADE BRASILEIRA DE PNEUMOLOGIA, 2008). Os fumantes leves ou moderados podem apresentar pouca motivação para abandonar a dependência, pois alguns acreditam que podem parar quando quiserem. Os fumantes que consomem grande quantidade de cigarros podem também apresentar pouca motivação devido à falta de confiança em conseguir o intento, achando-se incapazes e com medo do sofrimento que a síndrome de abstinência produz, pois já tentaram e fracassaram outras vezes (DIRETRIZES SOCIEDADE BRASILEIRA DE PNEUMOLOGIA, 2008).

6 PROJETO DE INTERVENÇÃO

6.1 Plano de Ação

Para caracterizar o tabagismo como o principal problema a ser enfrentado pela Equipe de Saúde Aeroporto II, utilizou-se o diagnóstico situacional. Em reunião com toda a equipe foram analisados os dados levantados pelos Agentes Comunitários de Saúde (ACS), queixas durante consultas médicas e visitas domiciliares pela equipe.

6.2 Identificação dos problemas da comunidade

A partir do diagnóstico situacional foram identificados os principais problemas que acometem a população do ESF Aeroporto II:

- 1) Tabagismo
- 2) Hipertensão arterial sistêmica
- 3) Diabetes
- 4) Obesidade
- 5) Violência

6.3 Priorização dos problemas

Após análise situacional, dos problemas encontrados na comunidade, foi priorizada a alta incidência do tabagismo na área de abrangência baseados nos três critérios fundamentais: importância de problema, urgência e capacidade de enfrentamento pela equipe, abordado por Campos; Faria; Santos, (2010).

Quadro 4- Classificação de prioridades dos problemas identificados no diagnóstico situacional da equipe de saúde Aeroporto II

Principais Problemas	Importância	Urgência	Capacidade de Enfrentamento	Seleção
Tabagismo	Alta	8	Parcial	1
Hipertensão	Alta	6	Parcial	2
Diabetes	Alta	5	Parcial	3
Obesidade	Alta	4	Parcial	4
Violência	Alta	3	Parcial	5

Fonte: autoria própria

6.4 Descrição e explicação do problema selecionado

O tabagismo é um grave problema de saúde pública no mundo, não sendo diferente na equipe de saúde Aeroporto II, que priorizou este dentre os problemas levantados pela equipe. O tabagismo causa mais de 50 doenças diferentes, principalmente as doenças cardiovasculares como: hipertensão arterial e infarto, além de estar associado ao câncer de pulmão. É considerado pela OMS a principal causa de morte evitável no mundo, sendo, portanto escolhido pela equipe Aeroporto II para abordagem com os pacientes a fim de reduzir o número de tabagistas e evitar o surgimento de novos.

6.5 Seleção dos nós críticos

A definição de “nó crítico” é aquela causa que é considerada mais importante na origem do problema, “que está dentro do meu espaço de governabilidade, ou, então, o seu enfrentamento tem possibilidades de ser viabilizado pelo ator que está planejando”. Abaixo estão os nós críticos selecionados segundo Campos; Farias e Santos (2010, p.65).

- Falta de conhecimento da população sobre os malefícios do tabagismo;
- falta de capacitação dos profissionais de saúde;
- Prescrição de medicamentos de alto custo;
- Falta de adesão ao tratamento;
- Estilo de vida não saudável.

6.6 Desenhos das Operações

Segundo Campos; Faria e Santos (2010) é muito importante e necessário descrever as operações para o enfrentamento das causas selecionadas como nós críticos, identificar os produtos e resultados para cada operação definida; e identificar os recursos necessários para a execução das operações.

Quadro 5- Desenho das operações para resolução dos “nós críticos” do problema alto índice de tabagistas na aérea de abrangência do ESF Aeroporto II.

Nó Crítico	Operação/ Projeto	Resultados Esperados	Produtos Esperados	Recursos Necessários
Falta de conhecimento da população sobre os malefícios do tabagismo.	<p>“Tabagismo: o Vilão”</p> <p>-Informar a população sobre as conseqüências/malefícios do tabagismo.</p> <p>- Esclarecer que o acompanhamento é um fator primordial para o tratamento.</p>	<p>Cessaçã de tabagismo de um grande número de pacientes.</p> <p>-Pacientes com mais conhecimentos e mais conscientes.</p>	<p>Redução do número de fumantes do ESF Aeroporto.</p> <p>-Encontros semanais com os grupos de tabagismo da comunidade</p>	<p>Organizacional: Elaborar a programação e funcionários envolvidos. Organizar os grupos e material pedagógico.</p> <p>Políticos: Apoio da Secretaria de Saúde.</p> <p>Financeiros: Recursos para aquisição de audiovisuais e material instrucional</p>
Falta de capacitação dos profissionais de saúde	<p>“Info saúde”</p> <p>-Aumentar a informação da equipe sobre o tabagismo e suas conseqüências.</p> <p>-Orientar sobre a abordagem do paciente tabagista principalmente quando tem recaídas.</p> <p>-Discutir sobre as alternativas de tratamento do paciente.</p>	<p>-Profissionais com mais conhecimento, compromisso e confiança nas orientações dadas aos pacientes.</p>	<p>Melhoria na abordagem do paciente fumante.</p> <p>Maior envolvimento dos profissionais no projeto.</p>	<p>Organizacional: Espaço físico para a capacitação.</p> <p>Políticos: Apoio da gestão para capacitação da equipe, disponibilização do material do INCA sobre o tratamento do paciente tabagista.</p> <p>Financeiros: material para formação</p>
Prescrição de medicamentos de alto custo	<p>“Custo zero”</p> <p>Solicitar a secretária de saúde a compra de medicamentos fornecidos pelo SUS.</p> <p>Substituir medicações de alto custo por outras estratégias de tratamento, para o paciente que não conseguiu vaga no programa.</p>	<p>Maior adesão do paciente ao tratamento.</p> <p>Cessaçã de tabagismo de um grande número de pacientes.</p>	<p>Disponibilização de medicamentos na farmácia do SUS e/ou farmácia popular.</p>	<p>Organizacional: Solicitação da compra de medicamentos.</p> <p>Políticos: Aquisição de medicamentos</p> <p>Financeiros: Para adquirir os medicamentos.</p>
Falta de adesão ao tratamento	<p>“É hora de largar o vício”</p> <p>-Sensibilizar o paciente a aderir ao tratamento.</p> <p>Monitorar os tabagistas,</p>	<p>Aderência dos tabagistas ao tratamento.</p>	<p>Redução do número de tabagistas</p>	<p>Organizacional: Disponibilização de profissionais</p> <p>Político: aceitação do</p>

	discutindo e esclarecendo as dúvidas utilizando visita domiciliar, atendimento individual e grupo antitabagismo.			projeto
Estilo de vida não saudável.	<p>“Mexa-se” Discutir com os pacientes sobre a importância do estilo e hábitos de vida saudáveis para manutenção de uma boa qualidade de vida e na prevenção de inúmeras doenças. Sensibilizá-los para deixar de fumar mostrando que é um hábito maléfico para a saúde.</p>	Diminuir a ansiedade com atividades físicas/lazer/convívio familiar e social	Organizar grupos de atividades/interação	<p>Organizacional: Local para realizar as atividades</p> <p>Financeiros: Recursos para apoio de profissionais especializados</p> <p>Político: aprovação do projeto</p>

6.6 Identificações dos recursos críticos

Os recursos críticos são aqueles indispensáveis para operacionalização de uma operação e que não estão disponíveis, por isso, a equipe deve ter clareza de quais os recursos são necessários. Quem planeja o projeto não dispõe de todos os recursos necessários para realizá-lo diante disso ele solicita parceiros que vão ajudá-lo a controlar os recursos críticos e é necessário motivá-los para a execução do seu plano (CAMPOS; FARIA; SANTOS, 2010).

Quadro 6- Identificação dos recursos críticos para resolução do problema de alta incidência de tabagistas na área de abrangência do ESF Aeroporto II.

Operação/ Projeto	Recursos Necessários
“tabagismo: o vilão”	<p>Políticos: Apoio da Secretaria de Saúde.</p> <p>Financeiros: Recursos para os recursos audiovisuais e material instrucional.</p>
“Info saúde”	<p>Políticos: apoio da gestão para capacitação da equipe, disponibilização do material do INCA sobre o tratamento do paciente tabagista.</p> <p>Financeiros: material para formação</p> <p>Organizacional: espaço físico para encontros.</p>
“Custo Zero”	<p>Organizacional: Solicitação da compra de medicamentos</p> <p>Políticos: Aquisição de medicamentos</p>

	Financeiros: Para adquirir medicamentos
“É hora de largar o vício”	Organizacional: Disponibilização de profissionais Político: aceitação do projeto
“Mexa-se”	Organizacional: Local para realizar as atividades Financeiros: Recursos para apoio de profissionais especializados Político: aprovação do projeto

6.8 Análise da Viabilidade do Plano

Segundo Campos, Faria e Santos (2010), o ator do plano não consegue controlar todos os recursos necessários à execução do plano. Portanto, ele precisa identificar atores que controlam os recursos críticos, analisando seu provável posicionamento em relação ao problema. O ator deve utilizar ações estratégicas para motivar os atores convidados a participarem do plano.

Quadro 7- Ações Estratégicas para viabilizar o plano

Operação/ Projeto	Recursos Necessários	Controle dos Recursos Críticos		Ação Estratégica
		Ator que Controla	Motivação	
Tabagismo: o vilão	Políticos Financeiros	Secretária de Saúde. Prefeitura.	Favorável	Apresentar o projeto de atividades do Programa
“Info saúde”	Organizacional Políticos	Médica e enfermeira Secretaria de Saúde	Favorável	Apresentar o projeto de atividades do Programa
“Custo Zero”	Organizacional Políticos Financeiros	Secretária de Saúde, médicos e enfermeira.	Favorável	Não é necessário usar nenhuma estratégia de motivação.
É hora de largar o vício	Organizacional: Disponibilização de profissionais	Equipe de saúde	Favorável	Não é necessário usar nenhuma estratégia

	Político			demotivação.
Mexa-se	Organizacional Financeiros Político	Equipe de saúde: ACS, profissional especializado (Educador Físico) e outros para grupos interativos.	Favorável	Não é necessário usar nenhuma estratégia de demotivação.

6.9 -Plano Operativo

O principal objetivo do plano operativo é designar pessoas responsáveis por cada operação (gerente de operação) que tem como função acompanhar a implantação e desenvolvimento da operação, definir os prazos para o cumprimento das ações. O gerente “se responsabilizará pelo acompanhamento das ações definidas no projeto, mas não necessariamente deve executá-las”. Pode contar com o apoio de outras pessoas para ajudá-lo na operacionalização (CAMPOS; FARIA; SANTOS, 2010, p.71).

Quadro 8-Descrição do Plano Operativo

Operação	Resultados esperados	Produtos Esperados	Ação Estratégica	Responsável	Prazo
Tabagismo: o vilão Fornecer informações sobre o tabagismo para os pacientes, em especial aqueles com hábito de fumar, mostrando os riscos e malefícios	Promover uma mudança no estilo de vida do paciente tabagista (cessação do tabagismo)	Grupo de tabagis-mo	Grupo de tabagismo com acompanhamento regular	Equipe de saúde (médica, enfermagem, ACS)	Início imediato após triagem da população que deseja participar.

<p>“Info Saúde”</p> <p>Fornecer informações para os profissionais de saúde sobre o tabagismo para que estes fiquem aptos a passarem essa informação para a população assistida.</p>	<p>Maior conhecimento dos profissionais de saúde sobre o tabagismo</p>	<p>Equipe multidisciplinar capacitada;</p>	<p>Grupos de estudo e discussões</p>	<p>Equipe multidisciplinar</p>	<p>Início das reuniões de imediato.</p>
<p>“Custo zero”</p> <p>Fornecer medicamentos gratuitos para a população ou com subsídio do governo.</p>	<p>Conseguir ajudar a população durante o processo de cessação do tabagismo</p>	<p>Cessaçã do do tabagismo</p>	<p>Estratificaçã o dos pacientes para seguir protocolos e analisar o grau de dependência .</p>	<p>Médico, enfermeiro.</p>	<p>Início imediato junto com o Grupo Operativo.</p>
<p>É hora de largar o vício</p> <p>Acompanhamento e monitoramento dos tabagistas a fim de evitar recaídas e má adesão</p>	<p>Cessaçã do do tabagismo</p>	<p>Cessaçã do do tabagismo</p>	<p>Grupo de tabagismo com frequência com base dos protocolos do Ministério, assistência continuada por toda a equipe</p>	<p>Equipe de Saúde</p>	<p>Após início do Grupo</p>

<p>“Mexa-se”</p> <p>Organizar um grupo de caminhada nas ruas da comunidade, com apoio dos ACS e inicialmente supervisionado por um educador físico, com periodicidade de três vezes na semana com duração mínima de 30 minutos;</p>	<p>Aumentar a adesão dos pacientes à prática de atividade física através da motivação em grupo.</p> <p>Formar o hábito de exercitar-se e assim, diminuir a fissura pelo tabagismo além de reduzir também a incidência de problemas osteomusculares.</p> <p>Diminuir a prevalência de pacientes sedentários.</p>	<p>População habituada a praticar atividades físicas;</p> <p>Formação de grupos de caminhada</p>	<p>Grupos de caminhadas com os pacientes tabagistas</p>	<p>Equipe multidisciplinar incluindo um educador físico</p>	<p>Início imediato, com confecção da carta de apresentação do projeto para a secretaria de saúde para contratação do educador físico;</p>
--	---	--	---	---	---

6.10 Gestão do plano

Quadro 9- Gestão do Plano

Produtos	Responsável	Situação Atual
Grupo de Tabagismo	Médica e Enfermeira	Iniciado
Palestras	Médica, Enfermagem e ACS	Iniciado
Grupo de Caminhada e Artesanato	ACS, Preparador Físico e professora Artesã	Iniciado

O planejamento feito pela equipe Aeroporto II para os grupos de tabagismo consiste e identificação dos fumantes da área pela equipe e apresentação do projeto do grupo para os pacientes. Aqueles que manifestarem interesse devem preencher uma

ficha de cadastro na unidade de saúde. Devido à falta de medicamentos para um grande número de pacientes, são disponibilizadas vinte vagas para os dependentes que desejam parar de fumar. A estes dependentes são fornecidos palestras, medicações, como o adesivo nicotínico e a bupropiona, grupo de lazer como artesanato, caminhada e aula de zumba, além de consultas médicas. A estimativa é iniciar um novo grupo a cada três meses.

Durante os meses de março a agosto a equipe Aeroporto II participou de um grupo de tabagismo realizado pela equipe Aeroporto I a fim de se capacitar. Deste grupo participou três pacientes da nossa equipe, sendo que apenas um conseguiu cessar o tabagismo. Em setembro deste ano foi iniciado o primeiro grupo de tabagismo na unidade aeroporto II. Apenas doze vagas foram preenchidas. O grupo ainda está em andamento. Os quadros abaixo revelam algumas características do mesmo.

Quadro 10-Freqüência dos Pacientes

I Reunião 20/09	II Reunião 27/09	III Reunião 04/10	IV Reunião 11/10	V Reunião 25/10
12 Pacientes	11 Pacientes	8 pacientes	7 pacientes	5 pacientes
100%	91,6%	66,6%	58,3%	41,6%

Quadro 11-Usos das Medicamentos

Paciente Sem Medicação	Pacientes em uso Apenas de adesivo de nicotina	Paciente em uso apenas da bupropiona	Paciente em uso de adesivo de nicotina e bupropiona
1 Paciente	9 Pacientes	0 Pacientes	2 Pacientes
8,3%	75%	0%	16,7%

Quadro 12 -Grau de Dependência de acordo com o teste de FAGESTROM

Dependência Leve	Dependência Moderada	Dependência Grave
1 paciente	6 pacientes	5 pacientes

8,3%	50%	41,7%
------	-----	-------

Devido à falta de espaço físico e multimídia, o Grupo de Tabagismo está sendo realizado na Universidade Aberta e Integrada de Minas Gerais (UAITEC), que se localiza na rua da unidade de saúde. Outras parcerias também foram feitas pela unidade de saúde a fim de oferecer a estes pacientes várias atividades que ajudam durante o processo de cessação do tabagismo. Junto com a Associação de Idosos Silvio Lepsqueur é oferecido aos pacientes grupo de artesanato uma vez por semana e por meio da parceria com o Centro de Referência de Assistência Social (CRAS) está sendo realizado de aulas de zumba uma vez por semana e grupos de caminhadas três vezes por semana.

7 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Conforme foi relatado neste trabalho, o tabagismo é um sério problema de saúde pública, sendo um problema importante que afeta a população assistida pela equipe de saúde Aeroporto II.

O projeto de intervenção proposto tem como objetivo promover ações tanto para prevenir a iniciação do tabagismo como para cessar naqueles pacientes já fumantes. A participação e o empenho de toda a equipe a fim de criar estratégias para levar este projeto aos pacientes são de grande importância, sempre buscando valorizar as peculiaridades da nossa área de abrangência e criar mecanismos para melhor atender a população.

Sendo assim, o ESF aeroporto II tem como objetivo fornecer apoio aos usuários que buscam cessar o tabagismo e fornecer informações aos outros usuários a respeito deste vício.

Mediante as informações colhidas, todo profissional da área da saúde pode promover uma proposta de intervenção para contribuir de alguma forma para a sensibilização seguida da possibilidade de conscientização quanto aos danos que o tabaco pode gerar a saúde do dependente / usuário/ fumante, bem como a importância da decisão de parar de fumar motivando a deixar o vício e alcançando assim uma vida saudável.

No decorrer deste trabalho, verificou-se que existe a necessidade de conscientizar a população sobre os prejuízos causados pelo cigarro e aplicar métodos eficientes para não comprometer a qualidade do ar daqueles que optam por não fumar, tendo em vista que os métodos conhecidos atualmente não demonstraram resultados satisfatórios, com exceção da eliminação do hábito tabagista.

REFERÊNCIAS

ARAÚJO, A. J. *et al.* Diretrizes para Cessação do Tabagismo. **J. bras.pneumol.**, São Paulo , v. 30, supl. 2, p. S1-S76, Aug. 2004 .

BALBANI, A.P.S.; MONTOVANI, J.C. Métodos para abandono do tabagismo e tratamento da dependência da nicotina. **Rev.Bras Otorrinolaringologia**,v.71, n.6, 820-7, nov./dez. 2005.

BATISTA, L. **Mobilização nacional contra o tabagismo**. Brasília: Gráfica do Senado Federal, 1987. 3 v.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Instituto Nacional do Câncer. Coordenação de Prevenção e Vigilância. **Inquérito Domiciliar sobre Comportamentos de Risco e Morbidade Referida de Doenças e Agravos não Transmissíveis**. Brasil, 15 capitais e Distrito Federal 2002–2003. Rio de Janeiro: INCA, 2004.

BRASIL, Ministério da Saúde. VIGITEL Brasil 2006. **Vigilância de Fatores de Risco e Proteção para Doenças Crônicas por Inquérito Telefônico**. Brasília, DF

BRASIL. IBGE. Cidades: Informações completas. 2010. Disponível em: <<http://www.cidades.ibge.gov.br/xtras/perfil.php?lang=&codmun=314700>> .

BRASIL. Ministério da Saúde, Instituto Nacional do Câncer (INCA). **Abordagem e Tratamento do fumante: Consenso 2001**, Rio de Janeiro, 2001

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA – IBGE.**Cidades** 2010. Disponível em: <http://cidades.ibge.gov.br/painel/historico.php?codmun=31086>. Acesso 10 de Nov. 2015.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA – IBGE.**Censo** 2014. Disponível em: <http://Censo.ibge.gov.br/painel/historico.php?codmun=31086>. Acesso 10 de Nov. 2015.

BRASIL. Ministério da Saúde. Instituto Nacional de Câncer. **Falando sobre o tabagismo**. 3.ed. Rio de Janeiro: Contapp, 1998.

BRASIL. Portaria 442/04. **Implantação da Abordagem e Tratamento do Tabagismo no SUS**. Disponível em: Acesso em: 02 junho. 2016.

BRASIL.Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Instituto Nacional de Câncer, Coordenação de Prevenção e Vigilância. **Inquérito domiciliar sobre comportamentos de risco e morbidade referida de doenças e agravos não-transmissíveis: Brasil, 15 capitais e Distrito Federal, 2002-2003**. INCA, Rio de Janeiro. 2004.

BRASIL.Ministério da Saúde. Instituto Nacional do Câncer. Coordenação Nacional de Controle de Tabagismo e Prevenção Primária: CONTAPP. **Falando sobre tabagismo e como implantar um programa de tabagismo**. Rio de Janeiro: Ministério da Saúde, 1996

INCA, 2011. Instituto Nacional do Câncer. **Programa Nacional de Controle do Tabagismo: tratamento do tabagismo no Sistema Único de Saúde**. Disponível em <<http://www.inca.gov.br/tabagismo/programa/inicial.asp?pagina=tratamentosus.htm&item=programa>>. Acessado em 10/jul/2016.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Abordagem e tratamento do fumante** –Consenso 2001. Rio de Janeiro: INCA, 2001.BRASIL 2001

CAMPOS, F.C.C.; FARIA H.P.; SANTOS, M.A. **Planejamento e avaliação das ações em saúde**. 2ª ed. Belo Horizonte: Nescon/UFMG, 2010.

CLASSIFICAÇÃO DE TRANSTORNOS MENTAIS E DE COMPORTAMENTO DA CID-10: descrições clínicas e diretrizes diagnósticas. Porto Alegre: Artmed, 2001.

CAVALCANTE, T. O controle do tabagismo no Brasil: avanços e desafios. **Rev. Psiq. Clin.**, v.32, n.5, p.283-300, 2005.

ECHER, I.C.; CORREA, A.P.A.; FERREIRA, S.A.L.; LUCENA, A.F. Tabagismo em uma escola de enfermagem do sul do Brasil. **Texto contexto - enferm.** [online]. v. 20, n.1, p. 152-159. ISSN 0104-0707, 2011.

ELMOR, M.R. D. **Tabagismo sob a ótica da Promoção da Saúde**: reflexão do professor sobre sua prática. Tese [Doutorado] apresentada a Faculdade de Saúde Pública da

Universidade de São Paulo, 2009. 193p. Disponível em: <http://www.teses.usp.br/teses/disponiveis/6/6135/tde.../MaisaElmor.pdf>. Acesso 10 Nov

DE FARIA, H. P. *et al.* **Processo de trabalho em saúde. NESCON/UFMG - Curso de Especialização em Atenção Básica em Saúde da Família.** 2ed. Belo Horizonte: Coopmed, 2009.

FAGUNDES, M. L.F. **Estratégias para cessação dotabagismo:uma revisão das alternativas terapêuticas** Universidade Federal do Rio Grande do Sul. Faculdade de Farmácia Trabalho de Conclusão de Curso de Farmácia

FARGERSTRÖM, Karl. **Epidemiologia do fumo: conseqüências na saúde e benefícios da Cessação.** *Drugs*, Auckland, v.62, p.1-9, 2002.

FIGUEIRÓ, L.R. *et al.* Assessment of changes in nicotine dependence, motivation, and symptoms of anxiety and depression among smokers in the initial process of smoking reduction or cessation: a short-term follow-up study. *Trends Psychiatry Psychother.* [online]. v.35, n.3, pp. 212-220. ISSN 2237-6089, 2013.

FOCCHI, G.R. A.; BRAUN, I.M. Tratamentofarmacológico do tabagismo. **Revista de Psiquiatria Clínica**, 2005; 32, 259-266.

FRANCISQUINI, Melina Neves Borges. **Combate ao tabagismo: a experiência de grupos de aconselhamento em uma Equipe de Saúde da Família.** Universidade Federal de Minas Gerais. Faculdade de Medicina. Núcleo de Educação em Saúde Coletiva. Corinto, 2013. 43f. Monografia (Especialização em Atenção Básica em Saúde da Família).

HUGHES, J. R.; KALMAN, D. Do smokers with alcohol problems have more difficulty quitting? **Drug Alcohol Depend**, v. 82, p. 91-102, 2006.

IARC. Tobacco smoke and involuntary smoking. **IARC Monogr. Eval. Carcinog Risk Hum** 2004; 83: 1-1438.

LUCCHESI, R. *et al.* A tecnologia de grupo operativo aplicada num programa de controle do tabagismo. *Texto contexto - enferm.* [online]. vol.22, n.4, pp. 918-926. ISSN 0104-0707, 2013.

LUPPI, C.H.B.; ALVES, M.V.F.F.; SANTOS, A.A. Programa de Cessação ao Tabagismo: Perfil e resultados. **Rev. Ciênc. Ext.** v.2, n.2, p.1, 2006.

MALAFATTI,L;MARTINS,I. Aspectos analíticos da derterminação de continina em matrizes biológicas. **Revista Brasileira de Toxicologia** 22, n.1-2 (2009) 9-20.

MARQUES, A.C.P.R et al.Consenso sobre o tratamento da dependência de nicotina. **Revista Brasileira de Psiquiatria**, 2001; 23(4):200-14

MIRRA. A.P. Câncer e Tabagismo. In: Viegas C. A. **Tabagismo: do diagnóstico à saúde pública**. São Paulo: Atheneu; 2007, p. 107-16.

MUAKAD. I, B.; Tabagismo: Maior causa evitável de morte do mundo. **Fac. Dir. Univ. São Paulo** v. 109 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.

PARACATU (sd) -**Documento Técnico do Plano Estratégico de Desenvolvimento Sustentável de Paracatu** (sd).

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, 2007; 23(6): 1319-1328, jun

PINTO, M.; UGA, M.A. D. Os custos de doenças tabaco-relacionadas para o Sistema Único de Saúde. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 26, n. 6, p. 1234-1245, June 2010 .

PORTAL DA EDUCAÇÃO. **Epidemiologia do uso do tabaco**. Disponível em<<http://www.portaleducacao.com.br/odontologia/artigos/33901/epidemiologia-do-uso-dotabaco#ixzz3QMfd0zX2>> Acesso em 07 de agosto de 2016.

REICHERT. J. ; Diretrizes para cessação do tabagismo – 2008- **Jornal Brasileiro de Pneumologia**,v. 34,n.10.2008

RODRIGUES, N. C. *et al.* Profile of brazilian smokers in the National Program for Tobacco Control., **Rev. Bras. Psiq.**, Rio de Janeiro, v. 37, supl. 2, p. 150-154, Abr. 2015

ROSEMBERG, J. **Tabagismo sério problema de saúde pública**. 2ª ed., Editora. ALMED, São Paulo, SP, 1987. p.1–369

RELATÓRIO DA OMS sobre a Epidemia Global de Tabagismo, 2008: Pacote MPOWER Sumário Executivo:
http://www.who.int/tobacco/mpower/mpower_report_full_2008.pdf

ROCHA, L. A. **Adesão ao Tratamento de Tabagismo na Equipe do Programa de Saúde da Família do Município de Brasília de Minas - Minas Gerais**. Universidade Federalde Minas Gerais. Faculdade de Medicina. Núcleo de Educação em SaúdeColetiva Trabalho de Conclusão de Curso.Curso de Especialização Estratégia em Saúde da Família.2016

SBPT. SOCIEDADE BRASILEIRA DE PNEUMOLOGIA E TISIOLOGIA. Diretrizes para a Cessação do Tabagismo. **Jorn. Bras. Pneum.** v.30, n.2, p.1-75,2004.

SEELIG, M.F.; CAMPOS, C.R.J.; CARVALHO, J.C. A ventilação e a fumaça ambiental de cigarros. **Ciênc.saúdecoletiva** [online]. v. 10, supl., p. 83-90.ISSN 1413-8123, 2005.

SOCIEDADE BRASILEIRA DE PNEUMOLOGIA. Tabagismo: parte I. **RevAssocMed Bras.** [internet]. 2010. 56(2):134-4. Disponível em: <http://www.scielo.br>. Acesso em 02 Junho 2016.

WILLEMANN, J.; BURCI, L. M.Osmalefícios do uso do cigarro e seu impacto na sociedade. **RevistaGestão&Saúde**, v. 11, p. 28-34, 2014

WÜNSCH FILHO V, MIRRA AP, LÓPEZ RVM, ANTUNES LF. Tabagismo e câncer no Brasil: evidências e perspectivas. *Rev Bras Epidemiol* 2010; 13(2):175-187.

WHO – World Health Organization Report on the Global Tobacco Epidemic 2008.The MPowerPachage, Geneve, WHO, 2008.

WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO). The World Health Report.,Reducing Risks, Promoting Healthy Life. **WHO**, 2002.

World Health Organization.Women and the Tobacco Epidemic.Disponível em:
<http://www.who.int/hq/2001/WHO_NMH_TFI_01>Acesso em: 02 jun 2016.