

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

GLAUCUS FERNANDO VIEIRA NUNES

**A ABORDAGEM DO TABAGISMO NA EQUIPE DE SAÚDE
TOTONHA TOMÉ PIUMHI - MINAS GERAIS**

PIUMHI - MINAS GERAIS

2014

GLAUCUS FERNANDO VIEIRA NUNES

**A ABORDAGEM DO TABAGISMO NA EQUIPE DE SAÚDE
TOTONHA TOMÉ PIUMHI - MINAS GERAIS**

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

Orientador: Prof. Bruno Leonardo de Castro Sena

PIUMHI - MINAS GERAIS

2014

GLAUCUS FERNANDO VIEIRA NUNES

**A ABORDAGEM DO TABAGISMO NA EQUIPE DE SAÚDE
TOTONHA TOMÉ PIUMHI - MINAS GERAIS**

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

Orientador: Prof. Bruno Leonardo de Castro Sena

BANCA EXAMINADORA:

Prof. Bruno Leonardo De Castro Sena - Orientador

Prof^a. Agma Leozina Viana Souza - Examinadora

Aprovado em Belo Horizonte: 18 / 12 /2014

AGRADECIMENTOS

Em primeiro lugar é necessário agradecer a Deus pela oportunidade de concluir mais uma importante etapa em minha vida, que certamente contribuiu para o meu crescimento enquanto pessoa e profissional.

À minha família pelo apoio incondicional durante esse período e por entenderem minha ausência e dificuldade.

Aos funcionários da Unidade Básica de Saúde Totonha Tomé pela acolhida, suporte e atenção.

Ao orientador Bruno Leonardo de Castro Sena, agradeço todo apoio, direcionamento e orientação para a realização deste trabalho.

Aos demais funcionários da Universidade Federal de Minas Gerais, meu agradecimento.

RESUMO

O tabagismo é uma doença que corresponde a um importante fator de risco para outras doenças crônicas não transmissíveis de grande mortalidade; é, porém, sujeita a tratamento. Este trabalho discute o tabagismo e o papel do Programa de Saúde da Família no combate a esse mal que afeta parcela significativa da sociedade, sendo considerado por muitos estudiosos como uma pandemia. Justamente em função disso, busca propor um projeto de intervenção que ajude conscientizar a população atendida na UBS Totonha Tomé sobre os riscos do tabagismo, bem como estimular o abandono da dependência e prevenir a iniciação ao consumo entre os adolescentes. Em um primeiro momento, foi realizado um diagnóstico situacional, por meio dos dados dos arquivos da ESF Totonha Tomé, da Secretaria de Saúde do município de Piumhi, do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE) e de observação da realidade. As principais fontes consultadas para a elaboração do trabalho de conclusão de curso foram artigos alocados no Google Acadêmico e em periódicos científicos disponibilizados na biblioteca virtual, documentos disponíveis nos portais eletrônicos do INCA, da Política Nacional de Promoção da Saúde (PNPS), do Observatório da Política Nacional de Controle do Tabaco, da Organização Mundial da Saúde (OMS), como forma de conferir uma maior confiabilidade ao tema abordado. Foram pesquisados textos produzidos na última década do século XX (a partir de 1990) e aqueles que datam deste século. Além dessas fontes, também serão consultados livros e dissertações que abordem o tabagismo e o seu tratamento. Por se comportar como uma doença crônica, é necessário que seu tratamento seja valorizado e inserido nas rotinas de atendimento de unidades do Sistema Único de Saúde. Quando se fala em sucesso de processos de intervenção, também não se pode deixar de salientar a importância da família, dos amigos e da mídia, pois esses atuam como atores determinantes na conquista de uma nova identidade para o indivíduo que passou pela reabilitação.

Palavras-chaves: Saúde Pública, Tabagismo, Acolhimento, Motivação, Promoção da Saúde.

ABSTRACT

Smoking is a disease that represents a major risk factor for other chronic diseases of high mortality; is, however, subject to treatment. This paper discusses the smoking and the role of the Family Health Program in the fight against this evil that affects a significant portion of society, is considered by many scholars as a pandemic. Precisely because of this, attempts to propose an intervention project that helps educate the population served in the UBS Totonha Tomé about the risks of smoking and to encourage the abandonment of addiction and preventing initiation consumption among adolescents. At first, there was a situation analysis, using data from the archives of ESF Totonha Tomé, the Health Department of the Municipality of Piumhi, the Brazilian Institute of Geography and Statistics (IBGE) and observation of reality. The main sources consulted in the preparation of the completion of course work were allocated articles in Google Scholar and scientific journals available in the virtual library, documents available in electronic portals of INCA, the National Policy for Health Promotion (PNPS), the Observatory National Policy on Tobacco Control, the World Health Organization (WHO), in order to provide greater reliability to the topic discussed . Texts were surveyed produced in the last decade of the twentieth century (from 1990) and those dating from this century. In addition to these sources, will also be consulted books and dissertations addressing tobacco use and its treatment. By behaving as a chronic disease, it is necessary that your treatment is valued and inserted into the routines of health clinics in the Health System. When it comes to successful intervention processes, it cannot fail to point out the importance of family, friends and the media, as these play determining actors in the conquest of a new identity for the individual who went through rehabilitation.

Keywords: Public Health, Tobacco, Home, Motivation, Health Promotion.

LISTA DE FIGURAS E QUADROS

Figura 1: Localização do município de Piumhi-MG.....	7
Quadro 1: População por faixa etária e sexo na ESF Totonha Tomé	10
Quadro 2: Priorização dos problemas da ESF Totonha Tomé	24
Quadro 3: Operações para os nós críticos.....	25
Quadro 4: Operação do plano.....	26

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

APS - Atenção Primária à Saúde

CAPS - Centro de Atenção Psicossocial

CEMIG - Companhia Energética de Minas Gerais

DATASUS - Departamento de Informática do Sistema Único de Saúde

ESF - Estratégia Saúde da Família

IAPC – Agencia Internacional de Pesquisa em Câncer

IBGE - Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística

IDH -Índice de Desenvolvimento Humano

INCA - Instituto Nacional de Câncer

MS - Ministério da Saúde

NACHR - receptores de acetilcolina nicotínicos

NESCON/UFMG - Núcleo de Educação em Saúde Coletiva

OMS - Organização Mundial de Saúde

PNT - Pesquisa Nacional de Tabagismo

PES - Planejamento Estratégico Situacional

PNCT - Programa Nacional de Controle do Tabagismo

PSF - Programa Saúde da Família

PNCTOFR - Programa Nacional de Controle do Tabagismo e Outros Fatores de Risco de Câncer

PNPS - Política Nacional de Promoção da Saúde

PNSN - Pesquisa Nacional de Saúde e Nutrição

PROVAB - Programa de Valorização do Profissional da Atenção Básica

SAAE - Serviço Autônomo de Água e Esgoto

SIAB - Sistema de Informação da Atenção Básica

SNC - Sistema Nervoso Central

SUS - Sistema Único de Saúde

UBS - Unidade Básica de Saúde

WHO - *World Health Organization*

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	5
1.1 Tabagismo: contexto geral	5
1.2 Identificação do município	6
1.3 Histórico de criação do município	7
1.4 Aspectos socioeconômicos e demográficos do município	8
1.5 Sistema local de saúde	9
2 JUSTIFICATIVA	12
3 OBJETIVOS	14
3.1 Objetivo geral	14
3.2 Objetivos específicos	14
4 METODOLOGIA	15
5 REVISÃO DE LITERATURA	16
5.1 O tabagismo	16
5.2 Ações de controle do tabagismo	18
5.3 A importância do acolhimento ao tabagista	20
5.4 A abordagem do tabagista	20
6 PLANO DE AÇÃO	23
6.1 Elaboração do plano de ação	26
7 DISCUSSÃO	28
8 CONSIDERAÇÕES FINAIS	29
REFERÊNCIAS	31

1 INTRODUÇÃO

1.1 Tabagismo: contexto geral

De acordo com o Instituto Nacional de Câncer (INCA, 2010), a presença de cerca de 4.720 substâncias na fumaça dos derivados do tabaco faz com que o tabagismo seja responsável por aproximadamente 50 doenças distintas. A Agência Internacional de Pesquisas sobre o Câncer (IAPC) apontou que, dos 12,7 milhões de novos casos e 7,6 milhões de óbitos por câncer no mundo, a maior mortalidade foi o câncer de pulmão.

De acordo com o INCA (2010) o câncer de pulmão é um dos tipos de tumor mais letal e também uma das principais causas de morte e como em grande parte das vezes está associado direta ou indiretamente ao tabagismo, é vital o investimento de ações que busquem combater esse problema, considerado de saúde pública.

O tabagismo é uma das principais causas de morte passível de ser evitada no mundo, sobretudo pelo câncer, por doenças associadas ao sistema pulmonar e cardiovascular, além de contribuir significativamente para outras doenças. De acordo com a Organização Mundial da Saúde (2005) cerca de um terço da população mundial adulta, isto é, 1 bilhão e 200 milhões de pessoas, são fumantes.

Apesar de todo o conhecimento científico acumulado sobre o tabagismo como fator de risco de doenças graves e fatais, sobre a sua própria condição de doença crônica ligada à dependência da nicotina, e embora o consumo de tabaco, sobretudo de cigarros, venha caindo na maioria dos países desenvolvidos, o consumo global aumentou cerca de 50% durante o último século às custas dos países em desenvolvimento. Nesse período, o consumo cresceu 8% na China, 6,8% na Indonésia, 5,5% na Síria e 4,7% em Bangladesh (WORLD BANK, 1999; WHO, 2001b).

Ainda de acordo com a OMS (2010), o total de mortes associadas ao tabaco é de 5 milhões por ano. Caso as atuais tendências sejam mantidas, esse número irá aumentar, em 2030, para 10 milhões. No caso do Brasil, embora existam diretrizes nacionais para o controle do tabagismo, é preciso

que pequenas ações sejam realizadas para tornar o combate mais eficiente. Por isso, é de grande importância a participação da atenção primária no envolvimento dos atores da comunidade e na busca de soluções para o combate desse problema.

Além dos danos associados ao comprometimento da saúde, há ainda prejuízos que envolvem questões financeiras, familiares, sociais. No Brasil, o Instituto Nacional de Câncer é o responsável pelo controle nacional ao tabagismo. O programa inclui vigilância, legislação e incentivos econômicos, além de educação em escolas, locais de trabalho e nas unidades de saúde (INCA, 2013).

1.2 Identificação do município de Piumhi

Piumhi é um município localizado na sub-região do Centro-Oeste de Minas Gerais, a 256 km da capital Belo Horizonte. No mapa apresentado (Figura 1), é possível notar os municípios limítrofes: Doresópolis, Bambuí, São Roque de Minas, Capitólio, Pimenta e Vargem Bonita. O acesso rodoviário à região pode ser feito pelas rodovias MG-439, MG-354 e MG-050. A população da cidade é de 31.883 habitantes (IBGE, 2010).

A região onde se situa o município é banhada por vários ribeirões e córregos. Entre os principais mananciais estão os ribeirões das Araras, das Onças e das Magrinhas, responsáveis pelo abastecimento de água em Piumhi. O principal curso de água que banha a região é o rio São Francisco, que nasce no município vizinho de São Roque de Minas, e há ainda o rio Piumhi (IBGE, 2010).

Figura 1: Localização do município de Piumhi-MG



Fonte: http://www.portaldopatrimoniocultural.com.br/mati/upload/max_mat1175014503.jpg.

Próximos ao município estão o lago da Hidrelétrica de Furnas e a Serra da Canastra, onde está localizada a nascente do rio São Francisco e a sua primeira queda-d'água, a cachoeira Casca d'Anta. Piumhi é considerada a 39ª cidade em qualidade de vida entre os 853 municípios do estado de Minas Gerais (IBGE, 2010).

Com relevo suave, o município é cercado, de nordeste para sudeste, pela Serra da Pimenta, ponto culminante de Piumhi, com 1.256 metros, e pela Serra do Andaime e suas continuações. A norte, oeste e sul, o relevo torna-se mais suave ainda, e as maiores altitudes são representadas pela Serra da Canastra e pelos chapadões que a circundam. Possui uma área de aproximadamente 902 km² e uma altitude de cerca de 793 metros. O clima tropical tem a temperatura média de 22° C, e a vegetação predominante é o Cerrado (IBGE, 2000).

1.3 Histórico de criação do município

A história do município se inicia em meados do século XVIII com a descoberta da região pelo bandeirante João Batista Maciel, vindo de São

Paulo. Em sua incursão na região, descobriu ouro ao longo das margens do rio Piuí (IBGE, 2000).

A partir disso, organizou-se uma expedição com o objetivo de tomar posse da região, e assim foi feito. Porém, ao contrário do que se pensava, as jazidas de ouro não tinham a dimensão esperada. Em razão desse fato, Batista Maciel acabou sendo preso, acusado de ter mentido para a metrópole portuguesa (IBGE, 2000).

Os filhos de Batista Maciel, unidos a alguns agregados, diante da prisão do bandeirante, se rebelaram contra o governo local, conseguindo a libertação de Batista, que, depois de livre, retirou-se da área. Outros dois bandeirantes: capitão Tomás de Souza e alferes Moreira, também tiveram um papel importante no desbravamento e ocupação da região (IBGE, 2000).

Um arraial nasceu em função das atividades de mineração às margens do córrego Cavallo e recebeu o nome de Nossa Senhora do Livramento. Ao longo do século XVIII, a região foi se desenvolvendo e deixando de ser um simples arraial e tomando contornos de cidade (IBGE, 2000).

O arraial foi elevado à categoria de vila, com autonomia municipal, em 1841, desmembrando-se o novo município de Formiga e em 1868 foi elevado à categoria de sede municipal. Em 1998, o município passou a denominar-se Piumhi (IBGE, 2000).

1.4 Aspectos socioeconômicos e demográficos do município

Segundo o Censo Demográfico de 2010, Piumhi possui 31.883 habitantes e uma área total de 902,468 km². A densidade demográfica é 35,33 hab/km². As atividades agropecuárias constituem a base da economia, entretanto, a taxa de urbanização é elevada e corresponde a 89,59% sendo que 28.564 pessoas residem na área urbana (IBGE, 2010).

A empresa responsável pela distribuição e tratamento da água e pelo esgoto na cidade é a SAAE (Serviço Autônomo de Água e Esgoto); o fornecimento de energia elétrica é feito pela CEMIG (Companhia Energética de Minas Gerais) e a Prefeitura Municipal de Piumhi é responsável pela coleta de lixo de toda a cidade (IBGE, 2010).

De acordo com o DATASUS (2010) a maior parte dos domicílios avaliados possui rede geral de esgoto (74,4%); e o serviço de limpeza é feito pela coleta de lixo na maior parte dos domicílios (83,5%). O número de domicílios particulares ocupados em Piumhi é de 10.680. A cidade tem o IDH classificado como elevado e corresponde ao valor de 0,737 (IBGE, 2010).

No município, cerca de 87% (IBGE, 2010) da população total é alfabetizada (27.744 pessoas). Desse total, 49,45% são homens, e 50,55%, mulheres e 78,56% residem no centro urbano.

De acordo com dados da Fundação João Pinheiro (2010), a média da renda mensal *per capita* em 2010 foi de 719,48 reais. Contudo, a média da renda *per capita* na área rural é de 567,51 reais; enquanto na área urbana é de 736,44 reais.

1.5 Sistema local de saúde

O Conselho Municipal de Saúde é composto por oito integrantes, sendo quatro representantes dos usuários, um representante do governo local, um representante dos trabalhadores de saúde e um representante dos prestadores de serviço em saúde. No momento, o município não tem secretário de Saúde em função dos problemas enfrentados pela atual gestão municipal (SECRETARIA DE SAÚDE DE PÍUMHI, 2010).

A participação popular nas reuniões e na composição do Conselho é inexistente, predominando a indicação política dos seus membros oficializada por meio de eleições simbólicas. As reuniões são públicas e mensais (SECRETARIA DE SAÚDE DE PÍUMHI, 2010).

O orçamento programado para 2014 é de cerca de R\$ 11.166.000,00. O sistema de saúde do município tem como modalidade de gestão o sistema pleno da atenção básica. Sua assistência básica é composta por dez equipes da Estratégia Saúde da Família (ESF), dez Unidades Básicas de Saúde (UBS), que são razoavelmente bem distribuídas na cidade, um laboratório de análises clínicas, uma farmácia municipal, um centro de diagnósticos por imagem, um centro de saúde da mulher, um centro de especialidades odontológicas, três postos de saúde e um centro de assistência social.

Fazem parte da média complexidade do município: um Centro de Atenção Psicossocial (CAPS), um centro de reabilitação e hidroterapia, uma unidade de pronto atendimento integrada com a Santa Casa de Misericórdia de Piumhi, responsável pelo atendimento dos usuários do Sistema Único de Saúde (SUS), convênios e particulares. A assistência de alta complexidade é realizada em centros de referência nas cidades de Passos, Belo Horizonte e Ribeirão Preto.

A ESF Totonha Tomé, uma das equipes de saúde do município, foi criada em 2007 e funcionou de maneira precária, em uma sala do Posto de Saúde Dona Iracema. A equipe era composta por uma enfermeira, dois agentes comunitários de saúde e um médico. Atualmente, está integrada à Equipe Dona Tina e atendem na Unidade Básica de Saúde (UBS) José Goulart, construída em 2009 para este fim.

A UBS José Goulart obedece às normas estipuladas pelo Ministério da Saúde (MS). Sua estrutura física é composta por uma sala de espera em comum e duas recepções, sendo uma para cada equipe.

Localizada à rua Ari Almada, 525, no bairro Nova Esperança, a UBS abrange, segundo dados do Sistema de Informação da Atenção Básica (SIAB, ANO) uma população de 2.881 pessoas cadastradas, em 955 famílias. A equipe é composta por vinte profissionais, dos quais cinco são servidores municipais concursados, catorze são funcionários contratados e um é proveniente do Programa de Valorização do Profissional da Atenção Básica (PROVAB). O quadro 1 a seguir, estratifica a população da área de abrangência da UBS Totonha Tomé, de acordo com a faixa etária e o sexo.

Quadro 1: População por faixa etária e sexo, UBS Totonha Tomé (Piumhi-MG)

Faixa etária	Masculina	Feminina	Total
> 1 ano	21	19	40
1 a 4 anos	79	76	155
5 a 6 anos	43	34	77
7 a 9 anos	69	75	144
10 a 14 anos	120	106	226
15 a 19 anos	110	157	267
20 a 39 anos	528	505	1033
40 a 49 anos	190	218	408
50 a 59 anos	156	155	331
< 60 anos	99	121	220
Total	1.415	1.466	2.881

Fonte: IBGE(2010)

2. JUSTIFICATIVA

O tabagismo é um dos mais importantes problemas de saúde pública característico apenas da espécie humana. Apesar dos 40 anos passados desde o primeiro documento governamental “*Surgeon General Report*” sobre os prejuízos do fumo à saúde, esse problema persiste como uma das principais causas preveníveis de morte no mundo (OMS, 2006).

Para a Organização Mundial de Saúde (OMS), o tabagismo é considerado uma grande pandemia, já que, atualmente, morrem, em todo o mundo, 5 milhões de pessoas, por ano, em consequência das doenças agravadas pelo consumo do tabaco. Do total de mortes ocorridas, 4 milhões foram do sexo masculino e 1 milhão do sexo feminino. No ano de 2025, ocorrerão 10 milhões de mortes decorrentes do tabagismo, se não houver mudança nos índices atuais (OMS, 2006).

De acordo com Algranti (2001) os efeitos do tabagismo na prevalência de sintomas respiratórios, nas alterações funcionais dos pulmões e no risco de câncer são reconhecidos há décadas. A multicausalidade das doenças associadas ao tabagismo tem tido, relativamente, pouco enfoque.

Dentre as causas de doenças pulmonares ambientais, a exposição ocupacional e a poluição (domiciliar e externa) seguem o tabagismo em escala de importância, e já se conhecem alguns efeitos deletérios ao sistema respiratório advindos da associação entre estes grupos causais. O tabagismo está associado a uma parcela significativa das mortes devidas ao câncer. É um fator de risco para o desenvolvimento de carcinomas no esôfago, no aparelho respiratório, no estômago, entre outros (ALGRANTI, 2001).

Segundo Balbani e Montovani (2005) a nicotina induz tolerância e dependência pela ação nas vias dopaminérgicas centrais, levando às sensações de prazer e de recompensa mediadas pelo sistema límbico. É estimulante do Sistema Nervoso Central (SNC), aumenta o estado de alerta e reduz o apetite. A diminuição do consumo da nicotina pode resultar em crises de abstinência marcadas por ansiedade, irritabilidade, distúrbios para dormir, ganho de peso e uma série de alterações cognitivas. Nessa fase, o acompanhamento profissional é fundamental para que a pessoa consiga reduzir ou abandonar a dependência com sucesso.

Este trabalho se justifica pelos contornos que esse problema de saúde pública tem assumido, ou seja, pela grande incidência de fumantes. Como não poderia ser diferente, na Unidade de Saúde Totonha Tomé, na qual estou inserido, tem alta incidência de fumantes, inclusive, entre adolescentes. Em função disso, vejo a necessidade de sensibilizar a comunidade local, atuando sobre o foco do problema, na expectativa de contribuir para a redução das doenças tabaco-relacionadas.

Como a dependência pode ser evitada e tratada, esta é uma importante tarefa a ser perseguida pelos profissionais da área de saúde, principalmente aqueles inseridos na atenção primária.

3. OBJETIVOS

3.1 Objetivo geral

Implementar ações educativas para prevenção de iniciação e de tratamento do tabagismo entre os moradores da área de abrangência da UBS Totonha Tomé, Piumhi, MG.

3.2 Objetivos Específicos

- Obter informações por meio dos registros disponíveis na UBS, sobre condições associadas ao tabagismo: idade de início, tentativas prévias de interrupção do vício, comorbidades associadas, associação com outras dependências;
- Propor a criação de um grupo de apoio para aqueles que desejam parar de fumar;
- Propor a elaboração de um questionário que permita o traçado do perfil dos tabagistas;
- Elaborar um protocolo de abordagem da pessoa tabagista em todas as consultas na unidade;
- Desenvolver um questionário de abordagem breve ao tabagista, para que funcione como uma ferramenta a ser utilizada nas consultas
- Propor a elaboração de um material educativo para estudo e para capacitação dos profissionais da área de saúde;
- Propor a produção de um material educativo para distribuição em escolas localizadas na área de abrangência da UBS.

4 METODOLOGIA

Foi realizado o diagnóstico situacional, da UBS Totonha Tomé, com base nos dados obtidos no Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), DATASUS e nos arquivos da equipe.

O referencial teórico está respaldado por artigos consultados no Google Acadêmico, na Biblioteca Virtual da Saúde, documentos disponíveis nos portais eletrônicos do INCA, da Política Nacional de Promoção da Saúde (PNPS), do Observatório da Política Nacional de Controle do Tabaco, da Organização Mundial da Saúde (OMS), como forma de conferir uma maior confiabilidade ao tema abordado. Foram pesquisados textos produzidos na última década do século XX (a partir de 1990) e aqueles que datam deste século. Além dessas fontes, também serão consultados livros e dissertações que abordam o tabagismo.

Todo plano de ação deve ser norteado por metas específicas, realistas e mensuráveis, a fim de que seja possível atingir os objetivos. Assim, o plano de ação do PES (Planejamento Estratégico Situacional), será seguido, apoiado em uma análise ampla e multisetorial de modo que os distintos atores presentes na comunidade sejam envolvidos, desde o poder público até a população assistida, em busca de soluções criativas assentadas em propostas possíveis de serem realizadas.

5. REVISÃO DE LITERATURA

5.1. O tabagismo

De acordo com Spink *et al.* (2009) fumar é um hábito bastante antigo praticado por diversos indivíduos ao redor do mundo, possuindo diversas funções sejam elas de caráter social ou mesmo econômico.

Para Rosemberg (1977) tal hábito se desenvolveu na Europa a partir do contato com os habitantes das Américas, que já utilizavam a folha de tabaco para fumar ou aspirar. No século XVII, a difusão do hábito de fumar, sobretudo na Europa, foi responsável por um aumento do valor do tabaco no comércio e, com isso, as áreas de cultivo foram ampliadas. Na mesma época, foi criado, na Espanha, um protótipo do que é o cigarro atual.

Em 1840, na França, foram criados os cigarros cuja produção em grande quantidade favoreceu sua difusão e comercialização, atingindo consumidores das mais variadas classes sociais. E foi assim que, aos poucos seu poder de alcance foi atingindo pessoas em cada um dos cinco continentes (ROSEMBERG, 1977).

O consumo do tabaco difundiu-se alimentado por um ativo comércio que geralmente associava o seu uso a um estilo de vida paradoxalmente saudável nas massivas peças publicitárias veiculadas nas mais variadas mídias. Além disso, os preços baixos e o fácil acesso estimularam ao longo do tempo a iniciação entre crianças e adolescentes (ROSEMBERG, 1977).

De acordo com Spink *et al.* (2009) apesar de ser um hábito enraizado em diversas sociedades e de movimentar grandes volumes de dinheiro, o tabagismo é reconhecido como um problema de saúde pública e vem sendo desaconselhado.

A nicotina, substância presente no tabaco, causa dependência química similar àquela verificada no uso de entorpecentes como a heroína ou a cocaína. De acordo com Longenecker (1998) a nicotina é uma droga de forte potencial de dependência, apesar de demorar mais tempo do que outros tipos de estimulantes do sistema nervoso central para tornar o usuário dependente,

tal como ocorre com a cocaína, por exemplo, fato que dificulta interromper o seu uso após instalada a dependência.

De acordo com Schmidt *et al.* (2001) o tabagismo está na Décima Revisão da Classificação Internacional de Doenças (CID-10) no grupo dos transtornos mentais e de comportamento decorrentes do uso de substância psicoativa, e é ainda considerada uma doença pediátrica, já que muitos dos dependentes começam a fazer uso com idade média de 15 anos.

Segundo o INCA (2005) o tabagismo comporta-se como uma doença crônica, e seu tratamento deve ser valorizado, fazendo parte das rotinas de atendimento das UBS do Sistema Único de Saúde (SUS), da mesma forma como ocorre com a hipertensão e a diabetes. É ainda necessário ter em mente que os fumantes passivos (aqueles que não fumam, mas que têm contato indireto com a fumaça do cigarro) também estão incluídos nos riscos. O mesmo autor afirma que o tabagismo passivo é a terceira causa de morte evitável no mundo.

Meireles (2006) afirma que morrem no Brasil cerca de 200 mil pessoas por ano em decorrência do tabagismo, número considerado alarmante. De acordo com Spink *et al.* (2009), desde 1986, leis brasileiras vêm sendo redigidas tentando frear o consumo de tabaco no país. Para conseguir tal redução, foi necessário, a partir de 1986, aprovar uma legislação que contemplasse ações de caráter proibitivo e restritivo de consumo de tabaco, assim como outras de caráter educativo, as quais, inicialmente, foram elaboradas de forma mais tímida.

Não se pode perder de vista que ações para o controle do tabagismo dependem de uma grande articulação de diversas esferas da sociedade, ou seja, governo, instituições governamentais e não governamentais e população. Neste sentido, as ações das equipes de saúde da família se mostram necessárias para prevenir a iniciação e promover a reabilitação daqueles dos fumantes. Sobre a questão associada ao tratamento Sopezi *et al.* (2007, p. 29) diz:

Tem-se a dificuldade de trabalhar com os fumantes, pois muitos dos que procuram parar de fumar nem sempre buscam ajuda motivados por vontade própria, mas sim por pressão familiar, pela necessidade diante do recebimento de um

diagnóstico de doença relacionada ao vício, ou por outras questões.

Considerando que a Atenção Primária à Saúde tem uma abordagem biopsicossocial, tratando o indivíduo como um ser único, dotado de capacidades para a promoção da sua saúde, e que um contexto sociocultural diversificado tem a capacidade de prevenir danos e agravos à saúde do próprio indivíduo e coletividade, adotando ações e medidas que fortalecem a saúde individual e coletiva do ser humano em todos os ciclos da vida (BRASIL, 2006), o aconselhamento do fumante deve ser implementado por todos os profissionais.

De acordo com Buss (2000) a concepção de um tratamento supervisionado, torna-se relevante a efetiva participação do usuário em seu tratamento, uma vez que o indivíduo torna-se o protagonista de sua própria história, se sente um ser importante e capaz, eleva sua autoestima, em função de notar que é capaz de abandonar o vício e tomar as rédeas de sua vida enquanto ser social. A promoção da saúde “propõe a articulação de saberes técnicos e populares, da mobilização de recursos institucionais e comunitários, públicos e privados para seu enfrentamento e resolução”. Buss (2000) relata que em função disso, cabe aos profissionais de saúde o desenvolvimento de ações e condutas exitosas, que garantam a cura ao paciente, podendo representar diminuição significativa do número de fumantes e a melhoria da qualidade de vida das pessoas.

5.2 Ações de controle do tabagismo

O controle do tabagismo depende de uma articulação dos mais distintos setores da sociedade, tais como poder público, iniciativa privada e setores sociais. Foi justamente neste sentido que, em 1989, o INCA coordenou ações nacionais de combate ao tabagismo, envolvendo os mais diversos setores da sociedade, com o objetivo geral de reduzir a prevalência de fumantes e a conseqüente morbimortalidade relacionada ao consumo de derivados do tabaco no Brasil, com os objetivos específicos de reduzir a iniciação do tabagismo, principalmente entre jovens, aumentar a cessação de

fumar entre os que se tornaram dependentes e proteger todos os indivíduos dos riscos do tabagismo passivo (INCA, 2005).

Victoria *et al.* (2011) relatam que é muito importante o envolvimento concreto dos meios de comunicação com a saúde pública, contribuindo para mudanças no comportamento da população. Ao indagar pacientes durante a anamnese, muitos fumantes relatam que observaram informações anti-cigarro pelas diversas mídias, inclusive nas embalagens do produto. Como formadores de opinião, é preciso que, cada vez mais, as mídias empenhem-se em derrubar a imagem positiva do hábito de fumar, de modo a reduzir a iniciação de novas pessoas ao vício e incentivar aqueles que já são fumantes a abandonar o fumo.

Esse cenário evidencia a necessidade de ações para controle do tabagismo, e, para que elas tenham sucesso, é necessária uma articulação que envolva distintas estratégias e distintos setores sociais, governamentais e não governamentais. Sobre isso, Cavalcante (2005) relata que é sob a ótica da promoção da saúde que, desde 1989, o INCA coordena as ações nacionais do Programa Nacional de Controle do Tabagismo (PNCT) atualmente denominado Programa Nacional de Controle do Tabagismo e Outros Fatores de Risco de Câncer (PNCTOFR), desenvolvidas em parceria com as secretarias estaduais e municipais de saúde e de vários setores da sociedade civil organizada, sobretudo das sociedades científicas e de conselhos profissionais da área da saúde.

De acordo com Cavalcanti (2005) o PNCTOFR tem como objetivo geral reduzir o número de fumantes e a consequente mortalidade associada ao consumo de produtos que possuam nicotina em sua constituição. Esse programa tem dois objetivos bastante claros que consistem em reduzir a iniciação do tabagismo, principalmente entre jovens, e aumentar o número de pessoas que tratam a dependência, além de buscar proteger dos riscos os fumantes passivos.

Entre as estratégias que norteiam esse programa está a descentralização das ações por meio das secretarias estaduais e municipais de saúde, segundo a lógica do Sistema Único de Saúde (SUS). A ação em escala municipal se torna uma importante ferramenta no sentido de tentar cessar essa pandemia.

5.3 A importância do acolhimento ao tabagista

De acordo com Mariotti (2002) o acolhimento é uma das principais ações que norteia os serviços de saúde. Tendo como foco o usuário em seu amplo contexto, ressalta a boa recepção, a resolutividade, a escuta e o conhecimento prévio do usuário sobre a doença são boas medidas para identificar melhor quais são suas necessidades.

Conforme o Ministério da Saúde (BRASIL, 2003) o acolhimento ao fumante deve estabelecer um vínculo de confiança entre profissional e usuário, fortalecendo a ligação com a equipe de saúde e atendendo aos princípios que regem o Sistema Único de Saúde.

Cavalcante (2005) relata que para a consolidação do acolhimento é necessário priorizar alguns critérios de grande relevância, tais como postura adequada, escuta qualificada, conhecimento do serviço local e também do serviço referenciado para os encaminhamentos que se fizerem necessários. Dessa maneira, o profissional de saúde deve estar ciente do seu papel, atendendo aos princípios operacionais do SUS, trazendo resolutividade do problema em questão.

O acolhimento é uma estratégia que busca humanizar ações do cuidar, garantindo a promoção, prevenção, recuperação e manutenção da saúde do indivíduo, com ações e condutas de aproximação, de relação com o usuário que procura os serviços de saúde, a qual não se restringe apenas ao ato de receber, mas se constitui em uma sequência de atos e modos que compõem as metodologias dos processos de trabalho em saúde, em qualquer nível de atenção (BRASIL, 2006).

O acolhimento não se restringe a um espaço ou local, mas é, de fato, uma postura ética, uma atividade que exige dos profissionais sensibilidade ao escutar angústias, lamentações, uma escuta que implica saberes. Isso é vital para o sucesso do tratamento e para a solução do problema do usuário (BRASIL, 2011).

5.4 A abordagem do tabagista

A OMS (2006) afirma que a nicotina é facilmente absorvida e atinge o sistema nervoso central conectando-se aos receptores de acetilcolina nicotínicos (nAChR). De acordo com Franken *et al.* (1996, p. 159):

Diversos estudos apontam que, no cérebro, os efeitos da nicotina podem estar relacionados a várias vias neuroquímicas e diferentes receptores, uma vez que essa substância age como agonista da acetilcolina, noradrenalina, vasopressina, betaendorfinas. Além desses efeitos, a nicotina aumenta as concentrações de dopamina em algumas áreas específicas, dentre elas, no núcleo accumbens e na amígdala, ou seja, a nicotina ativa a via da recompensa no sistema dopaminérgico mesocorticolímbico, fato que inclui o mecanismo de dependência de todas as drogas.

Para o INCA (2005), cerca de 30% dos fumantes brasileiros fumam 20 cigarros ou mais por dia. Em razão disso, é possível afirmar que existe um elevado grau de dependência do uso da nicotina, o que demanda suporte médico. Em função desse fator, por meio do PNCTOFR, o MS/INCA tem investido em ações promotoras de mudanças de comportamento, preparando as Unidades de Saúde para oferecerem apoio efetivo à cessação de fumar aos tabagistas que procuram atendimento de rotina na atenção primária.

Mas segundo SILVA *et al.* (2014), pesquisas nacionais sobre o consumo e abandono do tabagismo têm evidenciado uma queda na prevalência do tabagismo. A Pesquisa Nacional de Tabagismo (PNT), realizada em 2008, mostrou que 21,9% dos fumantes fizeram tentativas de parar de fumar nos 12 meses, sendo que 15,2% se beneficiaram do aconselhamento, e 6,7 % da farmacoterapia.

Sobre isso, SILVA *et al.* (2014) relatam que medicamentos com eficácia comprovada na amenização dos sintomas da síndrome de abstinência incluem os nicotínicos, dentre os quais destacam-se o adesivo e a goma de mascar, utilizados no Brasil, e os não nicotínicos denominados como antidepressivos.

De acordo com Wannmachee (2007) entre esses últimos, a bupropiona é o psicoativo mais eficiente, em função de simular, no organismo, sensação

semelhante àquela da nicotina, o que reduz a abstinência e ainda outros fatores como o ganho de peso com o abandono do fumo.

De acordo Gigliotti *et al.* (2001) o suporte farmacológico associado ao aconselhamento cognitivo-comportamental foi destacado por pesquisadores como fundamental para a obtenção de 28,7% de abstinentes após término do tratamento com grupo terapêutico, uma vez que mais de 80% desses indivíduos realizaram farmacoterapia.

De acordo com Rosemberg (2003) o tratamento com adesivo de nicotina aumentou, aproximadamente, 50% a proporção de abstinência quando comparado a grupos controles, independentemente do número de sessões de aconselhamento. Também observou que a associação da goma de nicotina com o adesivo nicotinado ou com antidepressivo elevou o número de sucessos na cessação de fumar.

Segundo o INCA (2001) para os tratamentos realizados nos núcleos de Atenção Primária à Saúde (APS), pelo SUS, há relatos de 61,85% de cessação do tabagismo, em 2008. Porém, não há dados posteriores desses pacientes (sucesso ou recaídas).

Sobre isso, Ramos *et al.* (2009) complementa que a adesão dos indivíduos aos grupos terapêuticos tende a se reduzir com o avanço do tratamento. A diminuição do número de participantes ao longo do tratamento é prevista e alertada durante as capacitações, pois, já na primeira sessão, o indivíduo é confrontado quanto à sua real intenção de abandonar o tabaco. Levando esse fator em consideração, avalia-se que os que permanecem até o último encontro estão efetivamente motivados a parar de fumar, mesmo que não consigam fazê-lo no período estipulado inicialmente.

Veloso *et al.* (2011) defende que, por essa razão, a formação de grupos terapêuticos para abordagem do tabagista na APS, com participação multiprofissional, representa uma alternativa de apoio e, conseqüentemente, de êxito na tentativa de abandono do tabaco.

De acordo com Sandra *et al.* (2014) é necessário, ainda, levar em consideração a saúde mental dos indivíduos que ingressam nesses grupos terapêuticos, pois, ao longo do tratamento, quadros de ansiedade e depressão podem aumentar em função das crises de abstinência.

6 PLANO DE AÇÃO

Para a implementação de um plano de ação, foi utilizado como referencial teórico o material indicado no módulo de Planejamento e Avaliação das Ações em Saúde do Curso de Especialização em Atenção Básica em Saúde da Família, do NESCON/UFMG.

A partir disso, foi realizado um diagnóstico situacional prévio, juntamente com a equipe, onde foram avaliados os principais problemas levantados pelos profissionais do PSF e pela comunidade.

De acordo com Correa *et al.* (2013), o plano de ação inicia-se quando são estabelecidas as estratégias para resolver o problema detectado durante o diagnóstico situacional. Nesse sentido, “a proposta de intervenção ou o plano de ação, deverá estar fundamentado no problema, na justificativa, nos objetivos e nas bases conceituais e operacionais”.

Durante as reuniões de equipe realizadas a cada quinze dias, buscou-se relatar os problemas e as principais demandas dos usuários. Foram identificados problemas, como diabetes, violência, aumento do número de usuário de drogas pesadas, como crack, grande demanda espontânea de idosos, puericultura inadequada, deficiências no planejamento familiar e promoção da saúde. Foi dentro do contexto de promoção da saúde que, nas reuniões, atentamos para o aumento do número de obesos e da grande quantidade de fumantes. A partir disso, chegamos à conclusão de que a alta incidência de algumas doenças, como hipertensão e câncer, por exemplo, poderia estar associada ao tabagismo.

Em seguida, utilizando a metodologia da estimativa rápida, criou-se uma planilha em que se identificaram os seis principais problemas, que foram selecionados quanto à prioridade, da seguinte forma:

- Atribuição de valor “alto”, “médio”, “baixo” de acordo com a importância do problema;
- Distribuição de pontos de acordo com sua urgência;
- Definição de que a resolução do problema está “dentro”, “fora”, ou “parcialmente dentro” do espaço de governabilidade da equipe;
- Numeração dos problemas por ordem de prioridade, a partir do resultado da aplicação dos critérios relacionados (Quadro 2).

Quadro 2: Priorização dos problemas da ESF Totonha Tomé em Piumhi-MG

Principais problemas	Importância	Urgência	Capacidade de enfrentamento	Seleção
Diabéticos mal-controlados	Alta	6	Parcial	1
Hipertensos mal-controlados	Alta	5	Parcial	2
Puericultura inadequada	Alta	4	Parcial	5
Planejamento familiar	Alta	5	Parcial	3
Promoção da saúde	Alta	5	Parcial	4

Fonte: Equipe de Saúde da Família Totonha Tomé (2014).

Entendendo justamente o papel da estratégia saúde da família na promoção de saúde e na prevenção e reabilitação daqueles que abandonaram a dependência, foi definido como problema o tabagismo, já que este é considerado causa primária de inúmeros problemas de saúde.

De acordo com Nettina (2003), a promoção da saúde e a prevenção de agravos visam desenvolver um alto nível de bem-estar, com objetivo de influenciar o comportamento e o ambiente em que as pessoas vivem, além de controlar a sua saúde e permitir que vivam melhor e por mais tempo.

Para combater os problemas identificados, é necessário diagnosticar as causas que devem ser atingidas, a fim de alcançar êxito no plano de ação. Para que um problema seja entendido como um nó crítico, ao sofrer determinada ação, ele deve ser capaz de sofrer mudanças e estar dentro da governabilidade de todos os agentes envolvidos no processo. Desse modo, foram identificados como nós:

- Hábitos e estilos de vida inadequados da comunidade: sedentarismo, dieta pouco nutritiva, alcoolismo e, principalmente, o tabagismo;
- Falta de motivação;
- Baixo grau de adesão;
- Falta de informação sobre as doenças associadas ao tabagismo.

Após a definição dos nós críticos, é possível elaborar o plano de ação que encaminha estratégias e soluções para enfrentamento do problema. Assim, faz-se necessário relatar as operações para o enfrentamento das causas identificadas como nós críticos. Desse modo, a partir dessa fase, são identificados produtos e resultados de cada operação, bem como os recursos necessários para a implantação e implementação das operações. Observe o quadro 3:

Quadro 3: Operações para os nós críticos

Nó crítico	Operação projeto	Resultados esperados	Produtos esperados	Recursos necessários
Hábitos e estilos de vida inadequados da comunidade: sedentarismo, dieta pouco nutritiva, alcoolismo e, principalmente, o tabagismo.	Grupo viver sem cigarro Modificar hábitos e estilos de vida, enfatizando malefícios do cigarro.	Promover hábitos de vida saudáveis; aumentar nível de informação da população sobre as doenças associadas ao tabagismo.	Campanha educativa, produção de material e realização de palestras.	Aquisição de material audiovisual para utilização nas campanhas de prevenção.
A população subestima, muitas vezes, os danos que o tabagismo e as doenças a ele associadas podem causar.	Promoção Realização de campanhas de conscientização da população.	Aumento do número de pessoas que abandonam o vício.	Programas de acompanhamento das pessoas que buscam abandonar o vício.	Aumento dos recursos para estruturar as campanhas de promoção, prevenção e intervenção.
Nível de informação: falta de conhecimento sobre as doenças que se escondem por trás do	Grupo Inspire e respire Aumentar o nível de informação da população sobre doenças associadas ao tabagismo.	Aumentar o nível de informação da população sobre os danos provocados pelo tabagismo de forma direta	Campanha educativa em palestras.	Organizar campanhas de prevenção e aquisição de recursos audiovisuais.

tabagismo.		e indireta.		
------------	--	-------------	--	--

Fonte: Equipe de Saúde da Família Totonha Tomé (2014).

6.1 Elaboração do plano de ação

Neste momento, são definidas as etapas da operação e os prazos nos quais serão cumpridos. A elaboração do plano de ação, que está representada no quadro 4.

Quadro 4: Operação do plano

Operação / Projeto	Resultados esperados	Produtos esperados	Ações estratégicas	Prazo	Situação atual
Grupo Viver sem cigarro Modificar hábitos e estilos de vida, enfatizando malefícios do cigarro.	Promover hábitos de vida saudáveis; aumentar nível de informação da população sobre as doenças associadas ao tabagismo.	Campanha educativa por meio da realização de palestras.	Sensibilizar a população para participação e frequência no grupo operativo.	Imediato.	Projeto em fase de implementação.
Preventivo Identificação de pessoas que iniciaram o uso do cigarro ou que convivem com fumantes.	Conscientizar aqueles que iniciaram o uso do cigarro sobre os riscos do vício e reduzir o número de fumantes.	Realização de palestras sobre o tabagismo e seus riscos.	Sensibilizar a população quanto à importância de não iniciar o uso do cigarro ou abandoná-lo.	2 meses para início das atividades	Fase de coleta de dados
Grupo Inspire e respire Aumentar o nível de informação da	Aumentar o nível de informação da população sobre o	Campanha educativa em palestras.	Sensibilização de todos os funcionários da ESF e da população da	Imediato.	Projeto em fase de implementação.

população sobre o câncer	tabagismo e doenças a ele associadas.		área de abrangência		
--------------------------	---------------------------------------	--	---------------------	--	--

Fonte: Equipe de Saúde da Família Totonha Tomé (2014).

7 DISCUSSÃO

Embora nas mais variadas mídias e em congressos as pessoas sejam alertadas sobre os prejuízos trazidos pelo tabagismo, sua prática no mundo continua crescendo. Isso pode ser atribuído, muitas vezes, à falta de medidas mais eficientes para o combate ao vício e ainda às ações de marketing que difundem o uso de cigarros e derivados ao redor do mundo.

Por influência dessas estratégias de comércio e publicidade, a cada dia, cerca de 100 mil jovens começam a fumar, e 80% destes estão em países em desenvolvimento. A idade média da iniciação é aos 15 anos, o que levou a OMS a considerar o tabagismo como uma doença pediátrica (WORLD BANK, 1999; WHO, 2001a).

Esse cenário põe em evidência que a expansão do consumo de tabaco é um problema altamente complexo que envolve muito mais do que questões de bioquímica e clínica médica. O papel fundamental de estratégias de marketing na expansão do consumo em escala planetária fez a OMS considerar o tabagismo uma doença transmissível pela publicidade (WHO, 1999).

Em função de fatos como este, é possível concluir o quanto é importante o papel da atenção primária no combate ao tabagismo, pois as Unidades de Saúde, no seu papel de promotoras da saúde, podem desenvolver ações educativas, normativas e organizacionais e, ainda, de apoio ao abandono da dependência e das recaídas.

Por isso, é necessário investir em programas de capacitação de profissionais de saúde e aconselhamento para apoiarem a cessação de fumar, medida que deve contemplar os profissionais da UBS que são fumantes, conforme proposto na unidade de análise.

É importante também desenvolver estratégias para a inserção do apoio ao abandono do tabagismo na rotina de atendimento à população. Por esse motivo, estamos realizando reuniões quinzenais e discutindo a melhor forma de desenvolver esta proposta. Para tanto, estamos investindo em estratégias que buscam melhorar o acolhimento e a inserção do tabagista nos programas assistenciais de tratamento.

8. CONSIDERAÇÕES FINAIS

Tendo em vista o referencial teórico e as entrevistas realizadas com os fumantes que frequentam a UBS Totonha Tomé, sediada em Piumhi-MG, é possível concluir que terapias grupais tendem a ter maior taxa de sucesso. Isso ocorre em função desse processo proporcionar discussões e uma enorme troca de experiências.

Além disso, pode-se dizer que o indivíduo em tratamento, de certo modo, se compromete não somente com o profissional de saúde, mas também com os outros integrantes da intervenção. Porém, ainda é preciso salientar que, para se ter êxito é preciso que o grau de motivação entre envolvidos seja semelhante.

Quando se fala em sucesso de processos de intervenção, também não se pode deixar de salientar a importância da família, dos amigos e da mídia, pois esses atuam como atores determinantes na conquista de uma nova identidade para o indivíduo que passou pela reabilitação. Nesse sentido, para que a família possa participar desse processo, precisa, antes de tudo, estabelecer vínculo de confiança, rever seus conceitos e motivar o paciente constantemente quanto à sua capacidade de abandonar o vício.

Com base na literatura revisada e discutida para a elaboração do presente trabalho, pode-se concluir que:

- O tabagismo é uma doença que durante muito tempo foi alimentada pela mídia e que, embora esta seja obrigada a alertar os usuários sobre os riscos do fumo, tais ações ainda precisam ser mais efetivas.
- Há um grupo de pessoas bastante significativo que ainda não enxerga o cigarro como uma droga passível de causar dependência.
- Muitas crianças são introduzidas ao consumo ainda em casa, em função do constante contato com fumantes.
- Há um grande número de fumantes passivos, que, mesmo sem fumar diretamente, são afetados de forma grave pelas toxinas emanadas pelo cigarro.

- Muitas vezes, o uso de fármacos é necessário, de modo a promover a reposição de nicotina e amenizar crises de ansiedade e irritabilidade com o uso de antidepressivos. Medidas como essa amenizam o quadro de abstinência.
- A educação em saúde deve começar nas escolas a partir da infância, a fim de prevenir que novos grupos de fumantes sejam formados.
- É necessário investir no treinamento e na capacitação das equipes de saúde para que os profissionais sejam cada vez mais eficientes durante a fase inicial do processo de intervenção.
- É importante investir em campanhas para que ex-fumantes continuem firmes no processo de abandono da dependência e procurar estimulá-los a buscarem atividades que possam suprir a necessidade do fumo.
- Investir em projetos de promoção de saúde na ESF de modo a conscientizar a população dos malefícios que o cigarro pode causar às pessoas e sobre todas as doenças associadas a ele.

REFERÊNCIAS

- ALGRANTI, E. Tabagismo e ocupação: elo de exposições pouco explorado como estratégia de combate ao tabagismo. **J. Pneumologia** [online]. 2001, vol.27, n.4, pp. 07-07. ISSN 0102-3586. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0102-35862001000400001&script=sci_arttext. Acesso em: 13 de out. 2014
- ARAUJO, A. J. *et al.* Diretrizes para Cessação do Tabagismo. **J. Bras. Pneumol.** [online]. 2004, vol.30, suppl.2, pp. S1-S76. ISSN 1806-3713. Acesso em: 22 de out. 2014
- BALBANI, A. P S.; MONTOVANI, J. C. **Rev Bras Otorrinolaringol.** V.71, n.6, 820-7, nov./dez. 2005. Acesso em: 13 de out. 2014
- BRASIL. Conselho Nacional de Secretários de Saúde. Atenção Primária e Promoção da Saúde/ Conselho Nacional de Secretários de Saúde. –Brasília: CONASS, 2011. 16p.
- BRASIL, Ministério da Saúde. Abordagem e tratamento do fumante. Consenso 2001. Rio de Janeiro: INCA, 2001.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Instituto Nacional do Câncer. Coordenação de Prevenção e Vigilância. Prevalência de Tabagismo no Brasil: Dados dos inquéritos epidemiológicos em capitais brasileiras. Rio de Janeiro: Coordenação de Prevenção e Vigilância/INCA/MS; 2004.
- BRASIL. Ministério da Saúde (MS). Secretaria de Atenção à Saúde. Instituto Nacional de Câncer (INCA). Ação global para o controle do tabaco. 1º Tratado Internacional de Saúde Pública. 3ª Edição. Rio de Janeiro: Inca; 2004.
- BUSS, P. M. Promoção da saúde e qualidade de vida. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 5, n. 1, p. 163-177, 2000.
- CAVALCANTE, T. M. O controle do tabagismo no Brasil: avanços e desafios. **Rev. Psiq. Clín.**, v. 32, n.5, p. 283-300, 2005.
- FRANKEN, R. A. *et al.* Nicotina. Ações e interações. **Arq. Bras Cardiol**, nº 1, vol. 66, 1996.
- FUNDAÇÃO JOÃO PINHEIRO. Disponível em <www.fjp.mg.gov.br>, acesso em 28/09/2014.
- GIGLIOTTIG, A., Carneiro, E. & Ferreira, M. **Tratamento do Tabagismo**. Em B. Rangé (Org.), *Psicoterapias cognitivocomportamentais: Um diálogo com a psiquiatria*. Porto Alegre: Artmed. 2001.
- INCA. Ministério da Saúde. Falando sobre tabagismo. Ministério da saúde. Brasília, DF, n.75, 1992.
- LONGENECKER, G. L. Como agem as drogas. São Paulo: Quark Books. 1998.
- MEIRELES, R. H. S. A ratificação da Convenção-Quadro para o controle do tabaco pelo Brasil: uma questão de saúde pública. **J. Bras. Pneumol.**, v.32, n.1, p.ii-iii, 2006.

NETTINA, S. M. *Prática de Enfermagem*. 8. Ed. Rio de Janeiro, RJ: Guanabara Koogan, 2003.

OMS. *Neurociência do uso e da dependência de substâncias psicoativas*. São Paulo: Roca, 2006.

PALOMBINI, B. C. Educação e descontinuação do tabagismo. In: SILVA, L. C. editor. *Condutas em Pneumologia*. Rio de Janeiro: Revinter; 2001. p.209-10.

Portal da Prefeitura de Piumhi. Disponível em, <www.prefeiturapiumhi.mg.br> acesso em 28/09/2014.

RAMOS, D. S.; VIEGAS, K. Auxiliando usuários de uma unidade de saúde a parar de fumar: relato de experiência. **Cien Saude Colet** 2009; 14(Supl. 1):1499-1505.

ROSEMBERG, J. Nicotina Droga Universal. [página na Internet]. 2003. [acessado em 27 de out. 2014]. Disponível em: <http://www.inca.gov.br/tabagismo/publicacoes/nicotina.pdf>

SILVA, S. T. *et al.* Combate ao Tabagismo no Brasil: a importância estratégica das ações governamentais. **Ciênc. saúde coletiva** [online]. 2014, vol.19, n.2, pp. 539-552. ISSN 1413-8123. Acesso em: 22 de out. 2014

SCHMIDT MI, Duncan BB, Silva GA, Menezes AM, Monteiro CA, Barreto SM, et al. Doenças crônicas não transmissíveis no Brasil: carga e desafios atuais. **Lancet**. 2011.

SPINK, M. J. P.; LISBOA, M. S.; RIBEIRO, F. R. G. The social construction of smoking as a public health problem: a merging of political interests and scientific legitimation processes. **Interface - Comunic. Saúde, Educ.**, v.13, n.29, p.353-65, abr./jun. 2009. Disponível em: Acesso em: 22 de out. 2014

SOPEZKI, D. *et al.* A terapia cognitivo- comportamental no tratamento do tabagismo. In: PICCOLOTO, N. M; WAINER, R; PICCOLOTO, L. *Tópicos especiais em terapia-comportamental*. São Paulo: Casa do Psicólogo, 2007.

VELOSO, N. S. *et al.* Tabagismo: a percepção dos fumantes em um grupo de educação em saúde. **Rev Bras Med Fam Comunidade** 2011; 6(20):193-198.

VICTORA, C. G. *et al.* The Lancet Brazil Series Working Group. Condições de saúde e inovações nas políticas de saúde no Brasil: o caminho a percorrer. **Lancet Série Brasil** 2011; a:90-102.

WANNMACHEE, L. Tratamento medicamentoso antitabagismo- ISSN 1810-0791 Vol. 4, N° 4 Brasília, março de 2007. Disponível em: http://www.saudedireta.com.br/docsupload/1340026879v4n4_antitabagismo.pdf Acesso em: 22 de out. 2014

WHO. World Health Organization. Tobacco Free Initiative [homepage on the Internet]. Geneva: WHO; c2008 [cited 2008 Oct 23]. Available from: <http://www.who.int/tobacco/en/>. Acesso em: <http://www.who.int/tobacco/en/>. Acesso em: 18 de out. 2014

WHO. World Health Organization. The role of health professionals in tobacco control. Geneva: 2005. Acesso em: http://www.who.int/tobacco/resources/publications/wntd/2005/bookletfinal_20april.pdf.

Acesso em: 3 de out. 2014

WHO. World Health Organization. Statistical Information System (WHOSIS) [homepage on the Internet]. Geneva: World Health Organization. [cited 2008 Jan 10]. Available from: <http://www.who.int/whosis/en/>. Acesso em: 2 de set. 2014

WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO). - Making a Difference. World Health Report. Geneve, Switzerland, 1999. Acesso em: 2 de set. 2014