



UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA  
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE  
DEPARTAMENTO DE SAÚDE PÚBLICA  
CURSO DE ESPECIALIZAÇÃO MULTIPROFISSIONAL NA ATENÇÃO BÁSICA 2016

Fabiana de Mari Scalone

Tabagismo: Abordagem na Atenção Básica.

Florianópolis, Abril de 2017



Fabiana de Mari Scalone

## Tabagismo: Abordagem na Atenção Básica.

Monografia apresentada ao Curso de Especialização Multiprofissional na Atenção Básica da Universidade Federal de Santa Catarina, como requisito para obtenção do título de Especialista na Atenção Básica.

Orientador: Pedro Paulo Scremin Martins  
Coordenadora do Curso: Profa. Dra. Fátima Büchele

Florianópolis, Abril de 2017



Fabiana de Mari Scalone

## Tabagismo: Abordagem na Atenção Básica.

Essa monografia foi julgada adequada para obtenção do título de “Especialista na atenção básica”, e aprovada em sua forma final pelo Departamento de Saúde Pública da Universidade Federal de Santa Catarina.

---

**Profa. Dra. Fátima Büchele**  
Coordenadora do Curso

---

**Pedro Paulo Scremin Martins**  
Orientador do trabalho

Florianópolis, Abril de 2017



# Resumo

Introdução: atualmente, observa-se grande número de doenças na saúde pública que são causas de internações, limitações temporárias, permanentes ou até mortes, que muitas vezes podem ser evitadas. Dentre estas, o tabagismo é considerado a principal causa de doenças preveníveis no mundo. Este hábito, epidêmico, faz aumentar substancialmente o risco de mortalidade por vários tipos de cânceres, cardiopatias, doenças cerebrovasculares, doenças respiratórias e uma variada gama de afecções orgânicas. Objetivo: este trabalho tem como proposta elaborar um plano de intervenção por meios teóricos e farmacológicos na cessação do tabagismo e prevenção de recaídas, na Atenção Básica do município de São Sebastião da Amoreira, cidade do interior do Paraná. Metodologia: será utilizada abordagem multiprofissional, da qual farão parte a Equipe de Saúde da Família (ESF) em conjunto com o Núcleo de Atenção à Saúde da Família (NASF) por meio de reuniões a princípio semanais na própria Unidade Básica de Saúde do município com duração total de um ano, afim de prover apoio necessário ao abandono do hábito. Resultados esperados: pretende-se, por meio deste projeto, conscientizar a população do município em questão acerca dos malefícios do fumo assim como dos benefícios de seu abandono. Dessa forma, almejamos reduzir a morbimortalidade de doenças relacionadas ao fumo assim como estimular a promoção à saúde.

**Palavras-chave:** Atenção Primária à Saúde, Abandono do Uso de Tabaco, Promoção da Saúde





# Sumário

1	<b>INTRODUÇÃO</b>	<b>9</b>
2	<b>OBJETIVOS</b>	<b>13</b>
2.1	Objetivo Geral	13
2.2	Objetivos Específicos	13
3	<b>REVISÃO DA LITERATURA</b>	<b>15</b>
4	<b>METODOLOGIA</b>	<b>19</b>
5	<b>RESULTADOS ESPERADOS</b>	<b>21</b>
	<b>REFERÊNCIAS</b>	<b>23</b>



# 1 Introdução

O município de São Sebastião da Amoreira, cidade do Norte do Estado do Paraná onde atuo como médica pelo Programa De Valorização do Profissional da Atenção Básica (PROVAB) foi fundada por uma família de colonizadores do interior de São Paulo que adquiriram um lote de aproximadamente 10 alqueires da Cia de Terras Gleba Fazenda Três Barras, fixaram residência na recém-chamada secção de terra Amoreira. Com impulso de novos moradores, a comunidade começou a expandir com o funcionamento de um grupo escolar e com os primeiros comerciantes da localidade. Naquele momento, surgiu um morador que, impulsionado pelo avanço local, iniciou o loteamento de parte de sua propriedade para dar origem à planta cadastral da futura cidade, é a figura de Zé Bastião.

No ano de 1943, a antiga secção passou a denominar-se patrimônio Amoreira, em homenagem as abundantes árvores frutíferas da região. Posteriormente já 1951 elevaram-se à categoria de Município após lei Estadual, com território desmembrado do município de Assaí. A instalação oficial ocorreu no dia 14 dezembro de 1952, data que foi empossado o primeiro prefeito do município Clóvis Negreiros. Em maio de 1961, a lei municipal n° 08 determinou que a denominação Amoreira fosse alterada para São Sebastião da Amoreira, que permanece até os dias de hoje.

A organização social se dá em torno do prefeito, vereadores, alguns funcionários públicos, antigos moradores. A cidade tem uma população em torno de 8952 habitantes, segundo dados do (IBGE, 2017). Com relação à estrutura física da cidade: há duas escolas estaduais, uma de ensino médio e outra fundamental, duas escolas municipais de ensino fundamental do pré ao quinto ano, duas escolas particulares (do maternal ao ensino fundamental) e uma creche municipal que atende crianças até os cinco anos.

A taxa de analfabetismo segundo dados do (IBGE, 2017) gira em torno de 14,46% para indivíduos maiores de 15 anos, com prevalência de analfabetos no grupo de maiores de 60 anos. Em relação à escolaridade, 47,36% da população possui o 2° ciclo fundamental completo (6° ao 9° anos do ensino fundamental) ou mais, 15,2% 1° ciclo fundamental (1° ao 5° ano) completo/2° ciclo incompleto, 32,2% sem instrução/1° ciclo fundamental incompleto.

Segundo dados do Instituto Paranaense de Desenvolvimento Econômico e Social (IPARDES, 2011), em 2010 a renda média domiciliar per capita era de 577,46 reais. Na área rural, local onde se concentra a maior parte dos trabalhadores, residem apenas 15% da população. As principais atividades são as relacionadas à cana-de-açúcar. O restante da população ativa trabalha ou na cidade, ou no campo, mas em outras atividades como o plantio de soja, que é muito forte na região. Não há rede de esgoto no município, são utilizadas fossas sépticas. Sobre as condições de moradia, há predomínio de casas de alvenaria, algumas casas de madeira, muitas dessas, precárias. Não existem moradores de

rua segundo informação das Agentes de Saúde da Comunidade.

O trabalho braçal é responsável por aproximadamente 70% dos atendimentos da UBS, pela exigência física intensa. Esse foi o principal risco ocupacional encontrado, já que as queixas mais frequentes são os problemas osteomusculares. Em relação aos riscos sociais identificados, estão os relacionados à falta de escolaridade, uso e venda de entorpecentes, falta de locais destinados ao lazer, abandono de idosos com más condições de moradia e agressão doméstica a mulheres e crianças.

Sempre são realizadas visitas domiciliares dessas regiões e discussões sobre formas de melhorar, de reduzir tais riscos, trabalhando em conjunto com a equipe de assistência social do município. Atualmente, São Sebastião da Amoreira possui 8.626 habitantes. A cidade é dividida em quatro regiões para atuação das Equipes de Saúde da Família (ESF). Minha equipe é composta por 2034 pessoas, sendo 915 homens e 1119 mulheres, composta por 579 crianças e jovens (população menor que 20 anos), 1094 adultos (20-59 anos) e 367 idosos (maiores de 60 anos).

Em relação à frequência de doenças na população, evidencia-se prevalência de 13,3% de Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS) e 4,3% de Diabetes Mellitus (DM), no mês de abril de 2016. Na UBS em que trabalho, muitas consultas são agendadas no dia, o que limita um pouco a abordagem continuada. O acompanhamento desses pacientes é complementado com visitas domiciliares quando necessário. Além disso, há projetos para implantação de grupos multiprofissionais a fim de conscientizar a população sobre a importância do controle dessas comorbidades de forma a incentivar mudanças no estilo de vida e melhorar a adesão medicamentosa.

As principais causas de mortes no município no ano de 2014 foram respectivamente: doenças do aparelho circulatório, causas externas, neoplasias, doenças crônicas e metabólicas e doenças do aparelho digestivo. As causas de internações da população idosa (consideradas acima de 60 anos) em 2014 foram doenças do aparelho circulatório, do sistema respiratório, do sistema digestivo, neoplasias e doenças infecto contagiosas. Por meio da realização do diagnóstico situacional da área de abrangência, foi possível conhecer a população, saber como as pessoas vivem e quais as doenças mais prevalentes, e outros problemas da área, o que é fundamental para realizar ações em prol da população. Foi possível observar, por exemplo, a existência de grande número de fumantes, muitos destes já com doenças crônicas, como hipertensão, diabetes ou com complicações dessas comorbidades, que mesmo assim ainda persistem com o hábito. Atualmente, o tabagismo é considerado um problema de saúde pública em razão da alta prevalência de fumantes e da mortalidade decorrente das doenças relacionadas ao tabaco. Sabe-se que o fumo é um importante fator de risco modificável para aterosclerose e doença cardiovascular. Tabagistas tem maior risco de desenvolver resistência à insulina e, subsequentemente, diabetes mellitus do que não fumantes. Tem ainda associação com outros critérios inclusas na chamada síndrome metabólica, importante fator de risco e de agravamento de doenças cardiovas-

culares (CHING-CHU; CHANG; LIU, 2008). Cerca de 80% dos fumantes querem parar de fumar. No entanto, apenas 3% conseguem a cada ano, sendo que desses, a maior parte (95%) consegue sem assistência de profissional de saúde. O restante necessita de um apoio de um profissional de saúde para obter êxito (CINCIRIPINI; HECHT; HENNINGFIELD, 1997); (BRASIL, 2001). A abordagem e tratamento do fumante chegam a aumentar as taxas de cessação de fumar de 3% para 20% a 30% em um ano (BRASIL, 2001). Segundo o (CONTROL; CDC, 2008), a prevenção de início e a cessação do tabagismo em todas as idades são benéficas em reduzir a morbidade e mortalidade.

Entendendo o papel da atenção básica na promoção à saúde e prevenção de doenças e a grande relevância do tema em questão, optou-se por atuar nesta causa formando um grupo de intervenção ao tabagismo, tendo por base o Programa Nacional de Combate ao Tabagismo por meio da realização de grupos com abordagem multiprofissional, envolvendo tanto as ESF quanto o Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF).



## 2 Objetivos

### 2.1 Objetivo Geral

Promover a redução do tabagismo na população atendida na Unidade Básica de Saúde do município de São Sebastião de Amoreira.

### 2.2 Objetivos Específicos

- Organizar um grupo de pacientes fumantes, com abordagem multiprofissional;
- Realizar palestras motivacionais e educativas para o grupo de pacientes;
- Criar vínculo dos pacientes do grupo com a equipe de saúde;
- Reduzir a morbimortalidade por doenças associadas ao tabaco;
- Avaliar o nível de conhecimento dos participantes do grupo sobre os problemas do tabagismo antes e depois das ações educativas.





### 3 Revisão da Literatura

O tabaco foi originário das Américas e preparado a partir da secagem das folhas da planta *Nicotiana tabacum*, era utilizado nas sociedades indígenas em rituais mágico-religiosos. Os europeus disseminaram o uso do tabaco fumado sob a forma de cachimbos, charutos, cigarrilhas e cigarros, e do tabaco não-fumado, aspirado (rapé) e mascado (fumo-de-rolô), por todos os continentes, antes do final do século XVII, por razões econômicas e pelo caráter aditivo do consumo deste produto vegetal. (MARTINS, 2009)

Na Europa, a folha do tabaco tinha inicialmente finalidade terapêutica e profilática sendo posteriormente usada, como é até nos dias atuais, por meio da inalação de sua fumaça, como uma atividade prazerosa, tornando-se a principal drogadição dos tempos atuais. (FRANKEN; ANDREIS; STIRBULOV, 2001).

Considerado a maior causa de morte evitável no mundo, o tabagismo está relacionado com aproximadamente 5 milhões de mortes anualmente em todo mundo, sendo responsável por 10 mil mortes por dia, ou seja, uma pessoa a cada seis segundos, e por reduzir a expectativa de vida em 15 anos. No Brasil, ocorrem 200 mil óbitos por ano (WHO, 2017). Se não ocorrem mudanças no padrão de consumo de tabaco, a Organização Mundial da Saúde (OMS) estima que o número de fumantes aumente, do ano 2000 a 2030, de 1,2 bilhões para 1,6 bilhões e o número de mortes atribuíveis ao tabagismo passe a 10 milhões, sendo 70% nos países menos desenvolvidos. (WHO, 2017).

O tabagismo e a exposição à fumaça do cigarro estão associados à pelo menos com 443.000 mortes prematuras, e aproximadamente 5,1 milhões de anos de vida perdidos. Nos Estados Unidos, estima-se que 19,8% dos adultos são fumantes atuais de cigarros e cerca de 40% dos fumantes tentam parar a cada ano. Estima-se que o tabagismo contribua para a perda de produtividade em todo o mundo, sendo essa perda anual de US\$ 64.2 bilhões para homens e cerca de US\$ 32.6 bilhões para mulheres. Nos EUA, a perda de produtividade média anual estimada, decorrente do tabagismo, foi de US \$ 96,8 bilhões e a sobrecarga econômica total foi de aproximadamente US \$ 193 bilhões por ano (CONTROL; CDC, 2008)

O uso do tabaco associa-se com enormes custos sociais e econômicos originários do aumento da morbidade e mortalidade relacionadas com o fumo. Eles incluem custos gerados pelos fumantes como uso de recursos de saúde, ausência no trabalho, perda da produtividade e pagamento de auxílio-doença (FAGERSTRÖM, 2002). Em países desenvolvidos, os custos relacionados aos cuidados com as doenças associadas ao tabagismo consomem de 6% a 15% do gasto total com saúde. (INCA, 2017).

No Brasil, o fumo causa um prejuízo anual de, pelo menos, R\$ 338,6 milhões ao SUS, em relação aos gastos com internações e em procedimentos de quimioterapia. Desse montante, os gastos referentes ao câncer correspondem a 33,85% e chegam a R\$ 114,6

milhões. (PINTO, 2008). O Center for Disease Control and Prevention, verificou ainda que nos EUA, em 2007, os investimentos em programas de prevenção e controle do tabaco totalizaram US \$ 595 milhões, cerca de 325 vezes menor do que os gastos com o fumante. (CONTROL; CDC, 2008).

É reconhecido como uma doença epidêmica que causa dependência física, psicológica e comportamental semelhante ao que ocorre com o uso de outras drogas como álcool, cocaína e heroína. A dependência ocorre pela presença da nicotina nos produtos à base de tabaco. A dependência obriga os fumantes a inalarem mais de 4.720 substâncias tóxicas, como: monóxido de carbono, amônia, cetonas, formaldeído, acetaldeído, acroleína, além de 43 substâncias cancerígenas, sendo as principais: arsênio, níquel, benzopireno, cádmio, chumbo, resíduos de agrotóxicos e substâncias radioativas. (ROSEMBERG, 2004).

Algumas dessas substâncias tóxicas também são conhecidas como potenciais irritantes, pois produzem irritação nos olhos, no nariz e na garganta, além de paralisia nos cílios dos brônquios. Desse modo, o tabagismo é causa de aproximadamente 50 doenças, muitas delas incapacitantes e fatais, é um dos principais fatores de risco para doença coronariana, hipertensão arterial sistêmica, acidente vascular encefálico, bronquite, enfisema e câncer, que constituem importantes causas de morte nos países desenvolvidos e nas grandes cidades brasileiras. É notória também a forte relação existente entre o uso de tabaco e comorbidades psiquiátricas, entre elas a depressão, o que agrava o quadro clínico e dificulta o tratamento. (RONDINA; GORAYEB; BOTELHO, 2007).

O consumo do tabaco geralmente se inicia na adolescência, em média entre 13 e 14 anos de idade. Quanto mais precoce o seu início, maior a gravidade da dependência aos problemas a ela associadas (MIRRA, 2017)

A dependência do tabaco é cada vez mais reconhecida como uma condição crônica que pode necessitar de repetidas intervenções. Deve-se enfatizar o papel do Estado e das políticas públicas no reconhecimento do tabagismo como um problema de saúde pública, visando a disponibilização do tratamento para todos os fumantes, tanto no Sistema Único de Saúde (SUS) quanto no Sistema de Saúde Suplementar (REICHERT; ARAÚJO; GONÇALVES, 2008). A dependência à nicotina pode ser considerada como uma expressão de vulnerabilidade psicopatológica individual e isto devem ser ponderadas nas intervenções para a cessação do consumo de tabaco. (LEMOS, 2006).

Em Centros de Referência para Abordagem e Tratamento de Fumantes do SUS, a cessação de fumar em quatro semanas variou entre 39% e 46%. O tratamento de cessar de fumar deve considerar o contexto clínico, a gravidade à dependência à nicotina, idade de início do consumo do tabaco, comorbidades, história familiar, motivação para cessar, condicionamentos, situações e sentimentos relacionados com o tabagismo. (NUNES, 2006)

A cessação do tabagismo é um processo dinâmico que envolve uma sequência de várias tentativas não sucedidas até conseguir uma abstinência prolongada. Embora um significativo número de fumantes expresse o desejo de abandonar o tabagismo, somente um terço

realmente consegue abandonar com sucesso. Aproximadamente, 75% a 80% dos fumantes que tentam cessar o tabagismo, recaem antes de seis meses de abstinência (ZHOU et al., 2009). A recaída é um fenômeno natural no ciclo de qualquer dependência. A maioria dos fumantes realiza de três a dez tentativas até obter a abstinência definitiva. (PROCHASKA; DICLEMENTE; NORCROSS, 1992).

No Brasil, como resultado das importantes ações de controle do tabaco desenvolvidas, a prevalência de tabagismo vem diminuindo ao longo dos anos. Em 1989 o percentual de fumantes de 18 anos ou mais no país era de 34,8%. Já em 2013, de acordo com pesquisa mais recente para essa mesma faixa etária em áreas urbanas e rurais, este número caiu para 14,7% (INCA., 2017a). Os resultados da Pesquisa Nacional de Saúde do Escolar do IBGE (2012) mostraram que 29,8% dos estudantes brasileiros que frequentavam o 9º ano do Ensino Fundamental informaram que pelo menos um dos seus responsáveis era fumante (IBGE, 2017). Nos jovens, a última pesquisa realizada em 17 cidades brasileiras demonstrou que a prevalência de estudantes que fumavam regularmente foi muito similar à encontrada nos adultos (INCA., 2017b).

As ações para o controle do tabagismo, tornaram-se mais evidentes a partir da década de 70, inicialmente, por iniciativa de profissionais isolados, associações médicas, religiosas e outras ONGs, sem nenhum apoio governamental. Em 1989, o Ministério da Saúde (MS) passou a assumir as ações sistemáticas, continuadas e abrangentes, por meio do Instituto Nacional de Câncer (INCA), em que este passou a coordenar as ações nacionais do Programa Nacional de Controle do Tabagismo (PNCT), desenvolvidas em parceria com as Secretarias Estaduais e Municipais de Saúde, Organizações Não-Governamentais (ONGs), Sociedades Científicas, Conselhos Profissionais e outros. Neste sentido vem investindo esforços na socialização dos conhecimentos sobre a cessação do tabagismo para que os profissionais de saúde possam oferecer uma abordagem eficaz ao fumante em suas rotinas de atendimento. O PNCT implantou dois programas que foram desenvolvidos paralelamente: Programa Unidades de Saúde Livres de Tabaco – implementação de uma política de restrição ao consumo de derivados do tabaco em Unidades de Saúde; e o Programa Ajudando Seu Paciente a Deixar de Fumar – com objetivo de instrumentalizar os profissionais de saúde com estratégias e material de apoio técnico, que permitem aumentar a eficácia da abordagem para cessação de fumar, por meio de capacitação dos profissionais de saúde pelo INCA. (BRASIL, 2001)

Para que estas ações atinjam todo território nacional, foi organizada uma rede nacional para gerenciamento regional do Programa, por meio do processo de descentralização e parceria com as Secretarias Estaduais e Municipais de Saúde, seguindo a lógica do SUS. Hoje, nos 26 estados da Federação e no Distrito Federal, as Secretarias Estaduais de Saúde possuem uma Coordenação do Programa de Controle do Tabagismo, que vêm descentralizando as ações para seus respectivos municípios (INCA., 2017a)

Essas ações vem motivando um número cada vez maior de fumantes a desejarem

parar de fumar. Para [CINCIRIPINI, HECHT e HENNINGFIELD \(1997\)](#), cerca de 80% dos fumantes desejam parar de fumar, porém apenas 3% conseguem a cada ano, sendo que desses, a maior parte consegue sozinho, sem ajuda, o que coloca em evidência o grande potencial que a abordagem do fumante possui para reduzir a prevalência de fumantes.

Para isso, o PNCT tem envolvido a articulação de diferentes ações como: capacitação de profissionais de saúde e financiamento de ações voltadas para a abordagem e tratamento do fumante na rede do Sistema Único de Saúde (SUS), a elaboração de um consenso nacional sobre métodos eficazes para a cessação do tabagismo, divulgação desses métodos por meio de campanhas, mídia e eventos dirigidos aos profissionais de saúde e implantação do Disque Pare de Fumar com inserção do número desse serviço nas embalagens dos produtos derivados do tabaco ao lado das advertências sanitárias ([INCA., 2017a](#)).

Como forma de incluir e financiar a abordagem e tratamento do tabagismo no SUS, o MS publicou a Portaria GM/MS 1.575/02 que criou Centros de Referência em Abordagem e Tratamento do Fumante e incluiu no Sistema de Informações Ambulatoriais (SIA) do SUS, a abordagem e tratamento do fumante. O problema principal desta Portaria foi que o credenciamento de Centros de Referência em abordagem e Tratamento do Fumante ficou restrito a unidades de saúde de alta complexidade ou hospitais especializados ([INCA., 2017a](#))

Após estudos realizados por um grupo de trabalho, gerou a publicação da Portaria GM/MS 1035 de 31 de maio de 2004, regulamentada pela Portaria SAS/MS 442 de 13 de agosto de 2004, que aprovou o Plano para Implantação da Abordagem e Tratamento do Tabagismo no SUS, em que amplia a abordagem e tratamento do tabagismo para atenção básica e média complexidade do SUS, com o objetivo de consolidar o PNCT, e define que os materiais de apoio e medicamentos para o tratamento do tabagismo serão adquiridos pelo MS e encaminhados aos municípios com unidades de saúde capacitadas e credenciadas para esta finalidade.

## 4 Metodologia

O foco desse trabalho está na abordagem dos fumantes residentes na cidade de São Sebastião de Amoreira – PR.

A intervenção no tabagismo, baseada no Programa Nacional de Combate ao Tabagismo, exige abordagem complexa e multiprofissional. Para isso, inicialmente haverá o preparo da Equipe de Saúde da Família (ESF) com reuniões com o Núcleo de Apoio a Saúde da Família (NASF) para adquirir o conhecimento necessário à abordagem e para organizar os passos para a concretização do projeto.

Após o preparo dos profissionais, será necessário conscientizar e convocar a população com cartazes e ênfase nas consultas e visitas domiciliares dos possíveis malefícios do hábito de fumar e dos benefícios de sua cessação.

Finalmente, a intervenção consistirá em sessões de grupos terapêuticos, entre 10 a 15 participantes, de uma hora e meia, de quatro sessões iniciais estruturadas semanalmente, passando para sessões quinzenais, e uma sessão mensal para prevenção de recaídas, até completar um ano. Tais reuniões serão realizadas com materiais de apoio oferecidos pelo Ministério da Saúde, que abordam, entre outros, motivação para cessar o tabagismo, as dificuldades e os benefícios com o abandono do tabaco. Serão seguidas de consultas individuais, programadas, para avaliar a adesão, seus empecilhos e o possível acompanhamento com tratamento medicamentoso, também ofertado pelo Ministério da Saúde.

As sessões serão conduzidas pelo médico e enfermeira da Unidade Básica de Saúde (UBS), com intervenções pontuais de outros profissionais, como psicólogo – atuando na dependência psicológica do vício, nutricionista – evitando o comer compulsivo e a alimentação inadequada usadas para compensar a falta do cigarro – e educador físico – trazendo um novo hábito, uma possível nova maneira de aliviar o estresse, antes suprida pelo fumo.

O projeto terá duração de um ano e será realizado nas dependências da UBS do município, facilitando o acompanhamento posterior dos pacientes afim de manter seu seguimento para prevenir recaídas.



## 5 Resultados Esperados

A realização desse projeto visa motivar e dar o suporte necessário, tanto teórico, cognitivo-comportamental, quanto medicamentoso, quando necessário, na cessação do tabagismo. Sua implementação está sendo avaliada pela Equipe de Saúde de Família do município de São Sebastião da Amoreira – PR. Espera-se que tal ação seja de fato consolidada e, assim, que haja redução da morbimortalidade relacionadas ao tabaco e que tal ação terapêutica e preventiva seja ampliada para a conscientização de adolescentes e crianças para evitar o início do hábito de fumar, favorecendo a promoção à saúde de modo ainda mais abrangente. Almejamos ainda que este projeto possa ser utilizado para fins epidemiológicos e estatísticos para melhor abordagem do tabagismo na atenção primária de saúde





## Referências

- BRASIL, M. da S. Abordagem e tratamento do fumante: consenso 2001. *Instituto Nacional de Câncer. INCA*, p. 7–33, 2001. Citado 2 vezes nas páginas 11 e 17.
- CHING-CHU, C.; CHANG, P. C.; LIU, C. S. Association among cigarette smoking, metabolic syndrome, and its individual components: the metabolic syndrome study in taiwan. *Metabolism Clinical and Experimental*, v. 57, p. 544–548, 2008. Citado na página 10.
- CINCIRIPINI, P. M.; HECHT, S. S.; HENNINGFIELD, J. E. Tobacco addiction: implications for treatment and cancer prevention. *Journal of the National Cancer Institute*, n. 24, p. 1857–1862, 1997. Citado 2 vezes nas páginas 11 e 17.
- CONTROL, C. F. D.; CDC, P. Cigarette smoking among adults united states, 2007. *MMWR Morbidity and Mortality Weekly Report*, v. 57, n. 45, p. 1221–1226, 2008. Citado 3 vezes nas páginas 11, 15 e 16.
- FAGERSTRÖM, K. O. The epidemiology of smoking: health consequences and benefits of cessation. *Drugs*, n. 62, p. 1–9, 2002. Citado na página 15.
- FRANKEN, R. A.; ANDREIS, M.; STIRBULOV, R. *Estratégias de combate ao tabagismo: A experiência de um hospital escola*. São Paulo: Vivali, 2001. Citado na página 15.
- IBGE, I. B. de Geografia e Estatística. Coordenação de I. S. *Pesquisa Nacional de Saúde do Escolar*. 2017. Disponível em: <<http://www.ibge.gov.br/home/estatistica/populacao/pense/2012/>>. Acesso em: 12 Jan. 2017. Citado 2 vezes nas páginas 9 e 17.
- INCA, B. M. da Saúde. Instituto Nacional de C. *Inquérito domiciliar sobre comportamentos de risco e morbidade referida de doenças e agravos não transmissíveis: Brasil, 15 capitais e Distrito Federal 2002-2003*. 2017. Disponível em: <<http://www.inca.gov.br/inquerito/docs/tab.pdf>>. Acesso em: 31 Jan. 2017. Citado na página 15.
- INCA., B. M. da Saúde. Instituto Nacional de C. *Plano de implantação da abordagem e tratamento do tabagismo na rede SUS: Portaria GM/MS 1.035/04 - Portaria SAS/MS 442/04, fluxos de informação e instrumentos de avaliação - manual de operação*. 2017. Disponível em: <[http://www.inca.gov.br/tabagismo/publicacoes/plano\\_abordagem\\_sus.pdf](http://www.inca.gov.br/tabagismo/publicacoes/plano_abordagem_sus.pdf)>. Acesso em: 30 Jan. 2017. Citado 2 vezes nas páginas 17 e 18.
- INCA., B. M. da Saúde. Instituto Nacional de C. *Vigilância de Tabagismo em Escolares: VIGESCOLA 2002-2009*. 2017. Disponível em: <<http://www.inca.gov.br/vigescola/>>. Acesso em: 30 Jan. 2017. Citado na página 17.
- IPARDES, I. P. de Desenvolvimento Econômico e S. *Paraná em números*. 2011. Disponível em: <[http://www.ipardes.gov.br/index.php?pg\\_conteudo=1&cod\\_conteudo=1](http://www.ipardes.gov.br/index.php?pg_conteudo=1&cod_conteudo=1)>. Acesso em: 13 Jan. 2017. Citado na página 9.

- LEMOS, T. Tabagismo e comorbidades psiquiátricas. in: Gigliotti, a., presman, s. (org.). atualização no tratamento do tabagismo. . *ABP - Saúde*, p. 53–70, 2006. Citado na página 16.
- MARTINS, K. C. "eu queria, mas não conseguia...": aspectos relacionados à mudanças do comportamento de fumar em participantes de grupos de tabagismo. Brasília, n. 137, 2009. Curso de Psicologia, Universidade de Brasília,. Citado na página 15.
- MIRRA. *Tabagismo. Projeto Diretrizes. Instituto Nacional de Câncer/Ministério da Saúde Associação Brasileira de Estudos de Álcool e Outras Drogas, Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo, Universidade Federal de São Paulo*. 2017. Disponível em: <[http://www.projetodiretrizes.org.br/ans/diretrizes/diretrizes\\_xxi.pdf](http://www.projetodiretrizes.org.br/ans/diretrizes/diretrizes_xxi.pdf)> Acesso em: 30 Jan. 2017. Citado na página 16.
- NUNES, S. Avaliação das características clínicas dos fumantes que buscaram tratamento em um centro de referência do sistema Único de saúde (sus). *Biosaúde*, v. 8, p. 3–24, 2006. Citado na página 16.
- PINTO, M. Tabagismo: um mal à saúde e aos cofres públicos. *Revista Rede Câncer*, v. 5, p. 8-11, jun. 2008., v. 5, p. 8–11, 2008. Citado na página 15.
- PROCHASKA, J. O.; DICLEMENTE, C. C.; NORCROSS, J. C. Search of how people change: Applications to addictive behaviors. *American Psychologist*, v. 47, n. 9, p. 1102–1113, 1992. Citado na página 17.
- REICHERT, J.; ARAÚJO, A.; GONÇALVES, C. Diretrizes da sbpt – diretrizes para cessação do tabagismo – 2008. *J Bras Pneumol.*, v. 34, n. 10, p. 845–880, 2008. Citado na página 16.
- RONDINA, R.; GORAYEB, R.; BOTELHO, C. Características psicológicas associadas ao comportamento de fumar tabaco. *J. bras. pneumol*, v. 33, n. 5, p. 592–601, 2007. Citado na página 16.
- ROSEMBERG, J. Nicotina: droga universal. São Paulo, n. 1, 2004. Curso de Produção Independente, Produção Independente. Citado na página 16.
- WHO, W. H. O. *The global tobacco crisis: tobacco – global agent of death. who report on the global tobacco epidemic.*,. 2017. Disponível em: <[http://www.who.int/tobacco/mpower/mpower\\_report\\_tobacco\\_crisis\\_2008.pdf](http://www.who.int/tobacco/mpower/mpower_report_tobacco_crisis_2008.pdf)> Acesso em: 30 Jan. 2017. Citado na página 15.