

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

**IVAN LUÍS PIMENTA DE AZEVEDO**

**PLANO DE AÇÃO PARA A PREVENÇÃO E CONTROLE DO  
TABAGISMO NA USF SANTO ANTÔNIO DO CRUZEIRO NO  
MUNICÍPIO DE NEPOMUCENO/MG**

**ALFENAS/MINAS GERAIS**

**2015**

**IVAN LUÍS PIMENTA DE AZEVEDO**

**PLANO DE AÇÃO PARA A PREVENÇÃO E CONTROLE DO  
TABAGISMO NA USF SANTO ANTÔNIO DO CRUZEIRO NO  
MUNICÍPIO DE NEPOMUCENO/MG**

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

**Orientador:** Bruno Leonardo de Castro Sena

**ALFENAS/MINAS GERAIS**

**2015**

**IVAN LUÍS PIMENTA DE AZEVEDO**

**PLANO DE AÇÃO PARA A PREVENÇÃO E CONTROLE DO  
TABAGISMO NA USF SANTO ANTÔNIO DO CRUZEIRO NO  
MUNICÍPIO DE NEPOMUCENO/MG**

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

**Orientador:** Bruno Leonardo de Castro Sena

**BANCA EXAMINADORA**

Examinador 1: Prof. Bruno Leonardo de Castro Sena (UFMG)

Examinador 2: \_\_\_\_\_

Aprovado em Belo Horizonte, em \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_

## **AGRADECIMENTO**

Agradeço à equipe de saúde da família do PSF-IV Santo Antônio do Cruzeiro pela contribuição no desenvolvimento desta proposta de intervenção, ao professor Bruno Leonardo de Castro Sena pela orientação, paciência e profissionalismo e à minha família pelo apoio e compreensão.

## **DEDICATÓRIA**

À toda equipe de saúde do PSF IV Santo Antônio do Cruzeiro

À todos os pacientes atendidos na unidade durante essa experiência

À todos que contribuíram direta ou indiretamente para o desenvolvimento deste trabalho

*“Se as coisas são inatingíveis...ora!  
Não é motivo para não querê-las...  
Que tristes os caminhos, se não fora  
A presença distante das estrelas!”*

**Mário Quintana**

## RESUMO

O tabagismo é uma doença crônica endêmica que tem relação estreita com diversos agravos em saúde, como hipertensão, doença pulmonar obstrutiva crônica, doença vascular periférica, eventos tromboembólicos e os cânceres de vias aéreas e trato digestivo. Acarreta redução na expectativa e qualidade de vida dos usuários, além de gerar gastos financeiros a eles e aos governos. É causa de dependência física, psicológica e comportamental, devido à nicotina. Esse trabalho propõe um plano de ação, desenvolvido após a realização de um diagnóstico situacional pelo método da Estimativa Rápida, seguindo o método Planejamento Estratégico Situacional, para auxiliar na cessação do tabagismo nos pacientes interessados, além de ações para contribuir com a prevenção desse hábito nos não-fumantes, principalmente nas crianças e adolescentes. Para a base teórica do projeto, foi feita uma revisão na literatura a partir de consulta em dados e publicações científicas da *Scientific Electronic Library On-Line* (SciELO) e PubMed, além de pesquisa em sites do Ministério da Saúde, INCA e OMS. O enfrentamento desse problema está focado na terapia comportamental cognitiva dos grupos operativos, com auxílio de equipe multiprofissional e terapia farmacológica, além de atividades socioeducativas para a população geral. As medidas de controle e prevenção do tabagismo são importantes devido ao elevado custo com morbidade e mortalidade que esse hábito gera para os países. A avaliação do grau de dependência da nicotina é necessária para a indicação do tratamento farmacológico direcionado. Os grupos operativos e as ações educativas são ferramentas que podem auxiliar no controle e prevenção do tabagismo em uma população.

**Palavras-chave:** Tabagismo, Nicotina, Tabaco, Transtorno por uso de tabaco, Abandono do hábito de fumar

## ABSTRACT

Smoking is an endemic chronic disease that is closely related to many health disorders, such as hypertension, chronic obstructive pulmonary disease, peripheral vascular disease, thromboembolic events and airway and digestive tract cancers. It causes a reduction in expectation and quality of life of users; furthermore, it generates financial costs to them and governments. It causes physical, psychological and behavioral dependence, due to nicotine. This paper proposes an action plan, developed after conducting a situational diagnosis through the method of Flash Estimate, following the Situational Strategic Planning method to aid in smoking cessation in interested patients, in addition to actions to contribute to the prevention of this habit in non smokers, especially in children and adolescents. For the theoretical basis of the project, a literature review from query data and scientific publications of Scientific Electronic Library On-Line (SciELO) and Pubmed was made, as well as research in Ministério da Saúde, INCA and WHO sites. Facing this problem is focused on cognitive behavioral therapy of operational groups, with the help of a multidisciplinary team and drug therapy, as well as social and educational activities for the general population. Control and prevention of smoking actions are important because of the high cost of morbidity and mortality that this habit generates for the countries. The evaluation of nicotine dependence degree is necessary for indication of pharmacological treatment target. Operating groups and educational activities are tools that can assist in the control and prevention of smoking in a population.

**Keywords:** Smoking, Nicotine, Tobacco, Tobacco use disorder, Smoking cessation



## LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

- ACS** – Agente Comunitário de Saúde
- ACTH** – Hormônio adrenocorticotrófico (*Adrenocorticotropic hormone*)
- AVC** – Acidente Vascular Cerebral
- CID** – Classificação Internacional de Doenças
- CQCT** – Convenção-Quadro para Controle do Tabaco
- DM** – Diabetes Mellitus
- DPOC** – Doença Pulmonar Obstrutiva Crônica
- HAS** – Hipertensão Arterial Sistêmica
- HDL** – Lipoproteínas de alta densidade (*High density lipoprotein*)
- IBGE** – Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
- IDH-M** – Índice de Desenvolvimento Humano Municipal
- INCA** – Instituto Nacional de Câncer
- LDL** – Lipoproteínas de baixa densidade (*Low density lipoprotein*)
- MS** – Ministério da Saúde
- OMS** – Organização Mundial de Saúde
- PES** – Planejamento Estratégico Situacional
- PIB** – Produto Interno Bruto
- PNS** – Pesquisa Nacional de Saúde
- PNSN** - Pesquisa Nacional sobre Saúde e Nutrição
- PSF** – Programa Saúde da Família
- SAMU** – Serviço de Atendimento Móvel de Urgência
- SciELO** - *Scientific Electronic Library On-Line*
- SNC** – Sistema Nervoso Central
- SUS** – Sistema Único de Saúde
- TRN** – Terapia de reposição da nicotina
- TCC** – Terapia comportamental cognitiva
- USF** – Unidade de Saúde da Família

## LISTA DE TABELAS

<b>Tabela 1:</b> Proporção de fumantes atuais de tabaco com 18 anos ou mais.....	16
<b>Tabela 2:</b> População Total, por Gênero, Rural/Urba (Nepomuceno - MG).....	18
<b>Tabela 3:</b> Estrutura Etária da População (Nepomuceno - MG).....	18
<b>Tabela 4:</b> Índice de Desenvolvimento Humano Municipal e seus componentes (Nepomuceno – MG).....	19
<b>Tabela 5:</b> Longevidade, Mortalidade e Fecundidade (Nepomuceno - MG).....	20
<b>Tabela 6:</b> Renda, Pobreza e Desigualdade (Nepomuceno - MG).....	20
<b>Tabela 7:</b> Priorização dos problemas.....	38
<b>Tabela 8:</b> Planejamento das operações a partir dos nós críticos.....	41
<b>Tabela 9:</b> Recursos críticos.....	42
<b>Tabela 10:</b> Viabilidade do plano.....	43
<b>Tabela 11:</b> Plano operativo.....	44
<b>Tabela 12:</b> Gestão do plano.....	45

## LISTA DE FIGURAS

<b>Figura 1:</b> Localização de Nepomuceno em Minas Gerais.....	17
<b>Figura 2:</b> Unidade Santo Antônio do Cruzeiro (sede do PSF IV).....	22
<b>Figura 3:</b> Estrutura química da nicotina e das formas nornicotina e anabasina.....	29
<b>Figura 4:</b> Teste de <i>Fagerström</i> para a dependência à nicotina.....	33

## LISTA DE GRÁFICOS

<b>Gráfico 1:</b> População por sexo, segundo os grupos de idade (Nepomuceno - MG) (2010).....	19
--	----

## SUMÁRIO

<b>1</b>	<b>INTRODUÇÃO.....</b>	<b>15</b>
1.1	Descrição geral do município.....	16
1.2	UBS Santo Antônio do Cruzeiro.....	21
<b>2</b>	<b>JUSTIFICATIVA.....</b>	<b>24</b>
<b>3</b>	<b>OBJETIVOS.....</b>	<b>26</b>
3.1	Objetivo Geral.....	26
3.2	Objetivos Específicos.....	26
<b>4</b>	<b>METODOLOGIA.....</b>	<b>27</b>
<b>5</b>	<b>REVISÃO DE LITERATURA.....</b>	<b>28</b>
5.1	A nicotina.....	28
5.2	Tabagismo e doenças relacionadas.....	31
5.3	Tratamento.....	32
5.4	Medidas preventivas.....	36
<b>6</b>	<b>PLANO DE INTERVENÇÃO.....</b>	<b>38</b>
6.1	Identificação dos problemas.....	38
6.2	Priorização dos problemas.....	38
6.3	Descrição do problema.....	39
6.4	Explicação do problema.....	39
6.5	Seleção dos “nós-críticos”.....	40
6.6	Desenho das operações.....	40
6.7	Identificação dos recursos críticos.....	42
6.8	Análise da viabilidade do plano.....	43
6.9	Elaboração do plano operativo.....	44
6.10	Gestão do plano.....	45
<b>7</b>	<b>CONSIDERAÇÕES FINAIS.....</b>	<b>46</b>
	<b>REFERÊNCIAS.....</b>	<b>48</b>

## 1 INTRODUÇÃO

O tabagismo é considerado, segundo a OMS, a principal causa evitável de morte no mundo atualmente. É reconhecido como uma doença crônica devido à dependência da nicotina, constando na Classificação Internacional de Doenças (CID 10) no grupo dos transtornos mentais e de comportamento decorrentes do uso de substâncias psicoativas. Estima-se que um terço da população mundial adulta (cerca de 1 bilhão e 200 milhões de pessoas) sejam fumantes. É considerado o fator de risco mais importante para mais de 50 doenças, como diversos tipos de câncer, doenças cardiovasculares, enfisema, dentre outras (INCA, 2007).

O consumo do tabaco é hábito mundial devido aos baixos preços dos produtos, ao difundido marketing sobre eles, à carência de conhecimento sobre os riscos e às inconsistentes políticas públicas contra o uso. Um dos grandes problemas é que grande parte dos danos à saúde causados pelo tabagismo apenas se torna evidente após anos ou décadas de uso (OMS, 2008). Dessa forma, enquanto o uso do tabaco está em crescimento global, a epidemia das doenças e mortes relacionadas pode estar apenas no início.

Devido a medidas restritivas de comercialização e consumo do cigarro em países desenvolvidos, indústria do tabaco direcionou seus esforços de venda para países mais pobres. Os alvos principais dessas campanhas promocionais são os jovens. Dessa forma, ao fim da década de 90, dos cerca de 100 mil jovens que se iniciavam no tabagismo a cada dia no mundo, 80% eram de países em desenvolvimento (WÜNCH *et al.*, 2010). O controle dessa doença deveria ser uma prioridade em programas de saúde pública, para que a crescente invasão das companhias transnacionais do cigarro e suas propagandas não apanhem esses países despreparados (SILVA; KOIFMAN, 1998).

No Brasil, houve queda na prevalência do tabagismo no período de 1989 até 2003. Segundo a Pesquisa Nacional sobre Saúde e Nutrição (PNSN) de 1989, aproximadamente 35% da população fumava cigarros ou outros produtos derivados do tabaco. Já a Pesquisa Mundial de Saúde de 2003 estimou aproximadamente 18% da população brasileira era tabagista (IGLESIAS *et al.*, 2007).

A Pesquisa Nacional de Saúde (PNS), realizada em 2013, pelo Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), em parceria com o Ministério da Saúde

e a Fundação Oswaldo Cruz (FIOCRUZ), atualizou os dados sobre a prevalência de adultos fumantes com 18 anos ou mais em amostras domiciliares do Brasil (TABELA 1).

**Tabela 1:** Proporção de fumantes atuais de tabaco com 18 anos ou mais (%)

Área de domicílio	Total	Homens	Mulheres
<b>Brasil</b>	<b>14,7</b>	<b>18,9</b>	<b>11,0</b>
Urbano	14,4	18,3	11,0
Rural	16,7	22,4	10,7
Norte	13,2	19,0	7,8
Nordeste	14,2	19,1	9,9
Sudeste	15,0	19,0	11,5
Sul	16,1	19,1	13,3
Centro-Oeste	13,4	16,8	10,4

**Fonte:** PNS (2013)

Dados de inquéritos epidemiológicos em capitais brasileiras realizados nos anos de 2002 e 2003 mostram que as prevalências do tabagismo são maiores nos grupos populacionais com menor escolaridade (menos de 8 anos de estudo) (BRASIL, 2004; INCA, 2004).

### 1.1 Descrição Geral do Município

Nepomuceno é um município localizado no sul de Minas Gerais, fundado em 1911. Sua proximidade com a BR-381 (Rodovia Fernão Dias) permite a ligação com as principais capitais do país e cidades vizinhas. Apresenta uma área de 582.553 km<sup>2</sup> e uma população estimada em 26.897 habitantes. Tem como cidades limítrofes Campo Belo, Coqueiral, Santana da Vargem, Três Pontas, Carmo da Cachoeira, Lavras, Perdões, Cana Verde e Aguanil. Fica a 238 km de Belo Horizonte. O prefeito da cidade é Marcos Memento, gestão 2013/2016.

**Figura 1:** Localização de Nepomuceno em Minas Gerais



**Fonte:** Wikipédia (2014).

A cidade se originou no século XVIII, a partir da colonização em torno de uma capela construída em honra a São João Nepomuceno, na fazenda Congonhal, pelo proprietário desta, o Capitão Mateus Luís Garcia. O povoado aumentou com a fixação de novos agricultores e a chegada de imigrantes portugueses e italianos, além da vinda de escravos, sendo a agropecuária a principal responsável pelo progresso da comunidade.

Em 1831, o povoado foi elevado a distrito, recebendo o nome de São João Nepomuceno das Lavras, subordinado ao município de Lavras. Em 30 de agosto de 1911, o distrito foi elevado à categoria de vila e conseguiu a emancipação política e administrativa, desmembrado de Lavras. Posteriormente, recebeu a condição de cidade, com a denominação de Nepomuceno, em 10 de Setembro de 1925. O nome veio de uma cidade de Boêmia, na antiga Tchecoslováquia, chamada Nepomuk, onde, em 1383, São João Nepomuceno foi martirizado por ordem do rei Venceslau IV.

Nepomuceno localiza-se no sul do estado de Minas Gerais, com área territorial de 583.553 Km<sup>2</sup> e altitude de 843 m, na topografia das Serras São João, Morembá, do Oriente, do Carrapato, da Paineira e Dois Irmãos. A cidade é banhada pelos Rios Grande e Cervo, além de lindeira dos Lagos de Furnas. Apresenta clima úmido, de verões brandos, sujeito a grandes estiagens esporadicamente, com temperatura média anual de 19 a 21 °C. Fica a 11 km da rodovia Fernão Dias, a BR 381, a qual liga os Estados de Minas Gerais e São Paulo, possibilitando a essa cidade uma conexão com as principais capitais do país e cidades vizinhas.



A população estimada em 2015 é de 26.897 habitantes. O censo de 2010 do IBGE indicou uma população de 25.733 habitantes, com uma densidade populacional de 44,17 hab/Km<sup>2</sup>. Dessa população, são 5.797 habitantes na zona rural e 19.936 na zona urbana (TABELA 2).

**Tabela 2:** População Total, por Gênero, Rural/Urba (Nepomuceno - MG)

População	População (1991)	% do Total (1991)	População (2000)	% do Total (2000)	População (2010)	% do Total (2010)
<b>População total</b>	24.069	100,00	24.822	100,00	25.733	100,00
<b>Homens</b>	12.151	50,48	12.411	50,00	12.832	49,87
<b>Mulheres</b>	11.918	49,52	12.411	50,00	12.901	50,13
<b>Urbana</b>	14.580	60,58	18.116	72,98	19.936	77,47
<b>Rural</b>	9.489	39,42	6.706	27,02	5.797	22,53

Fonte: PNUD, IPEA e FJP (2013)

Entre 2000 e 2010, a razão de dependência no município, a qual consiste no percentual da população menor de 15 e maior ou igual a 65 anos (população dependente) em relação à população de 15 a 64 anos (população potencialmente ativa), passou de 54,10% para 46,14%. Já o índice de envelhecimento, que é a razão entre a população maior ou igual a 65 anos em relação à população total, passou de 7,20% para 9,03% nesse período. Em 1991, esses dois indicadores eram, respectivamente, 67,01% e 5,63% (TABELA 3).

**Tabela 3:** Estrutura Etária da População (Nepomuceno - MG)

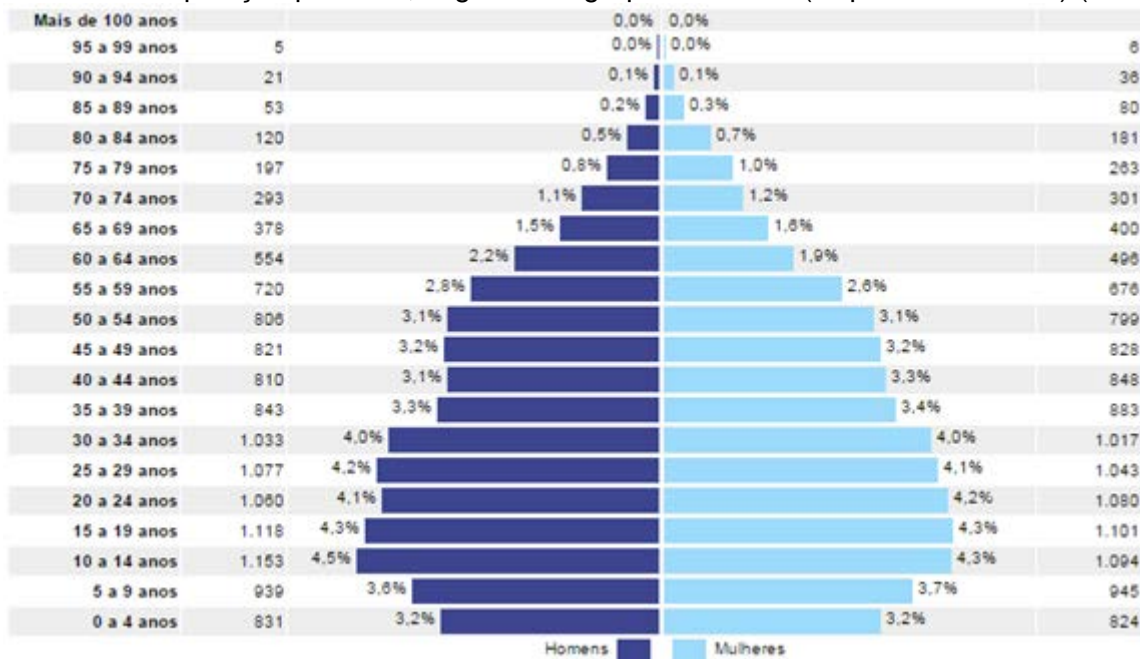
Estrutura Etária	População (1991)	% do Total (1991)	População (2000)	% do Total (2000)	População (2010)	% do Total (2010)
<b>Menos de 15 anos</b>	8.303	34,50	6.927	27,91	5.963	23,17
<b>15 a 64 anos</b>	14.412	59,88	16.108	64,89	17.446	67,80
<b>65 anos ou mais</b>	1.354	5,63	1.787	7,20	2.324	9,03
<b>Razão de dependência</b>	67,01	-	54,10	-	46,14	-

<b>Índice de envelhecimento</b>	5,63	-	7,20	-	9,03	-
---------------------------------	------	---	------	---	------	---

Fonte: PNUD, IPEA e FJP (2013)

A distribuição da população segundo os grupos de idade, em cada sexo, apresenta tendência ao fenômeno do envelhecimento populacional, de acordo com censo do IBGE de 2010 (GRÁFICO 1).

**Gráfico 1:** População por sexo, segundo os grupos de idade (Nepomuceno - MG) (2010)



Fonte: IBGE (2010).

O IDH-M de Nepomuceno é de 0,667 (2010), o que deixa o município na faixa de Desenvolvimento Humano Médio. O PIB do município é R\$ 202 162, 707 mil (IBGE/2008), com PIB per capita de R\$ 8 041,16 (IBGE/2008).

**Tabela 4:** Índice de Desenvolvimento Humano Municipal e seus componentes (Nepomuceno – MG)

IDHM e componentes	1991	2000	2010
<b>IDHM Educação</b>	0,158	0,375	0,549
% de 18 anos ou mais com ensino fundamental completo	14,23	24,04	36,77
% de 5 a 6 anos frequentando a escola	20,74	64,10	86,39
% de 11 a 13 anos frequentando os anos finais do ensino fundamental	24,18	64,08	88,43
% de 15 a 17 anos com ensino fundamental completo	10,34	44,24	61,00

% de 18 a 20 anos com ensino médio completo	11,16	15,11	32,04
<b>IDHM Longevidade</b>	0,688	0,772	0,822
Esperança de vida ao nascer (em anos)	66,28	71,29	74,30
<b>IDHM Renda</b>	0,597	0,640	0,658
Renda per capita (em R\$)	328,85	429,72	480,79

**Fonte:** PNUD, IPEA e FJP (2013)

A mortalidade infantil reduziu de 24,9 por mil nascidos vivos, em 2000, para 16,4 por mil nascidos vivos em 2010. A esperança de vida ao nascer (indicador que compõe a dimensão longevidade do IDHM) cresceu em aproximadamente 3 anos na última década.

**Tabela 5:** Longevidade, Mortalidade e Fecundidade (Nepomuceno - MG)

	1991	2000	2010
Esperança de vida ao nascer (em anos)	66,3	71,3	74,3
Mortalidade até 1 ano de idade (por mil nascidos vivos)	34,4	24,9	16,4
Mortalidade até 5 anos de idade (por mil nascidos vivos)	45,2	27,3	19,1
Taxa de fecundidade total (filhos por mulher)	3,4	2,5	1,9

**Fonte:** PNUD, IPEA e FJP (2013)

A renda per capita média da cidade aumentou em 46,20% nas duas últimas décadas e a proporção de pessoas pobres passou de 48,11% para 12,71% nesse período. Assim, houve diminuição na desigualdade de renda, o que poder ser notado pela redução do Índice de Gini (instrumento utilizado para medir o grau de concentração de renda).

**Tabela 6:** Renda, Pobreza e Desigualdade (Nepomuceno - MG)

	1991	2000	2010
Renda per capita (em R\$)	328,85	429,72	480,79
% de extremamente pobres	15,18	5,00	3,34
% de pobres	48,11	23,83	12,71
Índice de Gini	0,64	0,57	0,44

**Fonte:** PNUD, IPEA e FJP (2013)

Em relação ao quadro econômico, a cafeicultura é a principal atividade, representando 70% da economia de Nepomuceno. A avicultura também

desempenha importante papel, devido ao aviário Santo Antônio, um dos maiores do estado, grande exportador de ovos e aves, além da produção de ovo em pó, o qual é usado em indústrias de alimentação. A cidade produz também milho, arroz e feijão. No setor de comércio e serviços, há bastante diversificação, com supermercados, farmácias, materiais para construção, móveis e decoração, bares e lanchonetes, cooperativas dos cafeicultores, dentre outros. O município possui atrações naturais, com destaque para as praias dos Rios Grande e Cervo, além da represa de Furnas, utilizada para esportes náuticos.

O município de Nepomuceno possui 13 estabelecimentos de saúde que fazem parte do SUS. Em relação à atenção básica, são quatro PSFs com uma equipe de saúde da família para cada um, composta por enfermeiro, médico, dentista, técnico de enfermagem e agentes comunitários de saúde (ACS). Dessas unidades, três ficam na cidade e uma em zona rural (o PSF IV – Santo Antônio do Cruzeiro). A Policlínica é responsável pelo serviço das seguintes especialidades: Pediatria, Ortopedia, Cardiologia e Cirurgia Ambulatorial. Os pacientes com necessidade de atendimento em outras especialidades são encaminhados a municípios vizinhos de referência. Os serviços de Fisioterapia, Fonoaudiologia e Nutrição são também feitos na Policlínica. Há também o Ambulatório de Saúde Mental, com atendimento da Psicologia e Psiquiatria. A cidade conta ainda com o Pronto Socorro (que funciona no prédio do hospital Santa Casa) e SAMU para os atendimentos de urgência e emergência.

Outros serviços municipais do SUS: Laboratório Municipal de Análises Clínicas; Farmácia Popular; vigilância em saúde (Vigilância Sanitária, Controle de Zoonoses e Central de Vacinas).

## **1.2 UBS Santo Antônio do Cruzeiro**

A UBS Santo Antônio do Cruzeiro foi instituída há oito anos e atende a uma população de zona rural, com cerca de 2500 pessoas cadastradas, divididas em nove microáreas, cada uma com espaço físico próprio para os atendimentos. O distrito Santo Antônio do Cruzeiro, popularmente conhecido como Trumbuca, é onde fica a unidade sede do PSF. Dessa forma, cada dia da semana, os profissionais se deslocam para um dos locais, conforme cronograma pré-estabelecido. A equipe é

composta por uma enfermeira, um médico, dois auxiliares de enfermagem, um cirurgião-dentista, uma auxiliar odontológica e oito agentes comunitárias de saúde (ficando uma das microáreas descoberta da atuação de ACS).

**Figura 1:** Unidade Santo Antônio do Cruzeiro (sede do PSF-IV)



**Fonte:** Autoria Própria (2015).

O horário de funcionamento da unidade é de 07:00 às 16:00. A maior parte das consultas são agendadas, com espaço para duas a três consultas de demanda espontânea por período. Dentre as ações de saúde realizadas na unidade, destacam-se a assistência aos hipertensos e diabéticos, o atendimento odontológico, as consultas de puericultura, o exame preventivo para rastreamento de câncer de colo uterino, as visitas domiciliares, a realização de curativos e acompanhamento de feridas crônicas, além de ações gerais de promoção de saúde (grupos operativos, palestras na unidade e na escola, campanhas, dentre outros). As reuniões em equipe são mensais, realizadas na Secretaria de Saúde.

Na unidade sede, localizada no distrito Santo Antônio do Cruzeiro, o espaço e estrutura físicas são adequados, apesar do tamanho reduzido, o que prejudica um

pouco o trabalho em dias de grande demanda. Há salas específicas para o atendimento médico, de enfermagem e realização do exame ginecológico preventivo, atendimento odontológico, sala de curativos, recepção, cozinha para os funcionários e dois banheiros (um para os pacientes e outro para os funcionários). Já nas outras unidades, na zona rural, a estrutura física é precária, compostas de quatro a cinco cômodos improvisados para o funcionamento do PSF. Na microárea chamada Barreiro, por exemplo, os atendimentos são realizados em uma sala anexa à igreja local.

No que diz respeito aos recursos disponíveis, o estabelecimento conta com materiais para realização de curativos, aparelhos como estetoscópios, esfigmomanômetros, otoscópio, macas, mesa ginecológica, sonar e foco de luz, além de quantidade adequada de impressos. Não há até o momento medicações parenterais básicas e outros insumos necessários para o atendimento de urgências e emergências, como oxigênio e soro venoso para reposição volêmica. Há apenas um computador disponível na UBS, localizado na recepção da unidade sede. Isso dificulta a alimentação dos dados de produção do e-sus pela equipe, necessitando o uso de computadores próprios ou na Secretaria de Saúde para esse fim.

Em levantamento feito pelas ACS em abril de 2015, constatou-se um número de 533 hipertensos e 84 diabéticos no território de atuação da equipe.

## 2 JUSTIFICATIVA

Este trabalho se justifica pela alta prevalência do tabagismo na população assistida pela equipe do PSF IV Santo Antônio do Cruzeiro, pelo interesse dos usuários do tabaco em cessar o hábito e pela importância dessa doença como causa de diminuição da expectativa e qualidade de vida, além do descontrole de comorbidades associadas.

O tabagismo é um grave problema de saúde pública. Mata 5 milhões de pessoas anualmente no mundo. No Brasil, são 200 mil mortes anuais. Comporta-se como uma doença crônica e seu tratamento precisa ser valorizado, fazendo parte das rotinas de atendimento de unidades de saúde do SUS assim como já é feito para hipertensão e diabetes (INCA, 2007).

De acordo com o INCA, o tabagismo está relacionado a mais de 50 doenças, sendo responsável por 30% das mortes por câncer de boca, 90% das mortes por câncer de pulmão, 25% das mortes por cardíacas, 85% das mortes por bronquite e enfisema, além de 25% das mortes por derrame cerebral.

A assistência médica para as doenças relacionadas ao tabaco e a perda de produtividade dos usuários devido à morbidade e mortalidade causam impacto econômico para os países. Os custos atribuíveis às doenças tabaco relacionadas são responsáveis por perdas anuais de 500 bilhões de dólares (PINTO; PICHON-RIVIERE, 2012). Esses gastos aumentam a importância das políticas para o controle do tabagismo.

A expectativa de vida do fumante é 25% menor que a de um não fumante. A cessação do tabagismo acarreta em redução significativa na taxa de mortalidade antes dos 35 anos e, em menor escala, acima dos 65 anos, o que representa uma intervenção custo-efetiva. A intervenção sobre os tabagistas é a melhor estratégia para reduzir em médio prazo a mortalidade relacionada ao tabaco (AZEVEDO *et al*, 2008). Quanto mais cedo o abandona do hábito tabágico, maior é a esperança de vida. Porém, mesmo tabagistas de longa data acima dos 60, quando param de fumar sobrevivem por mais alguns anos, em comparação aos que continuam fumando (ROSEMBERG, 2003).

O consumo do tabaco, apesar de ter caído nos países desenvolvidos, aumentou globalmente em cerca de 50% no período de 1975 até 1996, devido ao

crescimento do uso nos países em desenvolvimento. Diferente dos países desenvolvidos, as políticas para o controle do tabagismo são ainda incipientes em boa parte dos países em desenvolvimento, tornando estes vulneráveis aos planos de expansão das transnacionais do tabaco (CAVALCANTI, 2005).

Apesar de 80% dos fumantes desejarem cessar o hábito, somente 3% o fazem por si mesmos e, destes, apenas 7% se mantêm abstinentes por um período longo de tempo. Com o auxílio de intervenções psicossociais e farmacológicas, essa taxa de sucesso da abstinência pode aumentar em 15% a 30% (CINCIRIPINI *et al*, 1997).

No Brasil, desde 1989, o Ministério da Saúde articula, através do Instituto Nacional do Câncer, as Ações Nacionais de Controle do Tabagismo. Essas ações foram consolidadas nos últimos anos através de parcerias com as secretarias estaduais e municipais de saúde, outros setores do MS, além de representações na sociedade civil (INCA, 2007). O objetivo é reduzir a prevalência de fumantes, diminuindo a morbidade e mortalidade relacionada. Para isso, são necessárias diferentes formas de atuação. Intervenções farmacológicas e comportamentais tem sido propostas na tentativa de auxiliar indivíduos a pararem de fumar (FIORE *et al*, 2000).



### **3 OBJETIVOS**

#### **3.1 Objetivo Geral**

Propor um plano de ação que auxilie na prevenção e no controle do tabagismo na área de atuação da equipe do PSF Santo Antônio do Cruzeiro na cidade de Nepomuceno/MG, com ações direcionadas aos tabagistas, no intuito de obter a cessação, e aos não fumantes, para prevenir a iniciação ao fumo.

#### **3.2 Objetivos Específicos**

- Realizar uma revisão de literatura que aborde o problema em geral e as maneiras de seu enfrentamento;
- Informar a população a respeito do tabagismo e suas consequências, através dos grupos de tabagismo, com fornecimento de materiais e folhetos informativos, relatos pessoais e trocas de experiências, além de palestras de equipe multidisciplinar;
- Capacitar a equipe para fornecer a ela subsídios para abordar o problema na população cadastrada;
- Avaliar os aspectos (sociais, individuais, psicológicos, ambientais) determinantes para a dependência;
- Aumentar o acesso da população às terapias para a cessação do tabagismo;
- Realizar atividades que despertem o interesse dos escolares para tentar prevenir a iniciação ao fumo.

## 4 METODOLOGIA

Vários problemas de saúde foram identificados no território do PSF IV a partir do método da Estimativa Rápida. Esse diagnóstico situacional, feito através do método da Estimativa Rápida, também contou com discussões em equipe, consultas médicas individuais, visitas domiciliares e observação ativa da população. Dentre esses problemas, destacam-se o descontrole das condições crônicas, sobretudo hipertensão e diabetes, o tabagismo e o uso abusivo de psicotrópicos, principalmente os benzodiazepínicos. Foi percebido interesse e procura, por parte dos pacientes, de participação em grupos para auxílio à cessação do hábito tabagista. Pretende-se propor um projeto de intervenção que auxilie na cessação do tabagismo nos pacientes interessados, além de ações que contribuam para prevenir esse hábito nos não fumantes, com foco nas crianças e adolescentes.

A revisão da literatura para suporte das ações a serem propostas foi feita a partir de dados da *Scientific Electronic Library On-Line* (SciELO), publicações de dados na PubMed e pesquisas nos sites do Ministério da Saúde, INCA e OMS. Como descritores para a busca, foram usadas os seguintes: “tabagismo”, “nicotina”, “transtorno por uso de tabaco”, “abandono do hábito de fumar”. E, como critério de inclusão, só serão aceitos artigos científicos publicados entre os anos de 1996 e 2015.

O plano de ação proposto foi confeccionado com base no modelo do Planejamento Estratégico Situacional (PES). A partir desse método, foi feita a descrição do problema na realidade do território, além da seleção dos determinantes e nós-críticos. Essa seleção possibilitou a identificação dos recursos e planejamento das operações para enfrentamento do problema.

## 5 REVISÃO DA LITERATURA

O tabagismo é considerado doença crônica epidêmica que causa dependência física, psicológica e comportamental. Segundo a OMS, é responsável por 63% dos óbitos relacionados às doenças crônicas não transmissíveis, sendo considerada a principal causa de morte evitável em todo o mundo. Inúmeros agravos de saúde, muitos dos quais incapacitantes e fatais, têm relação direta com o tabagismo, como diversos tipos de câncer (pulmão, boca, laringe, faringe, esôfago, pâncreas, rins, bexiga, estômago, fígado e colo de útero), doença pulmonar crônica (bronquite e enfisema), doença coronariana (angina e infarto) e doenças cerebrovasculares (AVC) (INCA, 2014).

Diversos fatores levam as pessoas, principalmente os jovens, a experimentarem o cigarro. Pesquisas com adolescentes no Brasil demonstraram que os principais aspectos que favorecem o consumo são a curiosidade pelo produto, a imitação de comportamento adulto (sobretudo os pais), a necessidade de autoafirmação e o estímulo pela propaganda. Estudos identificaram também a relação entre tabagismo e transtornos psiquiátricos. Transtornos de humor, de ansiedade e outros relacionados a substâncias podem ser mais comuns nos fumantes (MARTINS; SEIDL, 2011).

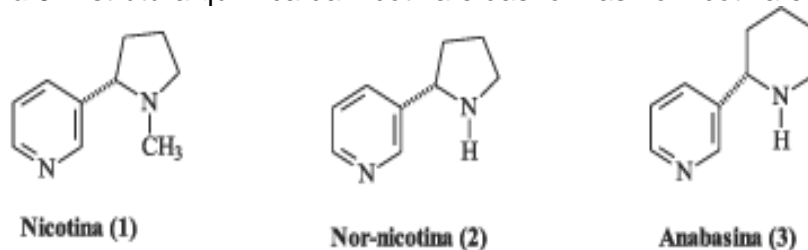
### 5.1 A Nicotina

A *nicotiana tabacum* é uma planta originária da América do Sul, cultivada pelas populações indígenas que fumavam as folhas durante rituais. O cultivo da planta e o ato de mascar e fumar eram costumes antigos no subcontinente americano e australiano, observados pelos exploradores europeus ao visitarem esses lugares pela primeira vez (CUNHA *et al.*, 2007).

Em 1988, o tabagismo foi reconhecido como uma dependência química pela comunidade científica, sendo classificado pela OMS, em 1997, no grupo dos transtornos mentais e decorrentes do uso de substâncias psicoativas. A nicotina é uma amina terciária volátil e é o principal componente ativo do tabaco (BALBANI; MONTOVANI, 2005). Essa amina terciária é um alcalóide composto de anéis de

piridina e pirolidina, existindo formas racêmicas estereoisômeras da estrutura tridimensional. Destas, duas estão permanentemente presentes no tabaco: l-nicotina e d-nicotina. A primeira é cem vezes mais ativa, constituindo 90% do total. Na combustão do cigarro, surgem outras formas racêmicas, que variam de acordo com as plantas do tabaco. Na *N. tabacum*, estão as mais importantes farmacologicamente, como a nornicotina e anabasina, as quais possuem atividade semelhante à da nicotina. O tipo do tabaco, o modo e frequência das tragadas influenciam na quantificação desses alcalóides (ROSEMBERG, 2003).

**Figura 3:** Estrutura química da nicotina e das formas nornicotina e anabasina



**Fonte:** Santos(2007)

A queima do cigarro libera a nicotina, que é rapidamente absorvida pelos pulmões e atinge o cérebro em dez segundos, sendo distribuída para todo o organismo. Essa combustão produz também monóxido de carbono e vários outros produtos tóxicos que alteram a oxigenação dos tecidos e estão relacionados a vários efeitos deletérios nos órgãos e tecidos (MARQUES *et al.*, 2001). A nicotina é metabolizada principalmente pela via hepática e, parcialmente, eliminada *in natura* pelos rins. A cotinina excretada por via renal é o principal metabólito (FRANKEN *et al.*, 1996).

As ações da nicotina são mediadas através da ligação a receptores colinérgicos nicotínicos presentes nos gânglios autônomos, glândula supra-renal, junção neuromuscular e no SNC. A resposta geralmente é bifásica, com estímulo colinérgico inicial, seguido de antagonismo dependendo das doses usadas (FRANKEN *et al.*, 1996). A partir da ação nesses sítios, ela atua na liberação de diversos neurotransmissores, como a acetilcolina, noradrenalina, serotonina e dopamina, causando efeitos variados. No sistema cardiovascular, provoca vasoconstrição periférica, aumento da pressão arterial e frequência cardíaca. No sistema endócrino, favorece a liberação do hormônio antidiurético e retenção de

água, enquanto que, no aparelho gastrointestinal, tem ação parassimpática, estimulando o aumento do tônus e a atividade motora do intestino (BALBANI; MONTOVANI, 2005). A nicotina também está relacionada como a elevação dos níveis plasmáticos de ACTH e cortisol, causando efeitos na modulação do humor e desenvolvimento de osteoporose. Age também na liberação de beta endorfinas, responsáveis pela sensação relaxante após fumar (BENOWITZ, 1996). No SNC, a nicotina tem ação estimulante, causando um rápido, porém pequeno aumento do estado de alerta, melhorada atenção, concentração e memória em animais (MARQUES *et al.*, 2001).

O mecanismo de dependência das drogas é decorrente da ativação da via de recompensa, no sistema dopaminérgico meso-corticolímbico, originado na área tegumentar ventral, com projeções para o núcleo *accumbens* e córtex pré-frontal. A ativação dessa via dopaminérgica pela nicotina é responsável pelo efeito reforçador positivo, no qual inclui relaxamento, redução do estresse, aumento do estado de vigília, melhora da função cognitiva, modulação do humor e perda de peso (CUNHA, 2007). O efeito reforçador negativo é referente aos sintomas de retirada da nicotina, como nervosismo, ansiedade, irritabilidade, concentração e cognição prejudicadas, além do ganho de peso (BENOWITZ, 1996). O uso frequente do cigarro e, em consequência, da nicotina, leva à tolerância e dependência. A dependência mediada pela ação dessa substância em receptores centrais e periféricos provoca a sensação de prazer e recompensa. Com a tolerância causada, há a necessidade de doses gradativamente maiores para se atingir o mesmo efeito. O processo de dependência envolve vários fatores: ambientais, biológicos e psicológicos (MARQUES *et al.*, 2001).

Dentre os fatores ambientais para a dependência, há a influência de amigos e da mídia, além do uso do tabaco pelos pais. Como aspectos biológicos, é importante destacar a predisposição ao abuso, a qual pode ser genética-hereditária. Os fatores genéticos podem ser responsáveis por até 60% do risco de início e 70% da manutenção da dependência (REICHERT *et al.*, 2008). Já em relação aos fatores psicológicos, pacientes com transtornos psiquiátricos podem ser mais propensos ao processo de dependência. Essa associação é mais característica nos transtornos depressivos e de ansiedade, transtorno bipolar e esquizofrenia. Além disso,

indivíduos com essas doenças obtêm menos sucesso em suas tentativas de parar de fumar (SADOCK, 2007).

Um grande empecilho para os fumantes que tentam cessar o uso é o desconforto causado pelos sintomas da abstinência. A síndrome de abstinência da nicotina é mediada pela noradrenalina e tem início aproximadamente 8 horas após o último cigarro, com o auge no terceiro dia (BALBANI; MONTOVANI, 2005). São sintomas da síndrome a “fissura” (*craving*), ansiedade, irritabilidade, sonolência diurna e insônia, aumento do apetite para doces, redução do desempenho cognitivo, batimentos cardíacos e pressão arterial diminuídos e tosse (MARQUES *et al.*, 2001).

## 5.2 Tabagismo e doenças relacionadas

O tabagismo é a principal causa de morte por câncer, doenças cardiovasculares e pulmonares. É também fator de risco para infecções do trato respiratório e outros sítios, osteoporose, distúrbios da reprodução, efeitos adversos pós-operatórios, úlcera gástrica ou duodenal e diabetes (NEAL; BENOWITZ, 2010).

A doença pulmonar obstrutiva crônica (DPOC) é uma enfermidade respiratória prevenível e tratável que se caracteriza pela presença de obstrução crônica do fluxo aéreo, que não é totalmente reversível. Essa obstrução é geralmente progressiva e está associada a uma resposta inflamatória anormal dos pulmões à inalação de partículas ou gases tóxicos, causada primariamente pelo tabagismo (II CONSENSO BRASILEIRO SOBRE DPOC, 2004).

O cigarro contém mais de quatro mil substâncias químicas, muitas delas com potencial cancerígeno, como o alcatrão, benzeno e arsênico. O tabagismo é responsável por 90% dos casos de câncer de pulmão, além de ter relação direta com câncer de boca, faringe, laringe, esôfago, estômago, pâncreas, rim, ureter e bexiga (CUNHA *et al.*, 2007).

Em relação aos distúrbios cardiovasculares, o principal agente é a nicotina. Ela tem efeito lesivo ao endotélio das artérias, o que causa estreitamento da luz das mesmas. Esse efeito, nas coronárias, está relacionado a maior risco de angina pectoris e infarto do miocárdio. Além disso, a nicotina causa redução da prostaciclina (importante inibidor da agregação plaquetária) e aumento de tromboxano A<sub>2</sub>, que estimula a agregação plaquetária, o que eleva o risco de eventos tromboembólicos.

Por fim, essas ações vasculares da nicotina, somadas à redução de HDL e aumento de LDL que também podem ser causados por ela, contribuem para o surgimento de aterosclerose, elevando o risco de AVC e doença vascular periférica (ROSEMBERG, 2003).

O uso do tabaco durante a gravidez está associado a prematuridade, baixo peso ao nascer, alterações placentárias e, após o nascimento, alterações respiratórias e do desenvolvimento neurológico da criança (MÜLLER *et al.*, 2002). A nicotina causa aumento da resistência vascular placentária, o que reduz o fluxo sanguíneo uterino e oferta de oxigênio, contribuindo para maior risco de morbidade fetal. Além disso, estudos mostram que o tabagismo durante a gravidez aumenta a chance de distúrbios psicológicos nas crianças expostas, como transtorno de hiperatividade e déficit de atenção, comportamento agressivo, atraso escolar e maior tendência a abuso de substâncias (CUNHA *et al.*, 2007).

O tabagismo passivo é a inalação da fumaça de derivados do tabaco por indivíduos não fumantes que convivem com tabagistas em ambientes fechados. A fumaça expelida pela ponta do cigarro se difunde homoganeamente no ambiente e contém em média três vezes mais nicotina e monóxido de carbono, além de até 50 vezes mais substâncias cancerígenas em comparação a fumaça inalada pelo fumante. Essa exposição involuntária pode acarretar desde reações alérgicas (tosse, rinite, conjuntivite, exacerbação de asma) em curto período, até infarto agudo do miocárdio, câncer de pulmão e DPOC em adultos expostos por longos períodos. Em crianças, aumenta o número de infecções respiratórias (INCA, 2013).

### **5.3 Tratamento**

O diálogo com o paciente é o primeiro passo para o abandono do fumo. Deve ser avaliado se há dependência da nicotina, quantidade de cigarros fumada, se há disposição para a cessação (grau de motivação), presença de doenças associadas e quais são as formas de tratamento mais acessíveis (BALBANI; MONTOVANI, 2005). Existem diversas formas de se avaliar a dependência, sendo a escala de *Fagerström* uma das mais utilizadas. Esse teste auxilia a estimar o grau de dependência e tolerância da nicotina, contribuindo para o direcionamento da terapia. Os tratamentos considerados como primeira linha são a terapia de reposição

da nicotina, o fármaco bupropiona e a terapia comportamental em grupo ou individual. Grupos de auto-ajuda e outras medicações são considerados de segunda linha e podem ser coadjuvantes efetivos (MARQUES *et al.*, 2001).

O Teste de *Fagerström* auxilia na graduação da dependência à nicotina e padroniza a avaliação, constituindo uma forma de fácil entendimento entre os profissionais. Um escore total no teste de 0 a 2 representa dependência muito baixa e entre 3 e 4, uma dependência baixa. O escore 5 representa dependência média, entre 6 e 7 ela é considerada elevada e, por fim, de 8 a 10 é caracterizado como dependência muito elevada (REICHERT *et al.*, 2008).

**Figura 4:** Teste de *Fagerström* para a dependência à nicotina

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

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



A farmacoterapia é um recurso adicional importante no tratamento do tabagismo, podendo ser usada quando a abordagem comportamental é insuficiente devido a um elevado grau de dependência à nicotina (REICHERT *et al.*, 2008). Divide-se em medicamentos de primeira linha (bupropiona e terapia de reposição da nicotina – TRN) e de segunda linha (clonidina e nortriptilina) (BALBANI; MONTOVANI, 2005).

A bupropiona é um antidepressivo com ação inibitória sobre a recaptação de dopamina e noradrenalina no SNC. Deve ser iniciada uma semana antes de cessar o hábito tabagista. A dose inicial é de 150 mg/dia até o terceiro dia, aumentando para 300 mg/dia (em duas tomadas de 150mg) por 12 semanas (NUNES *et al.*, 2011). Acredita-se que sua ação nas vias dopaminérgicas centrais seja o mecanismo responsável pela diminuição da fissura pelo cigarro nos pacientes em abstinência da nicotina (BALBANI; MONTOVANI, 2005). A bupropiona é indicada para adultos que consomem 15 cigarros ou mais ao dia. Tem como contra-indicações as condições que impliquem em risco de convulsões, como antecedentes das mesmas, traumatismo cranioencefálico, abstinência recente de álcool, transtorno bulímico ou anorexia nervosa e uso concomitante de inibidores da monoaminoxidase ou de compostos contendo bupropiona (MARQUES *et al.*, 2001).

A TRN objetiva a substituição da nicotina do cigarro por doses menores e seguras a partir de outras vias de administração, o que diminui a fissura e outros sintomas de abstinência. São duas formas de apresentação: a de liberação lenta (adesivos transdérmicos) e a de liberação rápida (goma, inalador, spray nasal e pastilhas). A eficácia entre elas é equivalente, mas a adesão ao tratamento é maior com o adesivo (REICHERT *et al.*, 2008). No Brasil, são disponibilizados os adesivos e as gomas de mascar. Os adesivos são encontrados nas dosagens de 7, 14 e 21mg/unidade e as gomas de mascar contém 2mg/unidade. O período médio para o tratamento é de 8 semanas (BALBANI; MONTOVANI, 2005). A TRN não deve ser indicada para grávidas, menores de 18 anos e para portadores de doenças cardiovasculares instáveis, como infarto do miocárdio recente, angina instável ou determinadas arritmias (MARQUES *et al.*, 2001). Em Consenso de 2001, o Ministério da Saúde determinou o seguinte esquema para o uso dos adesivos:

- ✓ Pacientes com escore de 5 a 7 no teste de *Fagerström* e/ou fumante de 10 a 20 cigarros por dia que fumam seu primeiro cigarro nos primeiros 30 minutos após acordar:
  - Semana 1 a 4: adesivo de 14mg a cada 24 horas
  - Semana 5 a 8: adesivo de 7mg a cada 24 horas
- ✓ Pacientes com escore de 8 a 10 no teste de *Fagerström* e/ou fumante de mais de 20 cigarros por dia:
  - Semana 1 a 4: adesivo de 21mg a cada 24 horas
  - Semana 5 a 8: adesivo de 14mg a cada 24 horas
  - Semana 9 a 12: adesivo de 7mg a cada 24 horas

A intoxicação nicotínica é rara em adultos, mas pode ocorrer quando os indivíduos em uso do adesivo mantêm o hábito de fumar (REICHERT *et al.*, 2008). O paciente deve parar de fumar assim que iniciar a TRN. O tratamento combinado de bupropiona e TRN praticamente dobra a taxa de sucesso no abandono do fumo (BALBANI; MONTOVANI, 2005).

A nortriptilina é um antidepressivo tricíclico que inibe a recaptção de noradrenalina e dopamina no SNC, o que reduz os sintomas depressivos e os efeitos da síndrome de abstinência da nicotina. É eficaz no tratamento antitabagismo, mas o número de outros tratamentos disponíveis cujos resultados têm boa validação faz essa droga ser considerada como terapia de segunda linha. (NUNES *et al.*, 2011).

A clonidina é um agonista adrenérgico alfa-2 de ação central usado como antihipertensivo. Sua ação também controla os sintomas de abstinência da dependência nicotínica. Seu uso é limitado pela alta incidência de efeitos colaterais, como xerostomia, sedação, sonolência, hipotensão ortostática, depressão, constipação e distúrbios do sono. Dessa forma, é classificada como droga de segunda linha (REICHERT *et al.*, 2008).

Em relação às intervenções motivacionais, a terapia comportamental cognitiva (TCC) é fundamental na abordagem do fumante em todas as situações clínicas. A TCC deve ser oferecida tanto no atendimento individual quanto em grupo. Material de apoio deve ser preparado e disponibilizado aos pacientes como reforço das orientações. Toma-se como modelo as cartilhas elaboradas pelo Instituto Nacional do Câncer para o programa nacional de controle do tabagismo (REICHERT

*et al.*, 2008). A TCC tem como finalidade informar o tabagista sobre os riscos do cigarro e os benefícios ao interromper o uso. Possibilita também apoiar o usuário durante o processo de cessação, oferecendo orientações sobre maneiras para lidar com a síndrome de abstinência, a dependência psicológica e os comportamentos associados ao hábito de fumar (MAZONI *et al.*, 2008). O aconselhamento ajuda na identificação de situações em que o tabagista faz uso do cigarro (por exemplo, após as refeições, ao tomar um café ou em reunião com amigos) ou circunstâncias emocionais que também favorecem o hábito (ansiedade, aborrecimentos). Assim, o fumante pode descobrir estratégias para quebrar o vínculo entre esses fatores e o ato automático de fumar (BALBANI; MONTOVANI, 2005).

#### **5.4 Medidas preventivas**

No Brasil, as medidas de controle do tabagismo desenvolvidas pelo MS e INCA têm também foco na prevenção da iniciação do uso. Ações estratégicas vêm sendo desenvolvidas nacionalmente com a parceria da rede de controle do tabagismo. O programa Saber Saúde promove a capacitação de professores para incluir o tema no currículo escolar como forma de prevenção do hábito e promoção da cessação do tabagismo, além de tratar tópicos sobre adoção de estilo saudável de vida (INCA, 2007). A adolescência é a fase em que a maioria dos fumantes inicia o hábito, pelo fato de esse período sofrer um conjunto de influências sociais e ambientais. O adolescente aprende a fumar assim como aprende outros comportamentos. Esse aprendizado pode começar na família e prosseguir na escola, com os amigos, com os adultos, com a mídia, etc. A prevenção do consumo do tabaco deverá consistir em contrariar esses fatores de risco e promover os fatores protetores. A família e a escola, pelo impacto no processo de socialização, devem ser alvos das ações de prevenção (PRECIOSO, 2006).

Dentre as ações de controle e prevenção do tabagismo adotadas no Brasil nos últimos anos, ganha destaque a restrição das propagandas aos pontos internos de venda e a proibição de patrocínio de eventos culturais e esportivos pelas companhias de tabaco, a partir de dezembro de 2000. Importante mencionar

também a inclusão de advertências sanitárias com fotos impactantes nas embalagens de cigarro a partir de 2001 (BRASIL, 2009).

Tais ações estão incluídas na Convenção-Quadro para o Controle de Tabaco. Esse tratado entrou em vigor em fevereiro de 2005, após 40 países o terem ratificado, e tem como objetivo proteger a população mundial e suas gerações futuras das devastadoras consequências geradas pelo consumo e exposição à fumaça do tabaco (MEIRELLES, 2006).

O texto da CQCT dispõe sobre medidas para a redução da demanda, como o aumento de preços e impostos; proteção contra a exposição à fumaça do tabaco; promoção da cessação do tabagismo; restrição ou proibição da publicidade, promoção e patrocínio do tabaco; medidas para redução da oferta de tabaco, como o controle do comércio ilegal (contrabando), proibição da venda de produtos derivados do tabaco a menores de idade e apoio a atividades alternativas economicamente viáveis no lugar da cultura do fumo. Em 3 de novembro de 2005, a CQCT foi ratificada pelo governo brasileiro, uma grande vitória da saúde pública do Brasil (MEIRELLES, 2006).

A propaganda é um importante fator para promover o tabaco entre os jovens. Existe consenso de que restrições parciais à propaganda não funcionam, já que a indústria do tabaco tende a explorar meios e táticas alternativas de promoção. O Programa Nacional para o Controle do Tabagismo no Brasil é bastante inovador, com destaque para as ações referentes à proibição da publicidade e propaganda e às advertências impressas nas embalagens de produtos derivados do tabaco. O Brasil foi o primeiro país a proibir adjetivos enganosos nos maços de cigarros, como “light” ou “suave”. O Programa também desenvolveu iniciativas de vigilância e de monitoramento, construiu uma capacidade institucional e descentralizou para os estados e municípios as iniciativas de controle do tabagismo (IGLESIAS *et al.*, 2007).

A elevação da carga tributária é o principal instrumento para o controle da demanda. O aumento dos impostos implica o aumento dos preços dos cigarros, o que constitui uma medida importante para desencorajar os jovens fumantes e para evitar o início do hábito de fumar. Preços elevados reduzem também o consumo entre os adultos, principalmente entre os de baixa renda (TOWNSEND, 1996).

## 6 PLANO DE INTERVENÇÃO

### 6.1 Identificação dos Problemas

A partir do método de Estimativa Rápida, foi realizada uma seleção com os principais problemas e dificuldades encontradas na unidade (PSF IV – Santo Antônio do Cruzeiro):

- Tabagismo;
- Hipertensão arterial sistêmica e Diabetes Mellitus, com baixa adesão ou adesão incorreta aos tratamentos;
- Baixa integração com níveis secundários e terciários (ausência de contrarreferência);
- Uso abusivo de psicotrópicos;
- Escassez de especialistas;
- Dificuldade de transporte para visitas domiciliares (zona rural).

### 6.2 Priorização dos Problemas

Os problemas identificados foram avaliados quanto à importância, urgência (com pontuação), capacidade e recursos para seu enfrentamento, ordem de prioridade.

**Tabela 7:** Priorização dos problemas

<b>Problema</b>	<b>Importância</b>	<b>Urgência</b>	<b>Capacidade de enfrentamento</b>	<b>Seleção</b>
Tabagismo	Alta	7	Dentro	1
Baixa adesão ou adesão incorreta ao tratamento de HAS e DM	Alta	7	Dentro	2
Baixa integração com níveis secundários e terciários (ausência de contra-referência)	Alta	6	Fora	3
Abuso de psicotrópicos	Alta	5	Dentro	4

Escassez de especialistas	Alta	5	Fora	5
Dificuldade de transporte para visitas domiciliares (zona rural)	Alta	4	Fora	6

**Fonte:** Aatoria Própria (2015).

O tabagismo foi o problema priorizado após a percepção de interesse da população em participar dos grupos de tabagismo. Outros critérios usados para a seleção desse problema foram a capacidade de enfrentamento do mesmo e o fato de ser uma doença que prejudica o controle das principais doenças na população (hipertensão e diabetes), além de ser fator de risco para outros agravos importantes (câncer, doenças respiratórias, risco cardiovascular, dentre outros).

### 6.3 Descrição do problema

O tabagismo é um problema de saúde relevante na área de abrangência da unidade Santo Antônio do Cruzeiro. O perfil mais comum dos fumantes na população atendida é o de homens trabalhadores de lavouras e fazendas.

Muitos dos tabagistas atendidos na unidade sofrem de doenças crônicas como hipertensão, diabetes, dislipidemias e doença vascular periférica, as quais passam a ter controle e gravidade piorados pelo cigarro. Destacam-se também mulheres jovens em uso de anticoncepcional, o que eleva sobremaneira o risco de eventos tromboembólicos, e os pacientes com doenças respiratórias crônicas. Há inclusive um caso específico de um paciente com tratamento cirúrgico recente para tumor maligno de via aérea superior e que manteve o hábito tabagista.

### 6.4 Explicação do problema

A população cadastrada no PSF Santo Antônio do Cruzeiro é de zona rural, onde é tradicional o uso do tabaco, sobretudo na forma de cigarros de palha. Assim, grande parte dos fumantes tem esse hábito adquirido por influência da própria família, o que significa que a maioria começou quando criança ou adolescente. Outros fatores causais importantes são a influência de colegas e amigos, problemas

comportamentais ou familiares, características da personalidade e predisposição genética. É também prevalente a dependência do tabaco nos pacientes psiquiátricos, principalmente naqueles que sofrem de depressão, ansiedade e transtorno bipolar, condições lidadas frequentemente na unidade, tendo em vista o uso abusivo de psicotrópicos. A publicidade relacionada ao cigarro, apesar de não ocorrer atualmente no nosso país, era algo comum e forte antigamente, o que pode ter colaborado para o hábito nos tabagistas de longa data.

Por fim, é importante citar o tabagismo passivo, também altamente prejudicial, com destaque para os pacientes com doença respiratória crônica, como a asma, que convivem com fumantes.

### **6.5 Seleção dos “nós críticos”**

Os nós-críticos são os fatores com relação causal estabelecida sobre o problema. A ação sobre esses fatores aumenta a chance de uma intervenção mais efetiva. Os seguintes “nós críticos” foram identificados no enfrentamento do problema:

- Dependência do tabaco, gerando dificuldade para a cessação;
- Hábitos de vida não saudáveis, pois modificações no estilo de vida, como atividade física e alimentação saudável, contribuem para a redução da dependência;
- Desinformação a respeito das consequências do tabagismo, influência familiar e social/ambiental;
- Transtornos psiquiátricos (depressão, ansiedade, etc.), que podem tanto levar ao hábito de fumar como também impossibilitar a cessação naqueles que fumam.

### **6.6 Desenho das operações**

Após a seleção dos nós-críticos, foram elaboradas as operações necessárias e os resultados e produtos esperados, além de análise dos recursos necessários para o projeto.

**Tabela 8:** Planejamento das operações a partir dos nós críticos

<b>Nó crítico</b>	<b>Operação/projeto</b>	<b>Resultados esperados</b>	<b>Produtos</b>	<b>Recursos necessários</b>
Dependência do tabaco	Terapia comportamental cognitiva, feita nos grupos de tabagismo com atuação de equipe multiprofissional Terapia farmacológica	Redução do número de tabagistas	Aconselhamento sobre maneiras de reduzir a dependência a partir de troca de experiências, relatos de ex-tabagistas e palestras de profissionais  Capacitação dos ACS, possibilitando informar a população durante as visitas domiciliares  Terapia farmacológica	<u>Organizacional:</u> programar as atividades dos grupos, espaço físico para realização das mesmas, disponibilidade de profissionais <u>Cognitivo:</u> equipe multiprofissional capacitada no tema <u>Financeiros:</u> recursos audiovisuais e medicações para a farmacoterapia <u>Político:</u> fornecimento das medicações
Hábitos de vida não saudáveis	Estimular a mudança de estilos de vida	Adoção de hábitos saudáveis População instruída	Palestras e campanhas que orientem modificações no estilo de vida  Aconselhamento durante consultas médicas, de enfermagem e odontológicas  Grupos de atividade física	<u>Organizacional:</u> organizar atividades de promoção da saúde <u>Cognitivo:</u> conhecimento que permite as orientações adequadas por parte dos profissionais atuantes <u>Financeiros:</u> recursos audiovisuais e folhetos



				informativos
Desinformação sobre as consequências do tabagismo Influência familiar e social/ambiental	Instruir a população sobre os males do cigarro	População instruída	Palestras realizadas por equipe multidisciplinar que informem sobre os inúmeros prejuízos e riscos do tabagismo  Campanhas e atividades em escolas que ajudem a prevenir o hábito  Aconselhamento durante as consultas	<u>Cognitivo:</u> equipe profissional capacitada <u>Organizacional:</u> organização das atividades educativas <u>Político:</u> viabilizar junto a direção escolar (para as ações preventivas realizadas nas escolas)
Transtornos psiquiátricos	Tratamento dos transtornos mentais	Redução do tabagismo a partir da melhora no humor	Grupos de apoio mútuo, acompanhamento psicológico e psiquiátrico nos casos necessários  Tratamento medicamentoso nos casos necessários	<u>Organizacional:</u> organização dos grupos, disponibilidade dos especialistas (psiquiatras e psicólogos) <u>Financeiros:</u> medicações necessárias nos casos selecionados

Fonte: Autoria própria (2015)

## 6.7 Identificação dos recursos críticos

A próxima etapa é a análise dos recursos críticos, que são aqueles indispensáveis para a execução das operações e que não estão disponíveis.

**Tabela 9:** Recursos críticos

<b>Operação/Projeto</b>	<b>Recursos críticos</b>
Terapia comportamental cognitiva Tratamento farmacológico	Financeiros e políticos: fornecimento de medicações, recursos audiovisuais

	Organizacional: disponibilidade de toda equipe multiprofissional
Estímulo aos hábitos saudáveis	Financeiros: materiais para realização das campanhas
Instrução sobre os prejuízos do tabagismo	Político: viabilização das ações nas escolas Financeiros: confecção de materiais informativos
Tratamento dos transtornos psiquiátricos	Financeiros: baixa disponibilidade e variedade de medicações na farmácia pública Organizacional: pequeno número de especialistas para a demanda necessária

**Fonte:** Autoria própria (2015)

## 6.8 Análise da viabilidade do plano

No oitavo passo do plano, é feita a identificação dos atores que controlam os recursos críticos selecionados anteriormente, seus posicionamentos e motivações em relação aos projetos. Além disso, são traçadas estratégias para motivar esses atores caso a posição não seja favorável.

**Tabela 10:** Viabilidade do plano

<b>Operação/Projeto</b>	<b>Recursos Críticos</b>	<b>Ator que controla os recursos críticos</b>	<b>Motivação do ator</b>	<b>Ações estratégicas</b>
Terapia comportamental cognitiva Tratamento farmacológico	Financeiros e políticos: fornecimento de medicações, recursos audiovisuais Organizacional: disponibilidade de toda equipe multiprofissional	Prefeitura/Secretaria Municipal de Saúde  Prefeitura/ESF	Indiferente  Indiferente	Apresentar o projeto
Estímulo aos hábitos saudáveis	Financeiros: materiais para realização das campanhas	Prefeitura/Secretaria Municipal de Saúde	Indiferente	Apresentar o projeto, explicar a importância de ações

				promocionais de saúde para menores gastos futuros com assistência médica
Instrução sobre os prejuízos do tabagismo	Político: Viabilização dos projetos nas escolas	Direção escolar	Favorável	Não é necessária
Tratamento dos transtornos psiquiátricos	Financeiros: baixa disponibilidade e variedade de medicações na farmácia pública Organizacional: pequeno número de especialistas para a demanda necessária	Prefeitura  Prefeitura	Favorável  Favorável	Não é necessária

Fonte: Autoria própria (2015)

### 6.9 Elaboração do plano operativo

Na elaboração do plano operativo, são selecionados os responsáveis para cada ação e os prazos necessários.

**Tabela 11:** Plano operativo

Operação/Projeto	Responsável	Prazo
Terapia comportamental cognitiva Tratamento farmacológico	Médico, Psicólogo	5 meses (aguarda recursos para início)
Estímulo aos hábitos saudáveis	Equipe multiprofissional	Contínuo (aguarda recursos, em andamento parcial)
Instrução sobre os prejuízos do tabagismo	Médico, enfermeira, ACS	Contínuo (em andamento)
Tratamento dos transtornos psiquiátricos	Médico da ESF, Psicólogo e Psiquiatra	Contínuo, espera aumento do número de profissionais

Fonte: Autoria própria (2015)

## 6.10 Gestão do plano

Finalmente, após a elaboração do plano, deve-se coordenar e acompanhar a execução das operações para poder fazer as correções e modificações necessárias ao longo da realização do projeto.

**Tabela 12:** Gestão do plano

<b>Produtos</b>	<b>Responsável</b>	<b>Prazo</b>	<b>Situação atual</b>
Grupo operativo de tabagismo, com terapia comportamental cognitiva e tratamento farmacológico, apoio mútuo, troca de experiências, palestras de equipe multidisciplinar.	Médico, Psicólogo	5 meses	Aguarda apresentação do projeto à Secretaria de Saúde
Estímulo aos hábitos saudáveis	Equipe multiprofissional	Contínuo	Em andamento parcial (são realizadas orientações e palestras pela ESF periodicamente na sala de espera e durante as visitas dos ACS) Aguarda apresentação do projeto à Secretaria de Saúde
Instrução sobre os prejuízos do tabagismo	Médico, Enfermeira, ACS	Contínuo	Em andamento
Tratamento dos transtornos psiquiátricos	Médico da ESF, Psicólogo e Psiquiatra	Contínuo	Em andamento

**Fonte:** Autoria própria (2015)

## 7 CONSIDERAÇÕES FINAIS

O tabagismo é uma doença crônica de relação estreita com diversos agravos em saúde, causando importante impacto na morbidade e mortalidade. A nicotina presente no cigarro é a responsável pela dependência e tolerância desenvolvidas nos tabagistas, devido às suas ações no SNC. O consumo mundial do tabaco tem maior crescimento nos países em desenvolvimento e gera gastos econômicos para os governos, devido à assistência médica ligada às doenças tabaco relacionadas.

Diante desse quadro, ações de combate ao tabagismo são se fazem necessárias. As unidades básicas de saúde tem papel nessas ações, ao identificar os pacientes tabagistas e avaliar os determinantes para esse problema. Todos os pacientes acolhidos em uma equipe de saúde da família devem ser indagados sobre o hábito de fumar. O tratamento da dependência ao tabaco é uma ferramenta de grande valia para o controle dessa doença na população.

Com este estudo, foi possível identificar os seguintes pontos principais em relação ao enfrentamento do tabagismo:

- Deve haver um diálogo no acolhimento aos usuários de tabaco, na tentativa de se avaliar o grau de motivação, evitando posturas de julgamento ou acusação por parte dos profissionais de saúde;
- A terapia comportamental cognitiva ajuda propor maneiras de enfrentar a dependência da nicotina e os sintomas da síndrome de abstinência. Auxilia também os usuários a identificar fatores que levam ao ato de fumar;
- A abordagem na forma de grupos tem a vantagem de poder haver a troca de experiências e aconselhamento mútuo entre os tabagistas;
- O tratamento farmacológico contribui para a cessação e deve, sempre que possível, ser associado se não houver contra-indicações. Age principalmente na redução dos sintomas de abstinência;
- A bupropiona e a terapia de reposição de nicotina são os fármacos de primeira linha. A associação entre os dois aumenta a chance de sucesso terapêutico;

- Ações com intuito de prevenir a iniciação ao fumo são parte das políticas de combate ao cigarro. Atuação em escolas, com foco em crianças e adolescentes tendo participação interativa nas atividades, são uma das formas de atuação.

Os grupos operativos de tabagismo são ferramentas importantes e que podem ser desenvolvidas na atenção básica, contribuindo para a redução da prevalência dessa doença. É importante mencionar que o acompanhamento dos participantes deve ser contínuo, pois as recaídas são frequentes.

## REFERÊNCIAS

- CAMPOS, F. C. C.; FARIA, H. P.; SANTOS, M. A. **Planejamento e avaliação das ações em saúde**. 2ed. Belo Horizonte: Nescon/UFMG, 2010. 110p.
- CORRÊA, J. E.; VASCONCELOS, M.; SOUZA, M. S. L. **Iniciação à metodologia: textos científicos**. Belo Horizonte: Nescon/UFMG, 2013. 140p.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Instituto Nacional de Câncer. Coordenação de Prevenção e Vigilância. **Deixando de Fumar sem Mistérios** – Rio de Janeiro: MS/INCA, 2004.
- BRASIL. Instituto Nacional de Câncer José Alencar Gomes da Silva. **Programa Nacional de Controle do Tabagismo**. Disponível em: [http://www2.inca.gov.br/wps/wcm/connect/acoes\\_programas/site/home/nobrasil/programa-nacional-controle-tabagismo/tabagismo](http://www2.inca.gov.br/wps/wcm/connect/acoes_programas/site/home/nobrasil/programa-nacional-controle-tabagismo/tabagismo). Acesso em 11/10/2015.
- BRASIL. Instituto Nacional de Câncer José Alencar Gomes da Silva. **Doenças relacionadas ao tabagismo**. Disponível em: [http://www2.inca.gov.br/wps/wcm/connect/observatorio\\_controle\\_tabaco/site/home/dados\\_numeros/doencas](http://www2.inca.gov.br/wps/wcm/connect/observatorio_controle_tabaco/site/home/dados_numeros/doencas). Acesso em 20/10/2015.
- BRASIL. Instituto Nacional de Câncer José Alencar Gomes da Silva. **Prevalência de tabagismo**. Disponível em: [http://www2.inca.gov.br/wps/wcm/connect/observatorio\\_controle\\_tabaco/site/home/dados\\_numeros/prevalencia-de-tabagismo](http://www2.inca.gov.br/wps/wcm/connect/observatorio_controle_tabaco/site/home/dados_numeros/prevalencia-de-tabagismo). Acesso em: 20/10/2015.
- BRASIL. Instituto Nacional de Câncer José Alencar Gomes da Silva. **Tabagismo passivo e ambientes livres da fumaça do tabaco**. Disponível em: [http://www2.inca.gov.br/wps/wcm/connect/acoes\\_programas/site/home/nobrasil/programa-nacional-controle-tabagismo/tabagismo-passivo](http://www2.inca.gov.br/wps/wcm/connect/acoes_programas/site/home/nobrasil/programa-nacional-controle-tabagismo/tabagismo-passivo). Acesso em: 27/11/2015.
- OMS. Organização Mundial de Saúde. **Relatório da Organização Mundial de Saúde sobre a Epidemia Global de Tabagismo** – 2008. Disponível em: [www.who.int/tabaco/mpower](http://www.who.int/tabaco/mpower). Acesso em: 11/10/2015.
- WUNSCH FILHO, V. *et al.* Tabagismo e câncer no Brasil: evidências e perspectivas. **Rev. bras. epidemiol.** vol.13 no.2 São Paulo June 2010.
- COSTA, V. L. S.; KOIFMAN, S. Smoking in Latin America: a major public health problem. **Cad. Saúde Pública** vol.14 suppl. 3 Rio de Janeiro 1998.
- IGLESIAS, R. *et al.* **Controle do Tabagismo no Brasil**. Departamento de Desenvolvimento Humano Região da América Latina e do Caribe Banco Mundial e Departamento de Saúde, Nutrição e População Rede de Desenvolvimento Humano Banco Mundial. Agosto de 2007.
- INCA. Instituto Nacional do Câncer. **PREVALÊNCIA DE TABAGISMO NO BRASIL. Dados dos inquéritos epidemiológicos em capitais brasileiras**. Ministério da Saúde. Coordenação de Prevenção e Vigilância. Rio de Janeiro, 2004.
- INCA. Instituto Nacional do Câncer. **Tabagismo. Um grave problema de saúde pública**. 2007.

PINTO, M. T.; PICHON-RIVIERE, A. **Relatório Final. Carga das doenças tabaco relacionadas para o Brasil.** Aliança de Controle do Tabagismo (ACT), Rio de Janeiro, 2012.

CAVALCANTI, T. M. O controle do tabagismo no Brasil: avanços e desafios. **Rev. psiquiatr. clín.** vol.32 no.5 São Paulo Sept./Oct. 2005.

FIORE, M. C. *et al.* **Treating Tobacco Use and Dependence. Clinical Practice Guidelines.** Rockville, MD: U. S. Department of Health and Humans Services, Public Health Service, 2000.

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.

MARQUES; A. C. P. R. *et al.* Consenso sobre o tratamento da dependência de nicotina. **Rev. Bras. Psiquiatr** vol.23, n.4, pp. 200-214. 2001.

REICHERT, J. *et al.* Diretrizes para a cessação do tabagismo. **J Bras Pneumol.** 2008;34(10):845-880.

NEAL, L.; BENOWITZ, M.D. Nicotine Addiction. **The New England Journal of Medicine,** 2010 June 17; 362 (24): 2295-2303.

II CONSENSO BRASILEIRO SOBRE DPOC. Sociedade Brasileira de Pneumologia e Tisiologia. 2004.

NUNES, S. O. V. *et al.* **Tratamento farmacológico do tabagismo.** Londrina: EDUEL, 2011. P.185-191.

BRASIL. Ministério da Saúde. Instituto Nacional de Câncer - INCA. Coordenação de Prevenção e Vigilância (CONPREV). **Abordagem e Tratamento do Fumante - Consenso.** Rio de Janeiro: INCA, 2001, 38 P. Disponível em: [http://portal.saude.sp.gov.br/resources/ses/perfil/profissional-dasaude/homepage//tratamento\\_fumo\\_consenso.pdf](http://portal.saude.sp.gov.br/resources/ses/perfil/profissional-dasaude/homepage//tratamento_fumo_consenso.pdf). Acesso em 11/11/2015.

MAZONI, C. G. *et al.* A eficácia das intervenções farmacológicas e psicossociais para o tratamento do tabagismo: revisão da literatura. **Estud. psicol. (Natal)**, Natal, v. 13, n. 2, p. 133-140, Aug. 2008.

BRASIL. Ministério da Saúde. Instituto Nacional do Câncer (INCA). **Advertências Sanitárias nos Produtos do Tabaco.** Rio de Janeiro, 2008.

MARTINS, K. C; SEIDL, E. M. F. Mudança de comportamento de fumar em participantes de grupos de tabagismo. **Psic.: Teor. e Pesq.**, Brasília, v. 27, n. 1, p. 55-64, Mar.2011

CUNHA, G. H. *et al.* Nicotina e tabagismo. **Revista Eletrônica Pesquisa Médica**, vol 1, n. 4, Out - Dez 2007.

ROSEMBERG, J. **Nicotina: droga universal.** Monografia. Produção Independente. São Paulo: 2003.

FRANKEN, R. A. *et al.* Nicotina ações e interações. **Arq. Bras. Cardiol.** vol 66, n. 1, São Paulo, 1996

MÜLLER, J. S. *et al.* Efeitos Agudos do Fumo sobre a Hemodinâmica da Circulação Feto-Materno-Placentária. **Arq. Bras. Cardiol.**, vol. 78, n. 2, 148-51, Porto Alegre, RS. 2002



BENOWITZ, N. L. Pharmacology of nicotine: Addiction and Therapeutics. **Annual Review of Pharmacology and Toxicology**. Vol. 36: 597-613, 1996.

SADOCK, B. J.; SADOCK, V. A.; KAPLAN, H. I. **Compêndio de psiquiatria: ciências do comportamento e psiquiatria clínica**. 9 ed. Porto Alegre: Artes Médicas, 2007.

MEIRELLES, R. H. S.A ratificação da Convenção-Quadro para o Controle do Tabaco pelo Brasil: uma questão de saúde pública. **Jornal Brasileiro de Pneumologia**. vol. 32 no.1, São Paulo Jan./Feb. 2006.

TOWNSEND, J.L. Price and Consumption of Tobacco. **British Medical Bulletin**, v.52, n.1,p.: 132-142,1996.

PRECIOSO, J. Boas práticas em prevenção do tabagismo no meio escolar. **Revista Portuguesa de Medicina Geral e Familiar**, [S.l.], v. 22, n. 2, p. 201-22, mar. 2006. ISSN 2182-5173. Disponível em: <http://www.rpmgf.pt/ojs/index.php?journal=rpmgf&page=article&op=view&path%5B%5D=10230>. Acesso em: 27 Nov. 2015.

CINCIRIPINI, P. M. *et al.* Tobacco addiction: implications for treatment and cancer prevention. **Journal of the National Cancer Institute**, v. 89, n. 24, p. 1852-1867, 1997.

AZEVEDO, R. C. S. Atenção aos tabagistas pela capacitação de profissionais da rede pública. **Revista de Saúde Pública**, São Paulo, v. 42, n. 2, p. 353-355, abr. 2008.