

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

PATRÍCIA AZEVEDO DINIZ

**PLANO DE INTERVENÇÃO PARA DIMINUIR O ÍNDICE DE
TABAGISMO NA UNIDADE BÁSICA DE SAÚDE JK EM
PARÁ DE MINAS-MG**

BELO HORIZONTE – MG

2015

PATRÍCIA AZEVEDO DINIZ

**PLANO DE INTERVENÇÃO PARA DIMINUIR O ÍNDICE DE
TABAGISMO NA UNIDADE BÁSICA DE SAÚDE JK EM
PARÁ DE MINAS-MG**

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

Orientadora: Prof.Ms.Eulita Maria Barcelos

BELO HORIZONTE- MG

2015

PATRÍCIA AZEVEDO DINIZ

**PLANO DE INTERVENÇÃO PARA DIMINUIR O ÍNDICE DE
TABAGISMO NA UNIDADE BÁSICA DE SAÚDE JK EM
PARÁ DE MINAS-MG**

Banca examinadora

Professora: Ms. Eulita Maria Barcelos(UFMG)

Professor:

Aprovada em Belo Horizonte: ____/____/____

AGRADECIMENTOS

Agradeço a todos os professores por terem me proporcionado o conhecimento não apenas racional, mas a manifestação do caráter e afetividade da educação no processo de formação profissional, não somente por terem ensinado, mas pelo aprendido.

“Que os vossos esforços desafiem as impossibilidades, lembrai-vos de que as grandes coisas do homem foram conquistadas do que parecia impossível.”

Charles Chaplin

RESUMO

O tabagismo é entendido como um problema de saúde pública responsável por mais de cinquenta doenças comprovadamente associadas ao seu uso. A iniciação geralmente ocorre na adolescência, principalmente em países subdesenvolvidos. A mobilização mundial para o combate ao tabagismo encontra reflexo no Brasil, com o desenvolvimento do Programa Nacional de Combate ao Tabagismo, com a cooperação do Instituto Nacional do Câncer (INCA), que normatiza a abordagem ao fumante, capacitam profissionais e, com recursos do Ministério da Saúde, que disponibiliza insumos para abordagem terapêutica da doença.(ou do fumante) O presente trabalho tem o objetivo de elaborar um plano de intervenção para diminuir o alto índice de tabagismo na área de abrangência da Unidade Básica de Saúde JK, no município de Pará de Minas. Foi realizada uma revisão narrativa da literatura a respeito dos principais temas relacionados ao tabagismo e um plano de intervenção seguindo os passos preconizados pelo Projeto Estratégico Situacional.

Palavras chave: Tabaco. Nicotina. Hábito de fumar.

ABSTRACT

Smoking is understood as a public health problem responsible for more than fifty proven diseases associated with their use. Initiation usually occurs in adolescence, mainly in developing countries. The global mobilization to combat smoking is reflected in Brazil, with the development of the National Program to Fight Smoking, using the National Cancer Institute (INCA), which standardizes the approach to the smoker, and enables professionals with ministry funding Health, provides inputs for therapeutic management of disease. This study aims to develop an action plan to reduce the high smoking rate in the area covered by the Basic Health Unit JK, in the municipality of Pará de Minas. A narrative review of the literature regarding the main issues related to smoking and an action plan was carried out following the steps recommended by the Situational Strategic Project.

Key words: Tobacco. Nicotine. Habit of smoking

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

ACS- Agente Comunitário de Saúde

CASMUC-Centro de Atenção à Saúde da Mulher e das Crianças

CID 10-Código Internacional de Doenças

INCA-Instituto Nacional do Câncer

OMS-Organização Mundial de Saúde

PNCT-Programa Nacional de Combate ao Tabagismo

PSF-Programa da Saúde da Família

UBS- Unidade Básica de Saúde

LISTA DE QUADROS E TABELAS

Quadro 1 - Esquema de neurotransmissores liberados pela ação da nicotina.....	21
Quadro 2 – Teste de Fargestrom para avaliar dependência a nicotina.....	22
Quadro 3 – Desenho de operações para resolução dos nós críticos do problema alto índice de tabagismo na área de abrangência do PSF JK.....	27
Quadro 4- Identificação dos recursos críticos.....	31
Quadro 5 - Ações estratégicas para viabilizar o plano.....	32
Quadro 6- Plano operativo.....	34

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO.....	11
2 JUSTIFICATIVA.....	13
3 OBJETIVO.....	15
4 METODOLOGIA... ..	16
5 REFERENCIAL TEÓRICO.....	18
5.1 Histórico.....	18
5.2 Marketing e propaganda.....	19
5.3 Início do Uso.....	20
5.4 A dependência.....	21
5.5 Impacto na Saúde.....	22
5.6 Abordagem educativa para o controle do tabagismo.....	24
6 PROJETO DE INTERVENÇÃO.....	25
7 CONSIDERAÇÕES GERAIS.....	38
REFERÊNCIAS	40

1 INTRODUÇÃO

Apresento Pará de Minas, um município brasileiro, que está situado no estado de Minas Gerais, localizado a setenta e três quilômetros da capital mineira, Belo Horizonte. Atualmente tem uma área de 551,247 km, população de 90 306 habitantes. O município tem como pilar da economia as atividades de agroindústria, sendo a 1ª cidade do Estado de Minas Gerais na produção de frangos, a 2ª na produção de suínos e a 4ª cidade produtora de hortifrutigranjeiros, com destaque para a produção de tomate, pimentão e abóbora, além de desenvolver atividades promissoras nos setores têxteis, de mineração e siderurgia (DATASUS, 2013).

Em relação à assistência a saúde, conta com dezenove unidades básicas de saúde, uma policlínica e um Pronto Atendimento municipal com a “porta aberta” para casos de urgência e emergência, há também uma Santa Casa destinada principalmente a internações, e a CASMUC (Centro de Atenção à Saúde da Mulher e da criança).

A Unidade que desempenha minhas funções em Pará de Minas, se chama JK, cobre uma área 3.877 pessoas, população esta na sua maioria carente e de baixo nível socioeconômico, tem em quase toda sua área serviços de saneamento básico.

Nesta área supracitada a prevalência de tabagismo é de 16.7%, segundo cálculo proposto pelo Programa Nacional de Combate ao Tabagismo (PNCT), nota-se também a prevalência de outras formas de consumo do tabaco, como cigarro de palha, esse hábito costuma ser passado de geração para geração.

Felizmente nota-se uma grande mudança da percepção social sobre o hábito de fumar, ao longo das últimas décadas os malefícios do cigarro são amplamente divulgados. Inicialmente tida como erva medicinal e usada no tratamento de algumas doenças, inclusive a asma, o fumo passou por uma forte influência das indústrias com intensiva divulgação e propaganda o que o tornou aceito e desejável. Tal permissiva tem sido combatida devido uma maior divulgação sobre riscos e danos a saúde, além de diversas medidas de educação em saúde, demonstração visível e cientificamente comprovada dos malefícios do uso do tabaco e apoio de medidas governamentais (PAHO, 1992)

Segundo o Código Internacional de Doenças (CID 10), o tabagismo é considerado uma desordem mental e de comportamento, decorrente da síndrome de abstinência a nicotina, no qual é identificado como F17. 2 (MINAS GERAIS, 2012).

A sensibilização popular bem como mudança de preceitos culturais e hábitos da sociedade constitui um desafio difícil da Atenção Primária em Saúde.

Este trabalho busca propor medidas de intervenção com a finalidade de reduzir o número de fumantes e de melhorar a qualidade de vida destes usuários e de seus familiares. Utilizaremos de grupos de apoio amparados pelos manuais do INCA. Diante da formação destes grupos almeja-se conseguir reduzir consideravelmente o número de fumantes e conseqüentemente redução de doenças tabaco relacionadas e, gastos com tratamentos clínicos.

Os benefícios de parar de fumar são substanciais em tabagistas de qualquer idade, sendo que uma pessoa que deixa de fumar antes dos 50 anos tem metade do risco de morrer aos 15 anos seguintes, comparativamente aos que continuam a fumar. Quanto ao câncer de pulmão, por exemplo, a cessação do tabagismo diminui o risco no prazo de 10 anos à metade dos que continuam a fumar e a um sexto do risco dos fumantes após 15 anos sem fumar (GOLDMAN; AUSIELLO; CECIL, 2005 citado por OLIVEIRA 2008).

2 JUSTIFICATIVA

Segundo o Instituto Nacional do Câncer (BRASIL, 2001. sp) o tabagismo, antes considerado como estilo, passou 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).

Por essas razões passou a ser considerado problema grave de saúde pública que necessita de uma intervenção, visto que o índice de tabagistas e suas consequências como infarto agudo do miocárdio, câncer de pulmão, doenças cerebrovasculares, doenças respiratórias crônicas, dentre outras aumentaram, consideravelmente, nos últimos anos; o que contribui para uma piora da qualidade de vida da população (REICHERT, 2008).

Considerando uma epidemia, o tabagismo continua sendo o principal fator de morte evitável no mundo de hoje. “O fumo é fator de risco para as quatro principais causas de morte em todo o mundo, entre elas, doença cardíaca, doença pulmonar obstrutiva crônica, câncer e acidente vascular cerebral” (REICHERT, 2008, p. 845).

Sendo assim, tendo em vista a importância de combater essa dependência, é necessário que as instituições de saúde e os serviços de assistência à comunidade se empenhem a desenvolver programas específicos para atender o usuário tabagista.

É necessário conscientizá-los dos agravos de saúde que podem ocorrer não somente aos fumantes, mas também das pessoas de sua convivência. O tratamento das complicações provocadas pelo uso do cigarro é dispendioso, prolongado e muitas vezes, paliativo.

Na área de abrangência do PSF JK é significativo o número de fumantes e a incidência de doenças cardiovasculares, metabólicas, bucais e as neoplasias de esôfago e pulmão também são elevadas.

Para intervir neste problema é essencial que toda a equipe de saúde esteja empenhada na implantação de um plano de intervenção que visa diminuir o número de fumantes. Logo se recomenda que os profissionais de saúde aproveitem todas as oportunidades para informar e incentivar a participação

dos fumantes em grupos de apoio, e que os órgãos públicos continuem a divulgar na mídia os malefícios do fumo.

3 OBJETIVO

Elaborar um projeto de intervenção utilizando como estratégia o grupo operacional de tabagismo no modelo oferecido pelo Instituto Nacional do Câncer (INCA) para redução do tabagismo na Unidade Básica de Saúde JK-Pará de Minas MG.

4 METODOLOGIA

A proposta do plano de ação foi executada em três etapas.

- Diagnóstico situacional;
- Revisão de literatura;
- Elaboração do plano de intervenção.

Na primeira etapa foi realizado o diagnóstico situacional da área de abrangência, com a colaboração da equipe de saúde para isso foi coletado pela equipe, dados referente à saúde da população, condições sócio econômicas, condições de moradia e saneamento básico. As informações foram analisadas cuidadosamente. Foi possível conhecer melhor as condições de saúde e risco da população. Um dos problemas identificados foi o alto índice de tabagismo.

Na segunda etapa foi necessário realizar uma revisão narrativa da literatura, que proporcionou mais conhecimento para embasar melhor a proposta de intervenção e a elaboração do referencial teórico. Esta revisão é recomendada em trabalhos de conclusão de curso devido a suas características de menor complexidade e pelo tempo disponível para conclusão da publicação. Também está indicado para a proposição de projetos de intervenção, baseado em revisão bibliográfica, sem produção de dados primários (CORRÊA; VASCONCELOS; SOUZA, 2014).

Foram avaliadas as publicações prioritariamente em português, 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, grupo operacional, cessação do tabagismo.

O plano de intervenção foi fundamentado no modelo de Planejamento Estratégico Situacional (PES) que permite a contribuição de toda equipe

multidisciplinar abordado no módulo “Planejamento e avaliação das ações em saúde” (CAMPOS; FARIA; SANTOS, 2010).

5 REVISÃO DE LITERATURA

5.1 Histórico

Segundo o SINDITABACO (s.d) a origem do tabaco é americana, onde foi cultivado pelos indígenas, tanto da América do Sul como do Norte.

Para Costa e Silva (1990, p. 14), “são antigos os registros sobre o costume dos índios americanos fumarem tabaco nas cerimônias religiosas e nos rituais mágicos”.

O mesmo foi introduzido na Europa após o “descobrimento” da América pelos espanhóis e portugueses, se difundiu rapidamente por todos os continentes, e inclusive tornou-se moeda de troca no tráfico de escravos (COSTA; SILVA, 1990).

Entre o final do Século XIX e início do Século XX, a produção de cigarros se industrializou, o comércio da planta foi associado ao glamour e ao charme e consequente crescimento urbano mundial interferiram nos hábitos das pessoas. Este apresentou uma grande expansão após a Primeira Guerra Mundial (COSTA; SILVA, 1990; CARVALHO, 2009).

E assim, neste período, ocorreu uma explosão no consumo do cigarro baseado em dois principais fatores: a produção em escala industrial, que elevou o potencial econômico das indústrias fumageiras, e a intensificação de ações de propaganda e marketing que —foi decisiva para dar ao ato de fumar uma representação social positiva, através da associação entre o consumo de derivados do tabaco e o ideal de autoimagem, como beleza, sucesso e liberdade (CARVALHO, 2009, p.25).

Porém o hábito amplamente difundido começou a ser mais bem estudado, pois, os malefícios eram maiores que os benefícios isso só foi percebido no final da década de 1950, quando evidências científicas começam a relacionar o consumo de tabaco ao câncer de pulmão e outras doenças. Nos anos 90 pesquisas médicas evoluíram e passaram a ser aceitas com mais facilidade. Atualmente, as pesquisas científicas, possibilitam aos meios de comunicação o conhecimento sobre os malefícios do cigarro, o repasse das informações sobre os riscos do consumo pela população. No entanto, o marketing vem tentando contrapor tais evidências científicas, na tentativa de se manter ativa e forte no mercado consumidor (FIGUEIREDO, 2007; COSTA; SILVA, 1990).

Todavia enfrentamos uma triste realidade, o Brasil ainda é um dos principais exportadores de tabaco e consumidor do mesmo.

5.2 Marketing e Propaganda

Apesar da ampla divulgação sobre os malefícios do cigarro e do fácil acesso a essas informações, o consumo do tabaco continua aumentado em todo mundo. As propagandas, de modo geral, influenciam hábitos, desejos e durante muito tempo essas se tornaram vulneráveis às agressivas estratégias de marketing das grandes companhias transnacionais de tabaco (CAVALCANTE, s.d).

Nos anos 80 o consumo de tabaco foi proibido em locais fechados, lojas, transportes públicos, entre outros. Muitos países proibiram a veiculação de comerciais incentivando a venda de cigarros, o que não foi o caso do Brasil. Já na década de 90, as pessoas passaram aceitar com mais facilidade as considerações médicas relativas ao tabagismo, antes vistas como repressoras e autoritárias. Felizmente, no ano de 2000, foi aprovada a lei nº 10.167/2000 que restringe a publicidade de produtos derivados do tabaco à afixação de pôsteres, painéis e cartazes na parte interna dos locais de venda. Proíbe também divulgação, em revistas, jornais, televisão, rádio e outdoors, inclusive internet (BRASIL, 2003).

Duas grandes transacionais de tabaco, a British American Tobacco (BAT), representada no Brasil pela Companhia Souza Cruz, e a Philip Morris, dominam o mercado nacional de tabaco e têm mantido fortes e contínuas estratégias de contraposição às ações de controle do tabagismo. Estas atuam de forma bem articulada buscando explorar as vulnerabilidades individuais, induzem crianças e adolescentes a iniciar o consumo e, impedem a disseminação do conhecimento científico sobre os riscos causados pelo tabagismo (BRASIL, 2003).

Um problema muito complexo é a expansão do consumo de tabaco que envolve muito mais do que questões de bioquímica e clínica médica. A OMS considera o tabagismo uma doença transmissível pela publicidade, pois o papel principal de estratégias de marketing sofisticadas e globalizadas no fomento da expansão do consumo ocorre em escala planetária (WHO 2001).

Segundo Araújo (2010) a propaganda de cigarros nos meios de comunicação aparece nos jogos eletrônicos, telenovelas, seriados e filmes. Os adolescentes

que as assistem têm maior probabilidade de se tornarem fumantes. Apesar da proibição da venda de cigarros e bebidas alcoólicas a menor de idade, a maioria dos estabelecimentos vende os dois tipos de produtos.

5.3 Início do uso

Segundo Silva (2012), o tabagismo inicia, geralmente, na adolescência por motivos peculiares dessa faixa etária. Para Araújo (2010) e WHO, (2001) a adolescência apresenta características próprias como à busca pelo conhecimento, pelo aprendizado, pela experimentação, o interesse pela aventura, ser questionador e a rebeldia contra os valores pré-estabelecidos pelos adultos.

Nesse período inesquecível da existência, os mitos, as crenças e as atitudes são refundadas ou reinventadas (WHO, 2001).

Segundo a Organização Mundial de Saúde (OMS), a idade média de início ao tabagismo é aos 15 anos, sendo entendida como doença pediátrica (WHO, 2001). O mesmo autor afirma que quanto mais precoce o início do ato de fumar, mais grave a dependência e maiores as consequências físicas e psicológicas facilitando o uso de outras drogas.

Hallal *et al.* (2009) realizaram um estudo com 3.690 escolares na faixa etária de 13-15 anos, em Curitiba, Florianópolis e Porto Alegre. Os resultados demonstraram que houve alta prevalência de tabagismo: Curitiba (12,6%), Florianópolis (10,7%) e Porto Alegre (17,7%). Fumar estava associado a ter amigos fumantes e ser exposto à fumaça ambiental fora de casa.

Malcon; Menezes e Chatkin (2003) realizaram uma pesquisa similar com 2.883 estudantes do primeiro ano do ensino médio em Cuiabá (MT), foi encontrado uma elevada prevalência de experimentação (30,2%).

Para Silva; Silva e Botelho (2008) são fatores associados à experimentação o baixo nível de escolaridade materna, assim como ter amigos e irmãos fumantes, ter sido reprovado e estudar à noite.

Está cada vez mais precoce a idade de iniciação ao tabagismo, com alta probabilidade de se tornarem adultos fumantes com o aumento do risco de morbidade e mortalidade por doenças crônicas e de causas evitáveis da população (ARAÚJO, 2010).

5.4 A Dependência

A nicotina é a substância presente no fumo que causa a dependência. Estudos mostram que após a primeira tragada, ela chega ao cérebro de 7 a 19 segundos, provocando a liberação de neurotransmissores como a dopamina, noradrenalina, acetilcolina, serotonina e betaendorfina. Estas substâncias proporcionam principalmente sensação de bem estar, relaxamento, diminuição da ansiedade e tensão (WILHENA, 2013).

O desenvolvimento da dependência à nicotina é multifatorial, comumente está associado com a busca por evitar os sintomas de abstinência, ilusão do controle da dependência, vinculação do hábito ao controle das emoções, e também pessoas, exemplo de pessoas próximas, a pressão do grupo social pela droga e o desenvolvimento da tolerância à droga (ARAUJO *et al.*, 2004 citado por WILHENA, 2013).

A figura abaixo, é extraída de Araujo *et al.* (2004), exemplifica esses efeitos quando a nicotina é absorvida nos pulmões e chega até o cérebro através da corrente sanguínea:

Quadro 1- Esquema de neurotransmissores liberados pela ação da nicotina



Fonte: Araujo *et al.* (2004)

Logo para um planejamento e orientação do tratamento de tal patologia é indispensável o diagnóstico e graduação da dependência individual.

Para avaliação então do grau de dependência do indivíduo a nicotina, o método mais difundido e aceito atualmente é o Teste de Fagerstrom. É preconizado que um escore total de Fagerstrom entre 0 a 2 representa a dependência a nicotina muito baixa, entre 3 e 4 ela é baixa, o escore 5 representa dependência média, entre 6 a 7 elevada e 8 a 10 muito elevada (REICHERT *et al.*, 2008).

Quadro 2 – Teste de Fagerstrom para avaliar dependência a nicotina:

Teste de Fagerstrom	
1. Quanto tempo depois de acordar, você fuma o seu primeiro cigarro?	
Após 60 minutos: 0 ponto	Entre 31 e 60 minutos: 1 ponto
Entre 6 e 30 minutos: 2 pontos	Nos primeiros 5 minutos: 3 pontos
2. Você encontra dificuldades em evitar fumar em lugares onde é proibido, como por exemplo: igrejas, local de trabalho, cinemas, shoppings, etc.?	
Não: 0 ponto	Sim: 1 ponto
3. Qual o cigarro mais difícil de largar ou de não fumar?	
Qualquer um: 0 ponto	O primeiro da manhã: 1 ponto
4. Quantos cigarro você fuma por dia?	
Menos que 10: 0 ponto	Entre 11 e 20: 1 ponto
Entre 21 e 30: 2 pontos	Mais que 31: 3 pontos
5. Você fuma mais frequentemente nas primeiras horas do dia do que durante o resto do dia?	
Não: 0 ponto	Sim: 1 ponto
6. Você fuma mesmo estando doente ao ponto de ficar acamado a maior parte do dia?	
Não: 0 ponto	Sim: 1 ponto

Fonte: Araujo *et al.* (2004)

Segundo Oliveira (2013, p.16) “existem também outros métodos mais precisos de diagnóstico e graduação da nicotina, como a aferição da cotinina plasmática, metabólito da nicotina. Porém é pouco acessível por ser um método de alto custo”.

5.5 Impactos sobre a saúde

A fumaça do cigarro contém milhares de substâncias químicas tóxicas, incluindo: “benzeno, cádmio, chumbo, polônio radioativo, benzopireno, amônia, monóxido de carbono e nicotina” (OLIVEIRA. 2013 p.16).

A dependência faz com que o indivíduo exposto continuamente à cerca de 4.720 substâncias tóxicas, seja fator causal de aproximadamente 50 doenças diferentes:

[...] destacando-se as doenças cardiovasculares, o câncer e as doenças respiratórias obstrutivas crônicas. O mesmo responde por 45% das mortes por infarto do miocárdio, 85% das mortes por doença pulmonar obstrutiva crônica (enfisema), 25% das mortes por doença cérebro-vascular (derrames) e 30% das mortes por câncer. Além disso, 90% dos casos de câncer de pulmão ocorrem em fumantes e também desencadeia e agrava condições como a hipertensão e diabetes e aumenta o risco das pessoas desenvolverem e morrerem por tuberculose (SOCIEDADE BRASILEIRA DE PNEUMOLOGIA E TISIOLOGIA, 2010 citado por OLIVEIRA. 2013,p.16).

É importante salientar que pesquisas recentes têm relatado uma variedade de outros efeitos na saúde, destacando-se aqueles relacionados à saúde da mulher e da criança. Para as crianças, o impacto decorre do tabagismo passivo e do uso do tabaco pelas mães durante a gravidez. As consequências comprovadas são: Síndrome da Morte Súbita na infância, baixo peso ao nascer, crescimento intrauterino retardado, redução na capacidade pulmonar, infecções respiratórias baixas como pneumonia e bronquite, tosse, piora da asma, otite, possibilidade de contribuir para doença cardiovascular na vida adulta e problema neuro comportamental (ARAÚJO *et al.*, 2004).

O fumo ainda esta implicado na impotência sexual masculina devido aos seus efeitos deletérios a vascularização, na menopausa precoce e infertilidade devido a alteração na regulação hormonal, ainda também na osteoporose, doenças peridontais e envelhecimento da pele (ARAÚJO *et al.*, 2004).

Estima-se que a dependência ao tabaco e suas consequências matam 5 milhões de pessoas anualmente no mundo. No Brasil são 200 mil mortes anuais. Dados mostram que o tabagismo mata mais do que a soma das mortes por alcoolismo, AIDS, acidentes de trânsito, homicídios e suicídios juntos (SOCIEDADE BRASILEIRA DE PNEUMOLOGIA E TISIOLOGIA, 2010).

Para reverter essa situação, o Ministério da Saúde, assumiu através do Instituto Nacional de Câncer em 1989, o papel de organizar o Programa Nacional de Controle do Tabagismo (PNCT).

O tratamento do tabagismo foi inserido na rede de Atenção Primária do SUS pelas Portarias Ministeriais GM/MS nº 1.035, de maio de 2004, e SAS/MS nº 442 de agosto de 2004.

5.6 Abordagem educativa para o controle do tabagismo

A abordagem mais utilizada para tratamento de dependências é aquela que combina intervenções cognitivas com treinamento de habilidades comportamentais. É de extrema importância, para obter sucesso, profissionais devidamente capacitados. É necessário abordar principalmente: a detecção de situações de risco de recaída, o desenvolvimento de estratégias de enfrentamento, a auto monitoração, o controle de estímulos e o emprego de técnicas de relaxamento. Tem-se como essencial objetivo o estímulo ao autocontrole ou auto manejo para que o indivíduo possa aprender como escapar do ciclo vicioso da dependência e a tornar-se assim um agente de mudança de seu próprio comportamento (BRASIL, 2001).

O tratamento medicamentoso pode ser utilizado como um apoio, levando em consideração cada paciente, bem como seu grau de dependência. Atualmente contamos com algumas medicações de eficácia comprovada na cessação de fumar. Tais medicamentos eficazes são divididos em duas categorias: medicamentos nicotínicos e medicamentos não nicotínicos. Os medicamentos nicotínicos, também chamados de Terapia de Reposição de Nicotina (TRN), se apresentam nas formas de adesivo, goma de mascar, inalador e aerossol. As duas primeiras correspondem a formas de liberação lenta de nicotina, e são, no momento, as únicas formas disponíveis no mercado brasileiro. Os medicamentos não nicotínicos são os antidepressivos, Bupropiona e Nortriptilina. A Bupropiona é o medicamento de eleição nesse grupo, pois segundo estudos, é um medicamento que não apresenta na grande maioria dos casos efeito colateral importante (BRASIL, 2001).

6 PROJETO DE INTERVENÇÃO

Trata-se de uma proposta de intervenção, realizada com pessoas que possuem o hábito de fumar e que desejam cessar este hábito. Conta com uma equipe multiprofissional previamente capacitada pelo Ministério da Saúde, pelo INCA e ajuda de funcionários da UBS.

Os objetivos deste projeto são.

- Conhecer a real situação do tabagismo entre a população da área de abrangência do PSF JK.

- Motivar a cessação do tabagismo em atendimento em saúde de forma sistematizada.

- Melhorar a qualidade de vida dos fumantes e de seus familiares, reduzindo assim o número de doenças e de tratamentos clínicos.

Para alcançar estes objetivos, inicialmente a equipe realizou o diagnóstico situacional da população adscrita para levantar dados que facilitasse a compreensão da vivência das pessoas e as suas dificuldades. Foram encontrados os seguintes problemas:

- Alto índice de violência doméstica;
- Uso de drogas lícitas e ilícitas;
- Tráfico de drogas;
- Alta prevalência do tabagismo;
- Baixo nível socioeconômico;
- Aumento de casos de câncer de esôfago, laringe e pulmão.

Destes problemas o tráfico de drogas e baixo nível socioeconômico a equipe não tem governabilidade sobre eles, fogem ao controle e resolutividade da mesma.

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

Para descrever este problema na comunidade, levamos em consideração as consequências graves do ato de fumar que estão sujeitos os usuários tabagistas, como: incidência de doenças cardiovasculares, metabólicas, bucais

e as neoplasias de esôfago e pulmão que tem aparecido com frequência na Unidade Básica de Saúde. Outro aspecto é o crescente número de fumantes e o número significativo de fumantes na área de abrangência.

Sabe-se que o tratamento das complicações provocadas pelo uso do cigarro é dispendioso, prolongado e muitas vezes, paliativo. Muitas internações gerando sofrimento para o paciente e família. A nossa preocupação é evitar que as complicações apareçam e que os tabagistas parem ou diminuam o consumo do tabaco.

As explicações sobre os malefícios causados pelo consumo do tabaco são as mais diversas. É de grande valia considerar que além do risco aumentado de câncer de pulmão, laringe, faringe ou boca, os tabagistas tem uma sobrevida menor em relação aos não fumantes. Além disso, os problemas respiratórios podem se agravar e o sistema cardiovascular também é amplamente afetado. A pele e os dentes também sofrem consequências do tabaco, e outros inúmeros sistemas podem ser acometidos por esse mau hábito.

O nosso problema é difícil de quantificar em valores absolutos, mas é observado pela população que o número de fumantes é muito grande e suas complicações já se manifestaram. Para ter um número exato de fumantes será realizado o cadastramento das vítimas da nicotina. Estão amplamente difundidas as consequências de fumar e os benefícios de parar.

Para melhor entendimento do significado de nó crítico Campos; Faria; Santos, (2010) explicam que são aquelas causas entre várias que são consideradas mais importantes na origem do problema e que merecem ser enfrentadas pelos profissionais para solucionar o problema. Foram considerados “nós críticos”:

Relacionados ao paciente

- Início precoce da dependência;
- Tabagismo entre familiares;
- Fácil acesso e consumo;
- Falta de conhecimento dos tabagistas sobre os riscos do consumo de tabaco;
- Falta de motivação para deixar de fumar;

Relacionadas à organização do processo de trabalho

- Falta de conhecimento da equipe para atender o usuário tabagista;
- Falta de um atendimento sistematizado para atendimento do tabagista;
- Falta de cadastro atualizado dos fumantes;

Selecionamos os nós críticos *relacionados aos pacientes* que vamos trabalhar inicialmente: falta de conhecimento dos tabagistas sobre os riscos do consumo de tabaco, falta de motivação para deixar de fumar e tabagismo entre familiares e com os 03 relacionados a organização do processo de trabalho.

Quadro 3- Desenho de operações para resolução dos nós críticos do problema alto índice de tabagismo na área de abrangência do PSF JK.

Nó crítico	Operação/ projeto	Resultados esperados	Produtos	Recursos necessários
-Falta de conhecimento da equipe para atender o usuário tabagista	<p>Capacitação</p> <p>-Capacitar a equipe para abordagem e tratamento do usuário tabagista.</p>	-Profissionais capacitados, interessados, seguros, com conhecimento para atender o usuário tabagista.	-Profissionais mais atuantes e seguros na abordagem e tratamento do usuário tabagista, consequentemente a diminuição do índice do consumo de tabaco.	<p>Político</p> <p>-Apresentar e discutir o projeto com o gestor e solicitar oferecimento de cursos de capacitação, uma vez que a secretária de Saúde dispõe de espaço, profissionais capacitadores e material adequado.</p> <p>Organizacional</p> <p>-Capacitação da equipe em relação ao PNCT.</p> <p>Cognitivo</p> <p>-Estudar os protocolos e modelos propostos pelo PNCT</p>

<p>-Falta de um atendimento sistematizado para atendimento do tabagista</p>	<p>Atendimento sistematizado</p> <ul style="list-style-type: none"> -Sistematizar o atendimento individual e de grupo do usuário tabagista. -Organizar a agenda para atendimento individual e em grupo. -Facilitar consultas especializadas. - Disponibilizar os medicamentos para tratamento. 	<ul style="list-style-type: none"> -Sistematização do atendimento do usuário tabagista. Acompanhamento e monitoramento do usuário. -Agenda adequada, consultas individuais realizadas e grupos operativos funcionando. -Maior número de consultas e medicamentos a disposição. 	<ul style="list-style-type: none"> -Atendimentos individuais com tempos de consultas adequados. -Aumento do número de consultas individuais. -Atendimento de grupos sendo realizados. -Maior adesão ao tratamento. Acompanhamento monitorizado pelas ACS -Medicamentos disponíveis se necessário. - Diminuição do consumo de tabaco 	<p>Organizacional</p> <p>-Organizar o processo de trabalho pela equipe. Discutir as atribuições de tarefas.</p> <p>Financeiros</p> <p>-Aumentar pressupostos econômicos em exames e medicamentos.</p>
<p>-Falta de cadastro atualizado dos fumantes</p>	<p>Cadastramento</p> <ul style="list-style-type: none"> -Realizar o cadastramento dos fumantes, pelos ACS durante as visitas domiciliares e pelos demais membros da equipe durante as consultas e Hiperdia. 	<ul style="list-style-type: none"> -Cadastro de um número elevado de usuários com mesmo objetivo em comum. -Incentivo por toda equipe da família sobre a importância da implantação do grupo. -Orientação sobre o número máximo de pessoas por grupo, além do tempo de duração. 	<ul style="list-style-type: none"> -Cadastro adequado dos usuários que estão dispostos à cessação do tabagismo. -Usuários motivados sobre os benefícios e sobre a implantação do grupo. 	<p>Organizacional</p> <p>-Organizar o processo de trabalho pela equipe. Discutir as atribuições de tarefas.</p> <p>Financeiros</p> <p>-Xérox da ficha de cadastro e do prontuário contendo a ficha individual de cada cadastrado.</p>

		-Preenchimento das fichas por um profissional de saúde com ensino superior completo contendo dados pessoais, anamnese e história tabagística e exame físico.		
-Falta de conhecimento dos tabagistas sobre os riscos do consumo de tabaco.	Sou tabagista -Informar e conscientizar a comunidade tabagista sobre os riscos do consumo do tabaco e os males causados.	-Comunidade tabagista informada e consciente sobre os riscos do consumo do tabaco e os males causados.	-Diminuição de 80% dos fumantes. -Conscientização da população sobre os malefícios do cigarro. -Estratégias para a cessação do tabagismo já elaboradas. -Cessação do tabagismo e a manutenção desta.	Organizacional -Para organizar os grupos e a agenda em horários que possibilite a participação de todos. Cognitivo -Informação sobre o tema e de como transmitir as informações. Político - Apresentação do projeto a Secretária de Saúde. Apoio para divulgação sobre tabagismo em meios de informação local.
-Falta de motivação para deixar de fumar	Motivação já -Sensibilizar os tabagistas para deixar de fumar.	-Melhor entendimento sobre os malefícios do tabagismo. -Entendimento sobre os benefícios já nos primeiros dias sem o consumo do tabaco. -Estratégias para ajudar nos momentos de fissura.	-Maior adesão ao tratamento.	Organizacional -Organizar uma pesquisa e acolhimento dos fumantes da área. Marcar uma reunião inicial e periodicamente com os mesmos explicando-lhes sobre as vantagens de deixar de fumar. Cognitivo -Treinar o médico para abordagem dos fumantes, quanto às informações necessárias para avançar na escala de motivação. Treinar os ACS para a pesquisa inicial. Financeiro

				-Materiais usados na pesquisa dos fumantes e durante a reunião inicial.
Tabagismo entre familiares.	<p>Viver com saúde</p> <p>-Esclarecer para os familiares sobre os riscos que estão submetidos os tabagistas passivos.</p> <p>-Sensibilizar para deixar de fumar e ter uma família saudável.</p>	<p>-Esclarecimento sobre tabagismo passivo.</p> <p>-Incentivo de outros familiares a cessação do tabagismo.</p>	<p>-Maior adesão ao tratamento.</p> <p>-Incentivo para que todos tabagistas que residem em um mesmo domicílio possam cessar esse hábito.</p> <p>-Diminuição de problemas respiratórios, principalmente, em crianças de um mesmo domicílio.</p>	<p>Cognitivo</p> <p>-Informação sobre o tema e de como transmitir as informações.</p> <p>Político</p> <p>-Propor junto ao gestor, o funcionamento dos grupos baseados em horário extra ou parte de um turno disponível para os grupos de família.</p>

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

Quadro 4- Identificação dos recursos críticos

Operação/ projeto	Recursos críticos
Capacitação	<p>Organizacional: capacitação da equipe em relação ao PNCT.</p> <p>Financeiro: deslocamento da equipe ou dos educadores para a capacitação no PNCT.</p> <p>Político: apresentar e discutir o projeto com o gestor e solicitar oferecimento de cursos de capacitação, uma vez que a secretária de Saúde dispõe de espaço, profissionais capacitores e material adequado.</p>
Atendimento sistematizado	<p>Organizacional: organizar o processo de trabalho pela equipe. Discutir as atribuições de tarefas. Organizar a agenda.</p> <p>Financeiros: aumentar pressupostos econômicos em exames e medicamentos.</p>

Cadastramento	<p>Organizacional: organizar o processo de trabalho pela equipe. Discutir as atribuições de tarefas.</p> <p>Financeiros: xérox da ficha de cadastro e do prontuário contendo a ficha individual de cada cadastrado.</p>
Sou tabagista	<p>Organizacional: para organizar os grupos e a agenda em horários que possibilite a participação de todos.</p> <p>Cognitivo: informação sobre o tema e de como transmitir as informações.</p> <p>Político: Apresentação do projeto a Secretária de Saúde. Apoio para divulgação sobre tabagismo em meios de informação local.</p>
Motivação já	<p>Organizacional: organizar uma pesquisa e acolhimento dos fumantes da área. Marcar uma reunião inicial e periodicamente com os mesmos explicando-lhes sobre as vantagens de deixar de fumar.</p> <p>Cognitivo: treinar o médico para abordagem dos fumantes, quanto às informações necessárias para avançar na escala de motivação. Treinar os ACS para a pesquisa inicial.</p> <p>Financeiro: materiais usados na pesquisa dos fumantes e durante a reunião inicial.</p>
Viver com saúde	<p>Cognitivo: informação sobre o tema e de como transmitir as informações.</p> <p>Político: propor junto ao gestor, o funcionamento dos grupos baseados em horário extra ou parte de um turno disponível para os grupos de família.</p>

Para analisar a viabilidade do plano, Campos; Faria e Santos (2010) fazem as considerações quem está coordenando um projeto, não consegue controlar todos os recursos necessários na operacionalização do mesmo, ele necessita de compartilhar o seu trabalho com outras pessoas. Neste sentido é necessário que ele conheça como está o seu posicionamento desses profissionais em relação aos problemas, deve conhecer o nível motivacional para então definir ações estratégicas para até certo ponto transformar as motivações dos atores. Isto pode ser conseguido por meio de ações estratégicas que buscam mobilizar ou convencer certos atores para que mudem sua posição.

Quadro 5 - Ações estratégicas para viabilizar o plano

Operação	Recursos críticos	Ator que controla	Motivação	Ação estratégica
Capacitação	<p>Organizacional: - Capacitação da equipe.</p> <p>Financeiro: -Deslocamento da equipe.</p> <p>Político: - Curso de capacitação, fornecer espaço.</p>	<p>Médico e enfermeiro</p> <p>Secretária Municipal de Saúde</p> <p>Prefeitura e Secretária de Saúde</p>	<p>Favorável</p> <p>Favorável</p> <p>Indiferente</p>	<p>Não é necessário.</p> <p>Apresentar o projeto, mostrar benefícios a curto e longo prazo.</p> <p>Apresentar o projeto, mostrar benefícios a curto e longo prazo.</p>
Atendimento sistematizado	<p>Organizacional: -Organizar processo de trabalho.</p> <p>Financeiros: -Fornecer exames e medicamentos.</p>	<p>Equipe multiprofissional</p> <p>Prefeitura e Secretária de Saúde.</p>	<p>Favorável</p> <p>Indiferente</p>	<p>Não é necessário.</p> <p>Apresentar o projeto, mostrar benefícios a curto e longo prazo.</p>
Cadastramento	<p>Organizacional: -Organizar processo de trabalho.</p> <p>Financeiros: -Xerox ficha individual e prontuário.</p>	<p>ACS em visita domiciliar e profissional enfermeiro e médico em consulta de hiperdia.</p> <p>Prefeitura e Secretária de Saúde.</p>	<p>Favorável</p> <p>Indiferente</p>	<p>Não é necessário.</p> <p>Apresentar o projeto, mostrar benefícios a curto e longo prazo.</p>
	<p>Organizacional: -Organização da</p>	<p>Enfermeiro e médico</p>	<p>Favorável</p>	<p>Não é necessário.</p>

Sou tabagista	<p>agenda e horários.</p> <p>Cognitivo:</p> <p>- Informação sobre o tema.</p> <p>Político:</p> <p>- Apresentação do projeto à Secretaria municipal de Saúde.</p>	<p>Equipe multiprofissional.</p> <p>Prefeitura e Secretária de Saúde.</p>	<p>Favorável</p> <p>Indiferente</p>	<p>Não é necessário.</p> <p>Apresentar o projeto, mostrar benefícios a curto e longo prazo.</p>
Motivação já	<p>Organizacional:</p> <p>Organizar uma pesquisa e acolhimento, marcar uma reunião inicial.</p> <p>Cognitivo:</p> <p>Treinamento do médico e ACS para a pesquisa inicial.</p> <p>Financeiro:</p> <p>Materiais usados na pesquisa dos fumantes e durante a reunião inicial.</p>	<p>Médico, ACS e enfermeiro</p> <p>Médico, ACS e enfermeiro</p> <p>Prefeitura e Secretária de Saúde</p>	<p>Favorável</p> <p>Favorável</p> <p>Indiferente</p>	<p>Não é necessário</p> <p>Não é necessário</p> <p>Apresentar o projeto, mostrar benefícios a curto e longo prazo.</p>
Viver com saúde	<p>Cognitivo:</p> <p>-Informação sobre o tema e de como transmitir as informações.</p> <p>Político:</p> <p>-Propor junto ao gestor, o funcionamento dos grupos baseados em horário extra.</p>	<p>Médico e enfermeiro</p> <p>Secretária de Saúde</p>	<p>Favorável</p> <p>Favorável</p>	<p>Não é necessário</p> <p>Apresentar o projeto, mostrar benefícios a curto e longo prazo.</p>

Campos; Faria; Santos (2010,p.73) a elaboração do plano operativo é muito importante o coordenador nomear os responsáveis por cada operação e estabelecer o prazo o cumprimento das ações. O gerente de cada operação é

aquele que acompanha da execução de todas ações definidas, “ele pode contar com o apoio de outras pessoas”.

Quadro 6- Plano operativo.

Operações	Resultados	Produtos	Operações Estratégicas	Responsável	Prazo
Capacitação	-Profissionais capacitados, interessados, seguros, com conhecimento para atender o usuário tabagista.	-Profissionais mais atuantes e seguros na abordagem e tratamento do usuário tabagista, consequentemente a diminuição do índice do consumo de tabaco.	Encontro em um espaço físico adequado com profissionais capacitores e material adequado.	Profissional médico vinculado ao programa do INCA.	Uma semana.
Atendimento sistematizado	Sistematização do atendimento do usuário tabagista. Acompanhamento e monitoramento do usuário. -Agenda adequada, consultas individuais realizadas e grupos operativos funcionando. -Maior número de consultas e medicamentos	-Atendimentos individuais com tempos de consultas adequados. -Aumento do número de consultas individuais. -Atendimento de grupos funcionando. -Maior adesão ao tratamento. Acompanhamento monitorizado pelas ACS	Para acompanhamento e avaliação de cada paciente inscrito terá seu prontuário. Documentar a evolução de cada paciente ao decorrer das sessões estruturadas. Garantir o sucesso do tratamento, os riscos de recaída e o retorno à saúde da família.	Médico, enfermeiro e psicólogo.	Julho/2014: Levantamento do número de fumantes na área de abrangência PSF JK Agosto/2014: Campanha educativa para mobilizar a comunidade sobre os grupos Setembro/2014: Formação da equipe que atuará no grupo de apoio Outubro/2014: Planejamento das ações Novembro/2014 Início das

	disposição.	Medicamentos disponíveis se necessário. Diminuição do consumo de tabaco			sessões Duração 6 meses. 1° mês - encontros semanais 2° mês - encontros quinzenais 3° ao 6° mês - encontros mensais
Cadastramento	-Cadastro de um número elevado de usuários com mesmo objetivo em comum. -Incentivo por toda equipe da família sobre a importância da implantação do grupo. -Orientação sobre o número máximo de pessoas por grupo, além do tempo de duração. Preenchimento das fichas por um profissional de saúde com ensino superior completo contendo dados pessoais, anamnese e história tabagística e	-Cadastro adequado dos usuários que estão dispostos à cessação do tabagismo. -Usuários motivados sobre os benefícios e sobre a implantação do grupo.	Preenchimento do cadastro.	ACS, médico, enfermeiro	Mês de Outubro-2015

	exame físico.				
Sou tabagista	-Comunidade tabagista informada e consciente sobre os riscos do consumo do tabaco e os males causados.	-Diminuição de 80% dos fumantes. Conscientização da população sobre os malefícios do cigarro. -Estratégias para a cessação do tabagismo já elaboradas. -Cessação do tabagismo e a manutenção desta.	Comunidade tabagista informada e consciente sobre os riscos do consumo do tabaco e os males causados.	ACS, médico, enfermeiro	Mês de Agosto.
Motivação já	Melhor entendimento sobre os malefícios do tabagismo. Entendimento sobre os benefícios já nos primeiros dias sem o consumo do tabaco. Estratégias para ajudar nos momentos de fissura.	Maior adesão ao tratamento.	População informada sobre a implantação do grupo.	ACS, médico, enfermeiro e pacientes.	Mês de Agosto.
Viver com saúde	Esclarecimento sobre tabagismo	Maior adesão ao tratamento. Incentivo para	Utilização de manuais do INCA, terapia cognitivo-	ACS, médico, enfermeiro e pacientes.	Mês de Agosto.

	passivo. Incentivo de outros familiares a cessação do tabagismo.	que todos tabagistas que residem em um mesmo domicílio possam cessar esse hábito. Diminuição de problemas respiratórios, principalmente, em crianças de um mesmo domicílio.	comportamental e material expositivo, palestras em vídeos exibidos por meio de data show e dinâmicas.		
--	---	--	---	--	--

CONSIDERAÇÕES GERAIS

O tabagismo é um problema de saúde pública, que afeta milhares de pessoas de todas as faixas etárias, classes sociais, raça, sexo ou religião e com um alto índice de morbi-mortalidade.

É preciso considerar que a cessação do tabagismo traz benefícios à saúde, pois indivíduos que param de fumar evitam a maioria das doenças associadas ao tabaco. Há consenso de que o êxito dos programas de controle do tabagismo depende da conscientização da população. Além do envolvimento de todos os setores sociais, governamentais e não governamentais, pois o tabagismo é uma doença cujo controle depende da vontade e envolvimento de toda a sociedade.

Portanto a realização do plano de ação permitirá a equipe da Estratégia da Saúde da Família desenvolver ações que foram pensadas e discutidas e serão monitorizadas e avaliadas pelos responsáveis de forma sistematizada aumentando as chances de sucesso da equipe de saúde.

Concluimos que no tratamento do tabagismo é fundamental a criação de um espaço, onde o sujeito poderá pensar e criar novas possibilidades de vínculo, novas possibilidades de expressão e questionamento e por fim ter sucesso na cessação do tabagismo.

REFERÊNCIAS

ARAUJO, AJ de *et al.* Diretrizes para Cessação do Tabagismo. **J. bras. Pneumol.**, São Paulo, v.30, supl. 2, Aug.2004.

ARAÚJO.J.A de. Tabagismo na adolescência: por que os jovens ainda fumam? **J. bras. pneumol.** v.36, n.6 .São Paulo Nov./Dec. 2010.

BELO HORIZONTE, Prefeitura Municipal de Belo Horizonte. **Tabagismo**. 2012, 16p.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Plano de Implantação da Abordagem e Tratamento do Tabagismo na Rede SUS**. Brasília, 2001.

BRASIL. Ministério da Saúde. **A Política do Ministério da Saúde para a Atenção Integral a Usuários de Álcool e outras Drogas**. Brasília, 2003.

BRASIL, Ministério da saúde. **DATASUS, 2010**. Disponível em: <http://www2.datasus.gov.br/DATASUS/index.php>. Acessado em: 20/07/2014

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

CORRÊA, E. J; VASCONCELOS, M.; SOUZA, M. S. L. **Iniciação à metodologia: textos científicos**. Belo Horizonte: Nescon/UFMG.2010

http://cnes.datasus.gov.br/Lista_Es_Municipio.asp?VEstado=31&VCodMunicipio=314710&NomeEstado=MINAS%20GERAIS Acessado em 12/04/2014

DIRETRIZES SBPT. Cessação do Tabagismo. **Arq Bras pneumologia e fisiologia** 2010; 95(1 supl.1): 1-51.

GOLDMAN L., AUSIELLO D., Cecil – **Tratado de Medicina Interna**, 22. edição, Rio de Janeiro.Editora Elsevier, 2005, v. 1, p. 67.

HALLAL AL, GOTLIEB SL, ALMEIDA LM, CASADO L. Prevalência e fatores associados ao tabagismo em escolares da Região Sul do Brasil. **Rev Saúde Pública**. 2009;43(5):779-88.

MALCON MC, MENEZES AM, CHATKIN M. Prevalência e fatores de risco para tabagismo em adolescentes. **Rev Saúde Pública**. 2003;37(1):1-7.

OLIVEIRA V, DE. **Perfil dos pacientes tabagistas internados no hospital de custódia e tratamento psiquiátrico de Santa Catarina.** Trabalho de Conclusão de Curso de Graduação em Medicina. Universidade Federal de Santa Catarina. Florianópolis.2008

PAN AMERICAN HEALTH ORGANIZATION (PAHO). Smoking and Health in the Americas. A 1992 report of the Surgeon General in collaboration with the Pan American Health Organization. Atlanta, Georgia, 1992.

REICHERT, J. *et al.* Diretrizes para cessação do tabagismo **J. Bras. Pneumol.** [Internet]. v. 34, n. 10, p. 845-880, 2008.

SANTOS, R. Metade dos alunos fumantes é iniciada na universidade, **J Unicamp**, Campinas, n.163, ano XV, 2001. Disponível em < <http://www.unicamp.br>> Acessado em: 20/07/2014

SILVA, LCC. **Tabagismo, doença que tem tratamento.** Porto Alegre, RS. Artmed, 2012. 309 p.

SILVA MP, SILVA RM, BOTELHO C. Factors associated with cigarette experimentation among adolescents. **J Bras Pneumol.** 2008;34(11):927-35

WILHENA. T.R. F.; **Fatores que influenciam o tabagismo entre adolescentes escolares no município de MACAPÁ-AP.** Dissertação de Mestrado apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Ciências da Saúde da Universidade Federal do Amapá. Área de Concentração Epidemiologia e Saúde Pública. 2013

WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO). - **Confronting the Tobacco Epidemic in an Era of Trade Liberalization.** WHO/NMH/TFI/01.4, 2001.