

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

**CAROLINA DA FONSECA BARBOSA**

**PLANO DE INTERVENÇÃO PARA AUMENTO DA ADESÃO DOS  
PACIENTES TABAGISTAS AO TRATAMENTO PARA ABANDONO  
DO TABACO NA UBS BARBOSA**

**MACEIÓ / ALAGOAS  
2015**

**CAROLINA DA FONSECA BARBOSA**

**PLANO DE INTERVENÇÃO PARA AUMENTO DA ADESÃO DOS  
PACIENTES TABAGISTAS AO TRATAMENTO PARA ABANDONO  
DO TABACO NA UBS BARBOSA**

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<sup>a</sup> Valéria Bezerra Santos

**MACEIÓ / ALAGOAS  
2015**

**CAROLINA DA FONSECA BARBOSA**

**PLANO DE INTERVENÇÃO PARA AUMENTO DA ADESÃO DOS  
PACIENTES TABAGISTAS AO TRATAMENTO PARA ABANDONO  
DO TABACO NA UBS BARBOSA**

**Banca examinadora**

Prof<sup>a</sup> Valéria Bezerra Santos – Universidade Federal de Alagoas  
Prof. - Instituição

Aprovado em Belo Horizonte, em        de        de 2015

## **AGRADECIMENTOS**

Agradeço primeiramente a Deus, que é minha fortaleza e que guia sempre os meus caminhos. Aos meus pais e irmã pelo amor incondicional e por estarem sempre ao meu lado ajudando na realização dos meus objetivos e sonhos. Aos amigos que sempre me ajudaram a seguir em frente e me apoiaram em todos os meus passos. Por fim, aos mestres que pude conhecer durante essa especialização e que contribuíram com seus ensinamentos e dedicação, o que serei sempre grata.

## RESUMO

O município de Girau do Ponciano possui 36.625 habitantes, a sua maioria encontra-se na zona rural, a UBS Barbosa localiza-se no povoado Barbosa, na zona rural do município. No Brasil 200 mil pessoas morrem anualmente com doenças relacionadas ao fumo. Na população da UBS Barbosa ainda encontra-se grande número de tabagistas. Percebeu-se, portanto, a necessidade da realização de um projeto de intervenção (PI), sendo este de tamanha importância para a melhoria da saúde da população e diminuição do alto índice de tabagistas na comunidade. O principal objetivo do projeto foi propor um plano para aumentar a adesão dos tabagistas ao tratamento para abandono do fumo. Para elaboração do plano realizou-se inicialmente o diagnóstico situacional da área, definindo os nós críticos. Em seguida foi utilizado o planejamento estratégico em Saúde (PES) e pesquisas nas bases de dados (SciELO, Ministério da Saúde e BIREME). No diagnóstico situacional encontrou-se grande número de tabagistas. Partindo deste problema foram selecionados os nós críticos: baixa escolaridade, início precoce do tabagismo, pouco estímulo a cessação do tabagismo e pouco conhecimento da equipe a respeito do problema. Para solução dos nós críticos e aumento da adesão ao PI foram traçadas diversas estratégias e ações: Grupos operativos, palestras, atividades educativas e capacitação dos profissionais. Por fim, a partir da avaliação da ESF Barbosa, notou-se o tabaco como um importante fator de adoecimento da população e a partir daí elaborou-se um projeto de intervenção buscando a descontinuação deste hábito e diminuir a morbidade e mortalidade ocasionada pelo mesmo.

**PALAVRAS CHAVE:** Tabagismo, PNTC, anti-tabaco.

## **ABSTRACT**

Girau do Ponciano has a population of 36,625 inhabitants, the majority is in the countryside, The Health Unit Family (HUF) Barbosa is located in the village Barbosa, in rural municipality. In Brazil 200 000 people die each year caused by smoking-related illnesses. The large number of the inhabitants of HUF Barbosa are smokers. As a result, we realized the necessity of an intervention project (IP) that aim the improving of the population's health and decrease the high rate of smoking in the assisted community. The main objective of the project is to propose a plan to increase the treatment adherence for smoking cessation. For preparation of the plan was held initially situational diagnosis of the area, defining the critical nodes. Then it was used a strategic planning in Health (SPH) and research in databases (Scielo, Ministry of Health and BIREME). Many smokers were met at the situational diagnosis. Based on this problem, it was selected critics nodes: low education, smoking initiation, little incentive smoking cessation and little knowledge of the staff about the problem. To solve the critical nodes and increased adherence of smokers to the plan were outlined various strategies and actions: operating groups, lectures and educational activities and training of professionals. Finally, based on the evaluation of HUF Barbosa, evaluated the tobacco as an important factor of the population becoming ill and from there was elaborated an intervention project seeking to discontinue this habit, leading to a reduction in morbidity and mortality caused by thereof.

**KEYWORDS:** Smoking, PNTC, anti-tobacco.

# SUMÁRIO

<b>1. INTRODUÇÃO.....</b>	<b>8</b>
1.1. IDENTIFICAÇÃO DO MUNICÍPIO.....	8
1.2. HISTÓRICO DE CRIAÇÃO DO MUNICÍPIO .....	8
1.3. DESCRIÇÃO DO MUNICÍPIO .....	9
1.4. RECURSOS DA COMUNIDADE.....	14
1.5. UNIDADE BÁSICA DE SAÚDE.....	15
<b>2. JUSTIFICATIVA .....</b>	<b>17</b>
<b>3. OBJETIVOS.....</b>	<b>18</b>
3.1. OBJETIVO GERAL.....	18
3.2. OBJETIVOS ESPECÍFICOS.....	18
<b>4. MÉTODOS .....</b>	<b>19</b>
<b>5. REVISÃO DE LITERATURA .....</b>	<b>21</b>
<b>6. PROPOSTA DE INTERVENÇÃO .....</b>	<b>24</b>
<b>7. CONSIDERAÇÕES FINAIS.....</b>	<b>31</b>
<b>REFERÊNCIAS.....</b>	<b>32</b>

## 1. INTRODUÇÃO

### 1.1. IDENTIFICAÇÃO DO MUNICÍPIO

Nome: Girau do Ponciano

Localização em relação a capital do estado e outros pontos geográficos interessantes:

O município de Girau do Ponciano localiza-se na região do agreste do estado de Alagoas, há aproximadamente 159 km da capital do estado, Maceió. Situa-se na microrregião de Arapiraca. Tem como seus limites territoriais ao norte o município de Jaramataia, ao sul os municípios de Traipu e Campo Grande, a leste o município de Lagoa da Canoa, a oeste o município de Traipu, a nordeste o município de Craíbas e a sudeste o município de Feira Grande.

Prefeito: Fábio Rangel Nunes de Oliveira

Secretário Municipal de Saúde: Aruska Kelly Gondim Magalhães

Coordenador da Atenção Básica: Ana Maria Tenório Wanderley

Coordenador da Atenção à Saúde Bucal: Flaviany Rosy Nunes de Oliveira

População (número de habitantes): 36.625 (IBGE, censo 2010).

### 1.2. HISTÓRICO DE CRIAÇÃO DO MUNICÍPIO

O povoamento de Girau do Ponciano se deve a um caçador de nome Ponciano que, acompanhado de dois companheiros, instalou um girau para suas caçadas, aproveitando a caça abundante. Assim, se fundou a primeira propriedade.

Anos depois, uma família formada por uma mulher e um homem e seus dois filhos implantaram uma nova propriedade. Trouxeram muito movimento para a região, dada a fertilidade de suas terras. Pouco depois, a mulher transferiu-se para Jequiá da Praia e um dos homens fixou-se em Tapagem de Traipú. O outro, chamado Ponciano, continuou na fazenda. Exímio caçador, construiu um girau que era utilizado para a caça abundante que existia na região. Eles trouxeram

movimentação ao local e em 1930 construíram a primeira capela que em 1976 foi remodelada. A chegada de novos proprietários e a fertilidade das terras contribuiu para o progresso rápido de Belo Horizonte, denominação primitiva do município. Em 1912, o nome foi mudado para Vila Ponciano.

A emancipação política se deu através da Lei 2.101, de 15 de julho de 1959, desmembrada de Traipu, num movimento liderado por Filadelfo Firmino de Oliveira, Amaro de Oliveira, Manoel João Neto, Vicente Ramos da Silva, Luiz de Albuquerque Lima, Luiz Bispo dos Santos e Manoel Firmino de Oliveira. Traipu não aceitava a autonomia, as após muita luta foi estabelecido como município com o nome de Girau do Ponciano oficialmente em 1º de janeiro de 1959. Após a emancipação, assumiram o governo municipal, em caráter provisório, dois prefeitos nomeados, respectivamente, José Pinheiro (1958-1959) e Manoel João Neto (1959-1962). O primeiro prefeito eleito pela população foi Vicente Ramos da Silva, que governou de 1962 a 1966.

### **1.3. DESCRIÇÃO DO MUNICÍPIO**

#### **1.3.1 - Aspectos Geográficos**

Indicadores:

Área total do município: 503,56 km<sup>2</sup>

Concentração habitacional: 72,73 hab./km<sup>2</sup>

Nº. aproximado de domicílios e famílias: 8.875 domicílios e famílias (SIAB, 2014).

#### **1.3.2 - Aspectos Socioeconômicos**

Indicadores:

Índice de Desenvolvimento Humano (IDH): 0,536 (PNUD, 2010). O município está situado na faixa de Desenvolvimento Humano Baixo (IDHM entre 0,5 e 0,599).

Taxa de Urbanização: 2.892 domicílios urbanos (32,59%), 5.983 domicílios rurais (67,41%);

Renda Média Familiar: A renda domiciliar média no município de Girau do Ponciano é de aproximadamente R\$ 177,55 (IBGE, 2010).

% de Abastecimento de Água Tratada:

Conforme a tabela 1, em relação ao abastecimento de água, há um predomínio de rede com água tratada (56,45%).

**Quadro 1** – Famílias cobertas por abastecimento de água, no município de Girau do Ponciano no ano de 2014.

<b>Abastecimento de água</b>	<b>Número</b>	<b>%</b>
Rede pública	5.010	56,45
Poço ou nascente	2.686	30,26
Outros	1.179	13,28

Fonte: SIAB

% de recolhimento de esgoto por rede pública:

O saneamento básico no município é bastante precário, principalmente a respeito da rede de esgotos, ainda o que mais se encontra é esgoto a céu aberto. A fossa é a forma mais encontrada como eliminação de dejetos conforme pode ser observado na tabela 2.

**Quadro 2** – Famílias cobertas por instalações sanitárias, no município de Girau do Ponciano no ano de 2014.

<b>Destino fezes/urina</b>	<b>Número</b>	<b>%</b>
Sistema de esgoto	8	0,09
Fossa	7.662	86,33
Céu aberto	1.205	13,58

Fonte: SIAB

Principais Atividades Econômicas:

A principal atividade econômica no município de Girau do Ponciano esta voltada a agricultura e pecuária, principalmente familiar. O principal cultivo encontrado é de fumo, mandioca, feijão e milho. Na pecuária, destaca-se a criação

de aves e bovinos e as atividades de produção de leite, de ovos de galinha e de mel de abelha.

### 1.3.3 - Aspectos Demográficos 1

**Quadro 3** - Aspectos demográficos do município de Girau do Ponciano, no ano de 2014.

<b>Município: Girau do Ponciano</b>											
<b>Total da População: 33.064</b>											
<b>Nº de indivíduos</b>	<b>&lt; 1</b>	<b>1-4</b>	<b>5-6</b>	<b>7-9</b>	<b>10-14</b>	<b>15-19</b>	<b>20-39</b>	<b>40-49</b>	<b>50-59</b>	<b>&gt;60</b>	<b>Total</b>
<b>Área Urbana</b>	89	581	320	575	1.033	1.078	3.388	1.116	810	1.170	10.160
<b>Área Rural</b>	179	1.422	841	1.328	2.571	2.675	7.345	2.311	1.838	2.394	22.904
<b>Total</b>	268	2.003	1.161	1.903	3.604	3.753	10.733	3.427	2.648	3.564	33.064

Fonte: SIAB

### 1.3.4 - ASPECTOS DEMOGRÁFICOS 2

Indicadores:

Taxa de Crescimento Anual: Entre 2000 e 2010, a população de Girau do Ponciano teve uma taxa média de crescimento anual de 1,89% (IBGE, censo 2010).

Densidade demográfica: 72,73 hab./km<sup>2</sup> (IBGE, censo 2010).

Taxa de Escolarização: O número de indivíduos alfabetizados no município de Girau do Ponciano é de aproximadamente 21.336 (IBGE, censo 2010), ainda se encontra alto índice de analfabetismo, principalmente nas comunidades rurais.

Proporção de moradores abaixo da linha de pobreza: A extrema pobreza passou de 57,56% em 1991 para 56,65% em 2000 e para 39,22% em 2010. (IBGE, censo 2010).

Índice de desenvolvimento da educação básica, absoluto e relativo no Brasil: O IDEB das escolas da rede pública de Girau do Ponciano, em 2011, foi de 3,2 para

os anos iniciais do ensino fundamental, havendo um aumento de 0,1 pontos percentuais em relação ao IDEB do ano interior. Para os anos finais, o IDEB foi de 2,7, 4% acima da meta estabelecida de 2,6 em 2011, porém caiu 0,1 pontos percentuais em relação ao IDEB do ano anterior. (Ministério da Educação, IDEB).

População (%) usuária da assistência à saúde no SUS: 33.064 indivíduos, ou seja, 90,28% da população do município.

### **1.3.5 - Sistema Local De Saúde - Dados Sobre:**

Conselho Municipal de Saúde (composição, regularidade de reuniões, etc.):

O Conselho Municipal de Saúde do município de Girau do Ponciano é composto por seis conselheiros vinculados ao Governo, seis conselheiros trabalhadores da saúde e doze conselheiros usuários do serviço de saúde. Uma vez por mês o CMS se reúne para discussão de temas, como prestação de conta e apresentação de novos projetos.

Programa Saúde da Família (sobre a implantação, cobertura, nº de equipes SF, SB, NASF, CEO, etc), Sistema de referência e Contra referência e Redes de Média e Alta Complexidade

A rede de saúde do município de Girau do Ponciano/AL é formada por 13 equipes de saúde da família, responsáveis pelo atendimento de toda a população adscrita (90,28% da população do município) e constituindo o centro de comunicação da rede; dentre essas 6 apresentam saúde bucal e há previsão para implantação nas demais até início de 2015. A maioria dos pacientes que necessitam de consultas especializadas são encaminhados para especialistas em Arapiraca ou Maceió, devido ao pequeno número de profissionais atuando no município. Como setor terciário possui um hospital – Hospital José Enoque de Barros – para atendimento de pacientes de urgência e emergência, porém a estrutura do hospital não dispõe de muitos recursos e os quadros mais graves são encaminhados para o serviço de referência em Arapiraca, que se encontra há aproximadamente 25km. O município possui um Centro de Saúde com atendimento ambulatorial de Psiquiatria e Ginecologia; possui também um Centro de Apoio Psicossocial (CAPS) e dois Núcleos de Apoio à Saúde da família (NASF). Já tem duas equipes do programa Melhor em Casa atuando no município. Por fim, não dispõe de Centros de

Especialidades Odontológicas (CEO), encaminham-se os pacientes que precisam desse atendimento para outros municípios.

Recursos Humanos em Saúde (número de profissionais, forma de vínculo, carga horária semanal, horário de trabalho, etc):

**Quadro 4** – Número de profissionais de saúde, no município de Girau do Ponciano no ano de 2012.

<b>Profissionais de Saúde</b>	<b>Enfermeiros</b>	<b>Dentistas</b>	<b>Agentes Comunitários de Saúde</b>
Total	26	6	91

Fonte: Departamento de Estatística do Sistema Único de Saúde – DATASUS

**Quadro 5** – Número de profissionais de especialidades médicas, no município de Girau do Ponciano no ano de 2012.

<b>Especialidades Médicas</b>	<b>2012</b>
Cirurgião Geral	1
Clínico Geral	13
Gineco Obstetra	1
Médico da Família	12
Pediatra	–
Psiquiatra	2
Radiologista	1
Outras especialidades	3
Médicos – Total	33

Fonte: Departamento de Estatística do Sistema Único de Saúde – DATASUS

Além dos profissionais mencionados nas tabelas 5 e 6, o município possui: Psicólogos, fisioterapeutas, nutricionistas, educadores físicos, assistentes sociais, técnicos e auxiliares de enfermagem, técnicos saúde bucal, agente de endemias, entre outros. A carga horária determinada para os profissionais de saúde são de 40h

semanais sendo o horário de trabalho das 8h às 17h com 1 hora de intervalo para almoço. Os funcionários, em sua maioria, são concursados, sendo que alguns profissionais trabalham em regime de contrato.

### **1.3.6 – Território/Área de Abrangência**

Número de Família e de Habitantes: 33.064 habitantes com aproximadamente 8.875 famílias.

Nível de Alfabetização: O número de indivíduos alfabetizados no município é de aproximadamente 21.336 (IBGE, censo 2010).

Taxa de Emprego e Principais Postos de Trabalho: Entre 2000 e 2010, a taxa de atividade da população de 18 anos ou mais (ou seja, o percentual dessa população que era economicamente ativa) passou de 62,83% em 2000 para 59,65% em 2010. Ao mesmo tempo, a taxa de desocupação (ou seja, o percentual da população economicamente ativa que estava desocupada) passou de 9,55% em 2000 para 8,41% em 2010. Em 2010, das pessoas ocupadas na faixa etária de 18 anos ou mais, 71,16% trabalhavam no setor agropecuário, 0,09% na indústria extrativa, 1,95% na indústria de transformação, 1,90% no setor de construção, 0,67% nos setores de utilidade pública, 5,26% no comércio e 17,71% no setor de serviços.

## **1.4. RECURSOS DA COMUNIDADE**

Outros recursos da comunidade, incluindo área de saúde (hospitais, clínicas, laboratórios, escolas, creches, igrejas):

Como citado Girau do Ponciano possui um hospital – Hospital José Enoque de Barros – para atendimento de pacientes de urgência e emergência, porém a estrutura do hospital não dispõe de muitos recursos e os quadros mais graves são encaminhados para o serviço de referência em Arapiraca, que se encontra há aproximadamente 25km ou para a capital do Estado, através de ambulâncias do próprio Hospital. Além do hospital o município conta com treze unidades de saúde da família, dois Núcleos de Apoio à Saúde da família (NASF), um Centro de Apoio

Psicossocial (CAPS), um Centro de Saúde (ambulatório de especialidades), uma unidade móvel pré-hospitalar para urgência/emergência e duas equipes do programa melhor em casa.

De acordo com o Censo Escolar de 2011, o município possui 87 escolas, das quais 77 pertencem à rede municipal de ensino, 4 à rede estadual e 6 à rede privada. Do total, 12 encontram-se na zona urbana e 75 na zona rural (DataEscolaBrasil).

No município existem igrejas tanto da religião católica como da religião evangélica. A primeira capela foi erigida em 1930 e remodelada em 1976. A paróquia foi criada em 11 de janeiro de 1987 por Dom Constantino Leurs, então Bispo de Penedo e no momento encontra-se em reforma.

Serviços existentes (luz elétrica, água, telefonia, correios, bancos): a comunidade dispõe de luz elétrica em sua maioria (99%), abastecimento de água tratada para 56,45% da população, telefonia móvel e fixa de diversas operadoras, correios, bancos (agências do Banco do Brasil, da Caixa Econômica Federal e do Bradesco), cartório, uma agência do Instituto Nacional do Seguro Social (INSS), entre outros serviços.

## **1.5. UNIDADE BÁSICA DE SAÚDE**

Inserção na comunidade (localização e acesso): A unidade de saúde da Família Barbosa localizada no povoado Barbosa, na zona rural do município de Girau do Ponciano-AL, a cerca de 20 km, do centro da cidade, dentre esses 12km de estrada de barro. Tem como acesso uma estrada não pavimentada de difícil acesso devido as péssimas condições, principalmente, nos dias de chuvas.

Horário de funcionamento: Segunda a sexta, das 8:00 às 12:00 e de 13:00 às 17:00 horas.

### **1.5.1 – Recursos Humanos**

Número, profissão, horário de trabalho: A Unidade de Saúde da Família, Barbosa possui uma médica, uma enfermeira, uma técnica de enfermagem, seis

agentes comunitários de saúde, um dentista, um auxiliar de saúde bucal e uma auxiliar de serviços gerais. Todos seguindo como horário de trabalho, o horário de funcionamento da unidade de saúde, ou seja, das 8h às 17h, sendo 1h reservada para o almoço dos profissionais.

### **1.5.2 – Recursos Materiais**

Área física e uso: A Unidade de Saúde da Família Barbosa apresenta uma estrutura física precária e inadequada. Possui dois consultórios onde atendem a médica e a enfermeira, uma sala que funciona como local para curativos, sala de vacina e farmácia, uma recepção que também funciona como sala de espera, um banheiro e uma pequena copa. Essa estrutura é motivo de insatisfação dos usuários que muitas vezes tem que aguardar em pé pela consulta devido à falta de espaço. Ausência de telefonia fixa e de conexão com internet, motivo pelo qual o programa telessaúde ainda não foi implantado. Não tem otoscópio na unidade, nem lanterna, faltam muitos medicamentos, inclusive há mais de 6 meses que a unidade não possui contraceptivos orais, dificultando bastante as ações de planejamento familiar. A unidade também não oferece acessibilidade adequada para pessoas com deficiência ou mobilidade reduzida. No momento a unidade de Saúde encontra-se em reforma e os profissionais de saúde estão atendendo em uma casa alugada pela secretaria de saúde.

## **2. JUSTIFICATIVA**

A realização desse projeto tornou-se de suma importância visto que o cigarro é hoje uma epidemia mundial e que traz grandes prejuízos a saúde da população e ao auto índice de tabagistas na comunidade assistida.

### **3. OBJETIVOS**

#### **3.1. OBJETIVO GERAL**

- Propor um plano de intervenção para aumentar a adesão dos pacientes tabagistas ao tratamento para abandono do fumo

#### **3.2. OBJETIVOS ESPECÍFICOS**

- Aumentar adesão dos pacientes ao tratamento do tabagismo durante as consultas médicas e de enfermagem.
- Desenvolver um plano de ação pactuado com o paciente.
- Estimular práticas não medicamentosas de controle do tabagismo
- Realizar o acompanhamento e o monitoramento dos pacientes envolvidos.
- Realizar práticas educativas para aumentar adesão do número de fumantes

#### 4. MÉTODOS

Para realização desse projeto, o qual visa aumentar o número de tabagistas aderentes ao tratamento para cessação do fumo foi utilizado o planejamento estratégico situacional (PES), para isso foi realizado diagnóstico situacional da área através do método de estimativa rápida e procurou-se estabelecer os principais problemas que acometem a população do povoado Barbosa, entre esses o alto número de tabagistas, a grande quantidade de parasitoses intestinais, grande número de uso de medicações psicotrópicas. Após reunião com a equipe ficou decidido que o problema de maior impacto para a comunidade seria o grande número de fumantes e buscou-se identificar os principais nós críticos para que pudesse realizar o plano de intervenção. Ficou acordado que todos os membros da unidade participariam do projeto. Foi selecionada a população alvo do projeto, definição de orçamento e recursos humanos necessários.

O projeto de intervenção está estruturado nas etapas de promoção, prevenção e tratamento na tentativa de aumentar a adesão do fumante ao projeto. Primeiramente será feita uma busca ativa dos pacientes tabagistas, durante as consultas diárias, visitas domiciliares e palestras educativas em sala de espera. Além disso, far-se-á atividades educativas nas escolas na tentativa de prevenir o início precoce do tabaco. Após essa etapa será realizada a assistência estruturada por profissionais capacitados previamente, incluindo médico, enfermeiro, equipe do NASF entre outros.

Após essa etapa, será seguido o fluxograma para abandono do tabaco: Paciente => Diagnóstico => Plano de tratamento => Abordagem em grupo e individualizada => tratamento medicamentoso e não medicamentoso => Monitoramento.

É importante salientar que os grupos terão reuniões semanais e receberão apoio do NASF. Serão abordados temas diversos previamente definidos pela equipe.

Os participantes do grupo terão acesso às medicações que serão fornecidas pela secretaria de saúde. O acompanhamento será feito tanto pelos profissionais de saúde como pelos familiares e amigos.

Para realização desse projeto foram realizadas pesquisas nas bases de dados (SciELO, Ministério da Saúde e Lilacs), procurando por artigos que se enquadravam ao tema abordado, sem data de publicação pré-definidas, utilizando os seguintes descritores: Tabagismo, anti-tabaco, PNCT ( Programa Nacional de Controle do Tabagismo).

## 5. REVISÃO DE LITERATURA

Segundo Araújo (2004), o tabagismo é um dos principais problemas de saúde pública característico apenas da espécie humana. O cigarro mata mais que a soma de outras causas evitáveis de morte como a cocaína, heroína, álcool, incêndios, suicídios e AIDS, nos países desenvolvidos.

“Hoje o Tabagismo está classificado internacionalmente no grupo dos transtornos mentais e de comportamentos decorrentes do uso de substâncias psicoativas. A OMS estima que, por dia, 100 mil crianças viram fumantes regulares em todo o mundo.” (MINISTÉRIO DA SAÚDE,2001).

“Apesar das diversas campanhas que circulam com intuito de diminuir o consumo de tabaco, este ainda é um problema mundial. Estima-se que se o atual padrão de consumo não for revertido em 2020 chegarão a 10 milhões de fumantes no mundo, dentre esses 70% estão presentes em países em desenvolvimento.” (WHO,1999 *apud* MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2001).

O tabagismo é responsável atualmente por 40 a 45% de todas as mortes por câncer, dentre essas 90 a 95% por câncer de pulmão, 75% das mortes por DPOC, 20% por mortes vasculares e 35% por mortes cardiovasculares entre homens de 35 a 69 anos de idade. (WHO,1999 *apud* MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2001).

“Estima-se que cerca de 75% dos adolescentes experimentam o tabagismo, mas em torno de 60% dos experimentadores evoluem para o uso diário e dos quais 20 a 30% tornam-se dependentes.” (ARAÚJO,2014)

Outro aspecto importante a ser observado é a ocorrência de doenças ocupacionais que ocorrem devido ao cultivo do tabaco. Os trabalhadores rurais durante o cultivo do fumo utilizam um processo químico intensivo, pois para colheita bem sucedida requer a utilização de múltiplos inseticidas, herbicidas, agentes de maturação, e reguladores de crescimento. Os trabalhadores são diretamente afetados por essas substâncias, entre os principais sintomas estão o prurido e erupção cutânea que ocorrem um dia depois do cultivo. As áreas de envolvimento incluem a face, pescoço, ombros e braços, todos os quais foram expostos durante a colheita. (ABRAHAN, 2007, p. 40)

Desde a década de 70 iniciaram-se programas com intuito de abandono do tabaco por parte dos fumantes. Inicialmente por iniciativa de profissionais isolados, associações médicas, religiosas e outras ONG's, sem nenhum apoio governamental. Ao Longo desse período foi desenvolvido o plano nacional de

controle do tabagismo com as ações para prevenção de início do tabagismo por crianças e adolescentes e visando abandono do tabaco pelos fumantes. Durante vários anos fizeram-se ações educativas mostrando os prejuízos do tabaco, havendo desta forma mudança do paradigma onde o fumo deixa de ser algo elegante para um prejuízo à saúde. (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2001).

Pesquisas mostram que apesar de a maioria dos fumantes desejarem parar de fumar apenas 3% conseguem, dentre esses 85% desses deixam sem apoio formal, o que demonstra a necessidade de apoio por parte dos profissionais de saúde na tentativa de aumentar o número de tabagistas que aderem ao programa de abandono do fumo. (CINCIPRINI, 1997 *apud* MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2001).

“Uma das prováveis causas da baixa percentagem de fumantes que conseguem parar de fumar é que as informações sobre como aconselhar e apoiar o paciente e sobre os métodos para deixar de fumar por serem relativamente recentes, ainda não são amplamente conhecidas pela maioria dos profissionais de saúde.” (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2001).

“Por outro lado, o aumento da procura por apoio para deixar de fumar tem impulsionado uma outra demanda: o interesse de profissionais de saúde para atender tal demanda. (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2001).”

Estudos demonstram que o tratamento do fumante está entre as intervenções médicas que apresentam as melhores relações custo-benefício. Tem-se uma estimativa de que se apenas 2,7% dos fumantes a 3,7% dos fumantes deixassem de fumar através dessa abordagem, o custo estimado do número de vidas salvas ao ano seria de U\$ 748,00 a U\$ 2020,00, bastante inferior ao custo do tratamento da hipertensão arterial leve a moderada (U\$ 11.300- U\$ 20.408), da hipercolesterolemia (U\$ 6.11,00 - U\$ 108.189,00) e do infarto ( U\$ 55.000,00) ( MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2001).

A dependência à nicotina é composta por três pilares básicos: dependência física que leva aos sintomas da síndrome de abstinência quando se deixa de fumar; dependência psicológica, a qual leva a sensação de ter no cigarro um apoio ou um mecanismo de adaptação para lidar com sentimentos de solidão, frustração, com as pressões sociais, etc; e condicionamento, representado por associações habituais com o fumar, por exemplo: fumar e tomar café, fumar e dirigir, fumar e consumir bebidas alcoólicas, fumar após as refeições e outras. (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2001).

Estudos mostram que a terapia cognitivo-comportamental independente da duração leva a um aumento do número de pacientes que apresentam abstinência. A associação de abordagens, até no máximo quatro, leva a um aumento significativo do número de abandono do hábito de fumar, dentre essas pode-se citar: preparar o fumante para soluções dos seus problemas; estimular habilidades para resistir às tentações de fumar; preparar para prevenir a recaída; prepara o fumante para lidar com o stress. (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2001).

“A abordagem cognitivo-comportamental tem como objetivo a detecção de situações de risco que levam o indivíduo a fumar, desenvolvendo estratégias de enfrentamento dessas situações. O fumante vive situações rotineiras sem buscar o cigarro, aprendendo a resistir à vontade de fumar. Ele é estimulado a tornar-se um agente de mudança de seu próprio comportamento.” (ARAUJO, 2014)

“A farmacoterapia pode ser utilizada como um apoio, em situações bem definidas, para alguns pacientes que desejam parar de fumar. Ela tem a função de facilitar a abordagem cognitivo-comportamental, que é a base para a cessação de fumar e deve sempre ser utilizada. (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2001).”

Aspecto de grande importância para que o paciente retorne ao hábito de fumar é quando surgem sintomas desagradáveis da síndrome da abstinência, tais como irritabilidade, inquietação, ansiedade, insônia, agressividade, cefaléia, tonteira, dificuldade em se concentrar, impaciência, sudorese fria e desejo intenso por cigarros, a chamada "fissura". Estes sintomas tem início algumas horas após parar de fumar, tendo sua intensidade aumentada nos quatro primeiros dias, e desaparecem em torno de uma a duas semanas. A "fissura" em geral não dura mais que cinco minutos e tende a permanecer por mais tempo que os demais sintomas. Porém, ela vai reduzindo gradativamente a sua intensidade e aumentando o espaço entre um episódio e o outro. (ARAUJO, 2014)

A nicotina é uma droga capaz de modificar a biologia e fisiologia do cérebro, sendo fortemente indutora de dependência. O desenvolvimento do vício também está diretamente relacionado a fatores individuais, sociais e ambientais, o que leva ao aprendizado do uso da droga. Está ligado ao controle intuitivo de emoções, passando por uma fase inicial de aversão. A neurobiologia e a genética da adição vêm tendo seus papéis desvendados na cadeia do vício. A partir destes conceitos pode-se enxergar a grande chance que o ex-fumante tem de recaída, principalmente quando há o consumo eventual (lapso) de tabaco.” (ARAUJO, 2014)

## 6. PROPOSTA DE INTERVENÇÃO

A Unidade de Saúde da Família Barbosa enfrenta diversos problemas estruturais e organizacionais dentre esses pode-se citar: uso abusivo de tabaco, alto índice de verminose, falta de medicações de uso rotineiro e outros insumos, uso abusivo de psicotrópicos, dificuldade de marcação de exames e consultas em nível secundário entre outros.

Após reunião a equipe identificou como o maior problema atual na UBS o uso abusivo de tabaco, é possível perceber alto índice de tabagismo na comunidade, mais prevalente no sexo masculino e em idosos, mas também perceptível entre mulheres e adultos jovens. Entende-se hoje que o uso do cigarro é um dos principais causadores de problemas relacionados à saúde da população mundial e atua como fator de risco para diversas patologias. Apenas as práticas educacionais foram tidas como insuficientes para mudanças comportamentais relativas ao tabaco. Este é hoje um problema de saúde pública e torna-se um desafio aos profissionais de saúde.

Na Comunidade adscrita a Estratégia de Saúde da Família Barbosa o que se percebe é que os usuários tem contato muito cedo com o tabaco, visto que a principal fonte de renda da população é a plantação de fumo. Na maioria das famílias os indivíduos desde crianças já participam das atividades de produção do tabaco e é principalmente a partir deste momento que se dá início ao hábito de fumar. Em sua grande parte já se tem em casa pais e avós fumantes, então o uso indiscriminado do cigarro é tido como hábito normal na comunidade. Aqueles que não são fumantes ativos são em sua maioria fumantes passivos.

Apesar do grande número de fumantes, foi possível notar pela equipe que muitos destes têm o desejo de parar de fumar e isso já é consequência da conscientização que ocorre mundialmente dos malefícios do cigarro. No entanto, o que se nota é que apenas as práticas educativas e orientações desenvolvidas dentro dos consultórios pelos profissionais não são suficientes para cessação desse hábito e que se torna necessário uma ação ampliada através da formação de grupos de apoios, planos de tratamento, abordagem em grupo e individualizada, entre outros.

Por fim, foi listado pela equipe como principais nós críticos para não cessação do tabagismo e baixo número de pacientes que descontinuam o uso da droga.

- Baixo Nível de escolaridade da população.

- Início precoce do tabagismo devido ao grande contato com o fumo desde a infância.
- Pouco estímulo aos tabagistas a deixarem de fumar.
- Pouco conhecimento da equipe para identificar os componentes principais da dependência da nicotina

Diante disto foi elaborado um plano de ação na tentativa de resolução do problema baseado nos nós críticos encontrados. Todas as ações do plano estão relacionadas abaixo nos quadros de 1 a 4.

**Quadro 1 – Operações sobre o baixo nível de escolaridade relacionado ao grande número de tabagistas na população sob responsabilidade da Equipe de Saúde da Família Barbosa em Girau do Ponciano (município), Alagoas.**

<b>Nó crítico 1</b>	Baixo Nível de escolaridade da população
<b>Operação</b>	Educação é o caminho certo!
<b>Projeto</b>	Aumentar o conhecimento dos pacientes a respeito dos malefícios do fumo e dos benéficos de sua descontinuação.
<b>Resultados esperados</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Aumentar a o número de pacientes que desejem parar de fumar.</li> <li>• Aumentar o número de pacientes que vão participar do projeto.</li> </ul>
<b>Produtos esperados</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Campanha educativa na unidade de saúde através de ações coletivas</li> <li>• Campanha educativa desenvolvida durante as consultas e visitas domiciliares.</li> </ul>
<b>Atores sociais/ responsabilidades</b>	Organizacionais: Equipe de Saúde Econômicos: Secretaria de Saúde Políticos: Secretaria de Educação e Líderes da comunidade
<b>Recursos necessários</b>	Estrutural: Organizar as palestras e atividades na UBS Cognitivo: Conhecimento técnico, linguagem de fácil acesso a população; Financeiro: Aquisição de cartazes, panfletos, recursos audiovisuais. Político: Articulação intersetorial e mobilização social.
<b>Recursos críticos</b>	Cognitivos: Conhecimento técnico, linguagem de fácil acesso a população; Organizacionais: Organizar as palestras e atividades na UBS; Econômicos: Aquisição de cartazes, panfletos, recursos audiovisuais.

	Político: Articulação intersectorial e mobilização social.
<b>Controle dos recursos críticos / Viabilidade</b>	Cognitivos: Equipe de Saúde da Família Organizacionais: Equipe de Saúde da Família Econômicos: Secretaria Municipal de Saúde  Político: Secretaria Municipal de Educação e Líderes comunitários.  Motivação: Favorável
<b>Ação estratégica de motivação</b>	Não é necessária.
<b>Responsáveis:</b>	Carolina da Fonseca Barbosa (Médica Provac); Enfermeira: Antonia Cristina de Farias Silva; Coordenadora da Atenção Básica: Ana Maria Wanderley
<b>Cronograma / Prazo</b>	Início imediato e término ao final do projeto (1 ano)
<b>Gestão, acompanhamento e avaliação</b>	O acompanhamento e avaliação das ações realizadas serão feitos através de reuniões mensais e monitorado por toda a Equipe de Saúde.

**Quadro 2 – Operações sobre o Início precoce do tabagismo devido ao grande contato com o fumo desde a infância que esta relacionado ao grande número de tabagistas na população sob responsabilidade da Equipe de Saúde da Família Barbosa, em Girau do Ponciano, Alagoas.**

<b>Nó crítico 2</b>	Início precoce do tabagismo devido ao grande contato com o fumo desde a infância.
<b>Operação</b>	Prevenir +
<b>Projeto</b>	Prevenir o início precoce do tabagismo tendo como público alvo crianças e adolescentes.
<b>Resultados esperados</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Reduzir o início da prática de fumar em crianças e adolescentes.</li> <li>• Conscientizar as crianças e adolescentes dos prejuízos do tabaco a saúde.</li> </ul>
<b>Produtos esperados</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Campanhas educativas em escolas e na unidade básica de saúde.</li> </ul>
<b>Atores sociais/</b>	Organizacionais: Equipe de Saúde e Equipe das escolas.

<b>responsabilidades</b>	Econômicos: Secretaria de Saúde Políticos: Equipe das escolas e Líderes da comunidade
<b>Recursos necessários</b>	Estrutural: Organizar campanhas nas escolas e unidade básica de saúde Cognitivo: Conhecimento técnico-científico e linguagem adequada para facilitar a compreensão da população alvo Financeiro: Materiais educativos como folhetos, cartazes e recursos audiovisuais Político: parceria com o setor educação e mobilização social.
<b>Recursos críticos</b>	Cognitivos: Conhecimento técnico-científico e linguagem adequada para facilitar a compreensão da população alvo; Organizacionais: Organizar campanhas nas escolas e unidade básica de saúde Econômicos: e materiais educativos como folhetos, cartazes e recursos audiovisuais; Político: parceria com o setor educação e mobilização social
<b>Controle dos recursos críticos / Viabilidade</b>	Cognitivos: Equipe de Saúde da Família Organizacionais: Equipe de Saúde da Família Econômicos: Secretaria Municipal de Saúde Político: Secretaria Municipal de Educação e Líderes comunitários Motivação: Favorável
<b>Ação estratégica de motivação</b>	Apresentação do Projeto.
<b>Responsáveis:</b>	Carolina da Fonseca Barbosa (Médica Provac); Enfermeira Antonia Cristina de Farias Silva; Coordenadora da Atenção Básica: Ana Maria Wanderley e Diretor da Escola.
<b>Cronograma / Prazo</b>	Início das atividades em 1 Mês e finalização em 6 meses.
<b>Gestão, acompanhamento e avaliação</b>	O acompanhamento e avaliação das ações realizadas serão feitos através de reuniões mensais e monitorado por toda a Equipe de Saúde.

**Quadro 3 – Operações sobre o pouco estímulo aos tabagistas a deixarem de fumar o que esta relacionado ao grande número de tabagistas na população sob responsabilidade da Equipe de Saúde da Família Barbosa, em Girau do Ponciano, Alagoas.**

<b>Nó crítico 3</b>	Pouco estímulo aos tabagistas a deixarem de fumar.
<b>Operação</b>	Viver melhor
<b>Projeto</b>	Implantar grupos de cessação de tabagismo
<b>Resultados esperados</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Realizar um grupo de cessação de tabagismo para aumentar a adesão dos mesmos ao projeto.</li> <li>Aumentar para 60% o número de pacientes fumantes que desejam cessar o tabagismo.</li> </ul>
<b>Produtos esperados</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Realização de grupos semanais ou quinzenais para estimular o abandono do tabaco.</li> <li>Capacitação dos profissionais para atuação nos grupos anti-tabaco</li> </ul>
<b>Atores sociais/ responsabilidades</b>	<p>Organizacionais: Equipe de Saúde e Representantes da comunidade.</p> <p>Econômicos: Secretaria de Saúde.</p> <p>Políticos: Secretaria de Saúde e representantes da Equipe.</p>
<b>Recursos necessários</b>	<p>Estrutural: Organizar os grupos e capacitar a equipe.</p> <p>Cognitivo: Conhecimento técnico-científico e linguagem adequada para realizar a capacitação da equipe;</p> <p>Financeiro: materiais educativos como panfletos, cartazes e outros recursos audiovisuais;</p> <p>Político: Articulação entre a equipe de saúde e a população..</p>
<b>Recursos críticos</b>	<p>Cognitivos: Conhecimento técnico-científico e linguagem adequada para realizar a capacitação da equipe;</p> <p>Organizacionais: Organizar os grupos e capacitar a equipe.</p> <p>Econômicos: materiais educativos como panfletos, cartazes e outros recursos audiovisuais;</p> <p>Político: Articulação entre a equipe de saúde e a população</p>
<b>Controle dos recursos</b>	<p>Cognitivos: Equipe de Saúde da Família</p> <p>Organizacionais: Equipe de Saúde da Família</p>

<b>críticos / Viabilidade</b>	Econômicos: Secretaria Municipal de Saúde Político: Secretaria Municipal de Saúde e Equipe de Saúde da Família.
<b>Ação estratégica de motivação</b>	Apresentar o Projeto.
<b>Responsáveis:</b>	Carolina da Fonseca Barbosa (Médica Provab); Enfermeira Antonia Cristina de Farias Silva; Coordenadora da Atenção Básica: Ana Maria Wanderley e Diretor da Escola.
<b>Cronograma / Prazo</b>	Início Imediato e finalização em 1 ano.
<b>Gestão, acompanhamento e avaliação</b>	O acompanhamento e avaliação das ações realizadas serão feitos através de reuniões mensais e monitorado por toda a Equipe de Saúde.

**Quadro 4 – Operações sobre o pouco conhecimento da equipe para identificar os componentes principais da dependência da nicotina e síndrome da abstinência relacionado ao grande número de tabagistas na população sob responsabilidade da Equipe de Saúde da Família Barbosa, em Girau do Ponciano, Alagoas.**

<b>Nó crítico 4</b>	Pouco conhecimento da equipe para identificar os componentes principais da dependência da nicotina.
<b>Operação</b>	+ conhecimento
<b>Projeto</b>	Capacitar a equipe para saber identificar os pontos principais da dependência e da síndrome de abstinência.
<b>Resultados esperados</b>	Aumentar o conhecimento da equipe a respeito do tabaco.
<b>Produtos esperados</b>	Realização do diagnóstico do tabagismo por toda a equipe multidisciplinar que deve saber orientar e fazer o encaminhamento necessário.
<b>Atores sociais/ responsabilidades</b>	Organizacionais: Equipe de saúde Econômicos: Secretaria de Saúde Políticos: Secretaria de Saúde
<b>Recursos necessários</b>	Estrutural: Organizar os grupos e capacitar a equipe. Cognitivo: Conhecimento técnico-científico e linguagem adequada para

	<p>realizar a capacitação da equipe;</p> <p>Financeiro: materiais educativos como panfletos, cartazes e outros recursos audiovisuais;</p> <p>Político: Articulação entre a equipe de saúde e a população..</p>
<b>Recursos críticos</b>	<p>Cognitivos: Conhecimento técnico, linguagem de fácil acesso a população;</p> <p>Organizacionais: Organizar capacitações para toda a equipe.</p> <p>Econômicos: Aquisição de cartazes, panfletos, recursos audiovisuais.</p> <p>Político: Articulação intersetorial e mobilização</p>
<b>Controle dos recursos críticos / Viabilidade</b>	<p>Cognitivos: Equipe de Saúde da Família</p> <p>Organizacionais: Equipe de Saúde da Família</p> <p>Econômicos: Secretaria Municipal de Saúde</p> <p>Político: Equipe de Saúde da Família.</p> <p>Motivação: Favorável</p>
<b>Ação estratégica de motivação</b>	Apresentar o Projeto.
<b>Responsáveis:</b>	Carolina da Fonseca Barbosa (Médica Provac); Enfermeira: Antonia Cristina de Farias Silva; Coordenadora da Atenção Básica: Ana Maria Wanderley e Diretor da Escola.
<b>Cronograma / Prazo</b>	Início Imediato e finalização em 1 mês.
<b>Gestão, acompanhamento e avaliação</b>	O acompanhamento e avaliação das ações realizadas serão feitos através de reuniões mensais e monitorado por toda a Equipe de Saúde.

## 7. CONSIDERAÇÕES FINAIS

Diante do exposto, é possível perceber a importância do fortalecimento da prática de combate ao tabagismo dentro dos serviços de saúde, estimulando a sua inclusão na prática diária do profissional de saúde. Para que desta forma possa diminuir o número de novos fumantes e aumentar a adesão daqueles que desejam parar de fumar.

É, portanto, a partir daí, que se busca desenvolver um plano de intervenção na comunidade assistida pela ESF Barbosa com o propósito de diminuir o número de fumantes na comunidade, melhorando desta forma a qualidade de vida e diminuindo a incidência de patologias por ele ocasionados.

Observou-se também a necessidade de uma maior capacitação dos profissionais de saúde da equipe para que estes tenham um maior conhecimento a respeito do tema e de como abordá-lo junto ao paciente, fazendo com que o tabagista seja tratado de forma conjunta por toda a Equipe.

Por fim, ainda nos dias atuais o tabaco se comporta como uma epidemia que leva a morte de muitas pessoas e que pode ser evitada através de estratégias relativamente simples e que devem ser implementadas na atenção primária.

## REFERÊNCIAS

ABRAHAN, Nina F. et al. Contact dermatitis in tobacco farmworkers. **Journal Contact Dermatitis**, Londres, v.57, p. 40-43, 2007.

ARAUJO, Alberto José de et al. Diretrizes para Cessação do Tabagismo. **J. bras. pneumol.**, São Paulo , v. 30, supl. 2, Aug. 2004 . Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1806-37132004000800002&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1806-37132004000800002&lng=en&nrm=iso)>. Acesso em 17 agosto 2014.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Sistema de Informação da Atenção Básica – SIAB**. Disponível em: <http://tabnet.datasus.gov.br>. Acesso em: 16 agosto 2014.

CAMPOS, *et al.* **Planejamento e avaliação das ações de saúde**. Belo Horizonte: Nescon/UFMG, p 1-110, 2010. Disponível em: <https://www.nescon.medicina.ufmg.br/biblioteca/imagem/3872.pdf>. Acesso em: 19 jul 2014.

CORRÊA, E. J. *et al.* **Iniciação à metodologia: textos científicos**. Belo Horizonte: Nescon/UFMG, p. 1-142, 2013. Disponível em: <https://www.nescon.medicina.ufmg.br/biblioteca/imagem/3694.pdf>, 2013. Acesso em: 19 maio 2014.

FARIA, H. P. *et al.* **Processo de trabalho em saúde**. Belo Horizonte: Nescon/UFMG, p 1-70, 2009. Disponível em: <https://www.nescon.medicina.ufmg.br/biblioteca/imagem/3933.pdf>. Acesso em: 28 jun 2014.

ISSA, Jaqueline Scholz et al . Intervenção sobre tabagismo realizada por cardiologista em rotina ambulatorial. **Arq. Bras. Cardiol.**, São Paulo , v. 70, n. 4, Apr. 1998 . Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0066-782X1998000400006&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0066-782X1998000400006&lng=en&nrm=iso)>. Acesso em 04 jan 2015.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. Instituto nacional de Câncer. Coordenação de prevenção e vigilância (CONPREV). **Abordagem e Tratamento do Fumante – Consenso 2001**. Rio de Janeiro, 2001;