

**UNIVERSIDADE FEDERAL DE MINAS GERAIS
CURSO DE ESPECIALIZAÇÃO GESTÃO DO CUIDADO EM SAÚDE DA FAMÍLIA**

JÚLIA SOLDATI DIAS

**PROJETO DE INTERVENÇÃO PARA COMBATE AO TABAGISMO
PELA UNIDADE BÁSICA DE SAÚDE DO NOVO HORIZONTE -
CATRU EM SUA ÁREA DE ABRANGÊNCIA**

BELO HORIZONTE – MINAS GERAIS

2019

JÚLIA SOLDATI DIAS

**PROJETO DE INTERVENÇÃO PARA COMBATE AO TABAGISMO
PELA UNIDADE BÁSICA DE SAÚDE DO NOVO HORIZONTE -
CATRU EM SUA ÁREA DE ABRANGÊNCIA**

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

Orientadora: Profa. Dra. Regina Maura Rezende

BELO HORIZONTE – MINAS GERAIS

2019

JÚLIA SOLDATI DIAS

**PROJETO DE INTERVENÇÃO PARA COMBATE AO TABAGISMO
PELA UNIDADE BÁSICA DE SAÚDE DO NOVO HORIZONTE -
CATRU EM SUA ÁREA DE ABRANGÊNCIA**

Banca examinadora

Profa. Dra. Regina Maura Rezende - orientadora (UFTM)

Profa. Dra. Maria Rizioneide Negreiros de Araújo (UFMG)

Aprovado em Belo Horizonte, em: 01/02/2019.

DEDICATÓRIA

Dedico este projeto a comunidade e a equipe de ESF do Novo Horizonte, pois com eles cresço cada dia mais como profissional e ser humano, e espero retribuir um pouco deste conhecimento adquirido nos últimos anos.

AGRADECIMENTOS

A minha família e ao meu noivo pelo amor incondicional e incentivos diários, sem vocês não chegaria onde estou hoje.

Ao Programa Mais Médicos pela oportunidade de atuar no SUS, especificamente na Atenção Primária à Saúde, área que durante toda a minha formação me encantou por seus princípios de prevenção e cuidado ampliado ao indivíduo, assim como alto poder de transformação.

RESUMO

Introdução: A Unidade Básica de Saúde do Novo Horizonte - Catru está situada na periferia do município de Ponte Nova - MG. A população adscrita apresenta baixo nível socioeconômico e de escolaridade o que leva a maiores índices de violência e uso de drogas, o que demandou a realização do presente plano de intervenção. Assim, foi necessária a realização do diagnóstico situacional, e o tabagismo destacou-se como um dos problemas mais urgentes em que a equipe de saúde da família tem alto poder de atuação. A comunidade apresenta um alto índice de tabagistas e também um número significativo de pacientes com alto risco cardiovascular, devido a comorbidades como insuficiência cardíaca e diabetes mellitus. Pesquisas mostram que o tabagismo por si só é capaz de aumentar o risco de eventos cardiovasculares, e uma vez associado a estas outras comorbidades o risco é cumulativo, assim como também está associado a maior risco de doenças pulmonares, que são respectivamente a primeira e a terceira causa de mortalidade no município. **Objetivo:** Elaborar um plano de ação para reduzir o número de tabagistas na população adscrita à Unidade de Saúde do Novo Horizonte, e evitar que outros se tornem usuários, buscando reduzir a morbimortalidade da população por causas relacionadas ao uso do cigarro. **Metodologia:** Utilizando-se da metodologia de Planejamento Estratégico Situacional foi elaborado um plano de intervenção com ações voltadas para melhorar o conhecimento da população quanto aos malefícios do tabaco. As etapas envolvidas nesse processo são: diagnóstico situacional, seleção do problema, seleção de nós crítico e desenvolvimento do projeto de intervenção. Para subsidiar a elaboração do plano de intervenção foi realizada uma pesquisa bibliográfica na Biblioteca Virtual em Saúde para levantamento das publicações existentes sobre o tema. **Plano de Intervenção:** Realização das seguintes ações: intervenções em escolas, panfletagem, salas de espera e parcerias com instituições presentes na comunidade, e, ampliar o conhecimento da população sobre o problema; treinamento da equipe de saúde da família para melhor acolhimento; e realização de atividade em grupo de combate ao tabagismo para dar suporte àqueles que desejam a abstinência. **Considerações Finais:** O grupo de combate ao tabagismo foi a única ação proposta colocada em prática até o momento e apresentou taxa de 43% de abstinência. O combate ao tabagismo traz benefícios individuais e coletivos, porém as ações devem ser compactuadas e desenvolvidas pela comunidade e suas instituições, sendo constantemente aplicadas, avaliadas e revisadas, a fim de manter sua efetividade, e, por conseguinte, ampliar os referenciais de saúde e qualidade de vida à população usuária.

Palavras-chave: Educação em Saúde. Estratégia Saúde da Família. Prevenção ao Tabagismo.

ABSTRACT

Introduction: The Health Centre Novo Horizonte - Catru is located in the suburban area of Ponte Nova city, state of Minas Gerais. This population has low educational and socioeconomic levels what leads to higher index of violence and drug abuse, which demanded the creation of the follow intervention plan. Therefore, it was necessary the production of the situational diagnosis, and smoking was highlighted as one of the most urgent problems that the health team has the best chance of changing. The community has high numbers of smokers and also has a significant number of patients with an increased cardiovascular risk, because of diseases such as diabetes mellitus and heart failure. Research shows that smoking by itself can increase the risk of cardiovascular events, once associated with those other diseases this risk is increased, and it is also responsible for higher risk of pulmonary diseases, that are, respectively, the first and third biggest causes of death in the city.

Objective: Create an intervention plan to reduce the number of smokers in the population under the care of the Health Centre Novo Horizonte, and stop other patients to become smokers, aiming to reduce the population morbimortality related to tobacco use.

Methodology: Using the strategic planning methodology it was created an intervention plan with actions aiming to improve the population knowledge about the tobacco dangers. The planning was divided in the following steps: situational diagnosis, problem selection, critical knots selection and development of an intervention plan. To support the intervention plan, a bibliographical research was carried out in the Virtual Health Library to survey the existing publications on the subject.

Intervention Plan: Carry out the following actions: intervention in schools, pamphlets, waiting rooms and partnerships with institutions present in the community to improve the entire population's knowledge about the dangers of smoking; training the health centre team to improve their host skills; and the support group for to those who desire abstinence and need help.

Final Considerations: The tobacco support group was the only action put into practice to this date and presented a rate of 43% of abstinence. The fight against tobacco brings individual and collective benefits, although the actions must be agreed and developed by the community and its institutions, being constantly applied, evaluated and revised, too keep their effectiveness, and consequently expand the population's health references and increase its quality of life.

Key words: Family Health Strategy. Primary Health Care. Smoking Prevention.

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

ABS	Atenção Básica à Saúde
ACS	Agente Comunitário de Saúde
AMAPI	Associação dos Municípios do Vale do Piranga
AVC	Acidente Vascular Cerebral
APS	Atenção Primária à Saúde
BVS	Biblioteca Virtual em Saúde
CID	Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados com a Saúde
DCNT	Doenças Crônicas Não Transmissíveis
DM II	Diabetes Mellitus Tipo II
DPOC	Doença Pulmonar Obstrutiva Crônica
ESF	Estratégia de saúde da Família
HAS	Hipertensão Arterial Sistêmica
HEMOMINAS	Centro de Hematologia e Hemoterapia do Estado de Minas Gerais
IAM	Infarto Agudo do Miocárdio
IBGE	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
IDH	Índice de Desenvolvimento Humano
KM	Quilômetros
NASF	Núcleo de Apoio à Saúde da Família
ONG	Organização Não Governamental
PES	Plano Estratégico Situacional
PIB	Produto Interno Bruto
SciELO	Scientific Library Electronic Online
SIAB	Sistema de Informação da Atenção Básica
SNC	Sistema Nervoso Central
SUS	Sistema Único de Saúde
TSB	Técnico em Saúde Bucal
UBS	Unidade Básica de Saúde
WHO	World Health Organization

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	10
1.1 Descrição do Município	10
1.2 Comunidade dos Bairros Novo Horizonte, São Pedro e Fátima	10
1.3 Unidade Básica de Saúde da Família	11
1.4 Estimativa Rápida problemas de saúde do território e da comunidade	12
1.5 Priorização dos Problemas	13
2 JUSTIFICATIVA	14
3 OBJETIVO	17
3.1 Objetivo Geral	17
3.2 Objetivos Específicos	17
4 METODOLOGIA	18
5 REVISÃO DE LITERATURA	19
5.1 Políticas de Controle ao Tabagismo	19
5.2 Morbimortalidade Associada ao Tabagismo	22
5.3 Benefícios da Cessação do Tabagismo	23
5.4 Tipos de Dependência	24
5.5 Avaliação Motivacional e Diagnóstica	25
5.6 Abordagem ao Tabagismo e Tratamento	26
5.7 Desafios a Cessação do Tabagismo	30
6 PLANO DE INTERVENÇÃO	32
6.1 Desenho das Operações	32
6.2 Identificação dos Recursos Críticos	33
6.3 Análise da Viabilidade	34
6.4 Plano Operativo	35
7 CONSIDERAÇÕES FINAIS	40
REFERÊNCIAS	42

1 INTRODUÇÃO

1.1 Descrição do Município

Ponte Nova é uma cidade da Zona da Mata Mineira, com população estimada em 2016 de 60.188 habitantes, uma densidade populacional de 121,94 habitantes por Km², outros dois distritos fazem parte da cidade, Rosário do Pontal e Vau-Açu. A área do município é de 471,21 Km². Possui quarenta e três bairros e trinta e seis estabelecimentos de saúde. Apresenta Índice de Desenvolvimento Humano (IDH) 0,717, Produto Interno Bruto (PIB) R\$ 509.679 mil e PIB per-capita R\$ 23.162,80. (IBGE, 2010)

No setor de serviços, a saúde se destaca devido a modernização tecnológica dos hospitais particulares, que mantêm planos de saúde em ampla rede nacional, implantação da gestão plena pelo Sistema Único de Saúde (SUS) e da Fundação Hemominas Regional, além da existência de Consórcio Intermunicipal de Saúde com sede em Ponte Nova. O município é sede da Região Administrativa do Vale do Piranga e da Associação dos Municípios do Vale do Piranga (AMAPI). Ponte Nova é a cidade referência para sua microrregião, sendo o suporte e a referência na atenção secundária e terciária para outros 17 municípios (PONTE NOVA, 2015).

As principais atividades econômicas são a agropecuária e as indústrias, como frigoríficos, laticínios e transportadoras. A média salarial da população é cerca de 1.8 salários mínimos, acompanhando o panorama regional e nacional, porém, apenas 33.2% da população possui até meio salário per-capita, o que o coloca bem abaixo da média nacional (IBGE, 2010). No quesito escolaridade o município também fica abaixo da média nacional e observa-se uma queda geral no número de pessoas matriculados em todos os níveis escolares (IBGE, 2010). Seguindo a tendência observada nacionalmente, a cidade tem enfrentando nos últimos anos o crescente aumento da violência e dos usuários de drogas, problemas estes interligados em sua essência.

1.2 Comunidade dos Bairros Novo Horizonte, São Pedro e Fátima

Quando a Unidade Básica de Saúde (UBS) Novo Horizonte -CATRU foi criada há 10 anos atrás, convencionou-se que a área de abrangência desta incorporaria todo o Bairro Novo Horizonte, assim como algumas ruas não cobertas pelas

unidades dos outros dois bairros vizinhos, São Pedro e Fátima. Considerando tal informação, a área abrangida pela unidade de saúde tem cerca de 2500 habitantes (SIAB, 2015). Tal área localiza-se na periferia de Ponte Nova e possui características semelhantes quanto ao desenvolvimento social e econômico. Hoje, a população empregada vive basicamente do trabalho em empresas de transporte de carga, laticínio e frigorífico, assim como no comércio local e economia informal. O número de subempregos é elevado.

A área também é contemplada com uma creche municipal, localizada próxima à UBS, e atende também aos bairros vizinhos. As escolas de ensino fundamental e médio estão localizadas nos Bairros Fátima e São Pedro. O analfabetismo tem maior prevalência entre os idosos, sendo a evasão escolar maior entre os adolescentes. A área tem crescente número de usuário de drogas e a violência vem aumentando (PONTE NOVA, 2015).

1.3 Unidade Básica de Saúde da Família

A UBS na qual atua uma equipe de Estratégia da Saúde da Família (ESF) está situada numa região com acesso dificultado à população devido a geografia local com muitos morros. A Unidade Básica de Saúde é uma casa alugada com dois andares, com seus cômodos divididos em: um consultório odontológico, uma recepção, uma sala de espera, uma cozinha, dois banheiros, uma sala de curativos, três consultórios médicos, sendo que um destes possui uma maca ginecológica e a área no andar superior é reservada para sala de reuniões e realização de atividades em grupo. Por ter sido um imóvel adaptado para receber uma unidade saúde, este apresenta muitas escadas, portas e corredores estreitos e nenhuma adaptação para deficientes físicos. A comunidade constitui-se por aqueles que vivem em ruas não cobertas pelas unidades de seus bairros (Fátima e São Pedro), e a comunidade pertencente ao Bairro Novo Horizonte.

A equipe de ESF é composta por dois médicos, um enfermeiro, cinco agentes de saúde (ACS), dois técnicos de enfermagem, um cirurgião dentista, um técnico em saúde bucal (TSB), um auxiliar de serviços gerais. A equipe é auxiliada por um Núcleo Apoio à Saúde da Família (NASF), composto atualmente por: um farmacêutico, um psicólogo, um profissional de educação física, um fisioterapeuta e um nutricionista. Ambas equipes estão sempre em mudança, sendo difícil a

estabilidade de um profissional por muito tempo, as razões para isso são muitas, e neste momento não cabe discussão, porém, isso atrapalha a continuidade do tratamento, tão essencial na Atenção Básica à Saúde.

1.4 Estimativa Rápida: problemas de saúde do território e da comunidade (Primeiro Passo)

O primeiro passo para a elaboração de um plano de ação é a identificação de problemas a serem trabalhados, após deve-se fazer a priorização destes de acordo com a urgência e a capacidade de enfrentamento. Problema é aquilo que é considerado pelo observador como inadmissível, fora das normas estabelecidas, porém, capaz de transformação. Os problemas, se configuram podendo ser estruturados, com variáveis conhecidas, ou quase estruturados, que são bastante complexos e com acentuada dificuldade de enfrentamento, assim como podem ser intermediários, vividos no dia a dia pela organização, ou finais, vividos pelos usuários, e ambos interferem um no outro, devendo ser diagnosticados e enfrentados de forma conjunta (CAMPOS; FARIA e SANTOS, 2010).

De acordo com o diagnóstico situacional a rede de saúde local e a unidade de saúde apresentaram inúmeros problemas que impedem um bom atendimento da população. Abaixo estão listados aqueles que a equipe de ESF tem maior capacidade de enfrentamento:

- Sistema de referência e contrarreferência entre a atenção primária e secundária ineficiente;
- População com baixos níveis de educação escolar associados a um conselho local de saúde pouco participativo, o que agrava a falta de conhecimento dos pacientes quanto ao que é saúde e práticas de vida saudáveis, além de gerar conflitos constantes com a equipe;
- Inadequação do funcionamento da unidade em relação aos princípios dos SUS devido a não realização de grupos operativos em saúde, e reuniões de equipe, assim como, desorganização da agenda e inadequação do espaço a deficientes físicos;
- Prevalência de doenças de alto risco cardiovascular, como diabetes mellitus e hipertensão arterial.
- Alta porcentagem de usuários de drogas, principalmente tabaco e álcool.

1.5 Priorização dos Problemas (Segundo Passo)

Durante a realização do diagnóstico situacional foram identificados inúmeros problemas relacionadas à Unidade de Saúde do Novo Horizonte e população adscrita. Muitos desses necessitam ser prioridade, porém, o trabalho deve ser focado naqueles em que é possível atuar de forma eficaz, eficiente e com efetividade.

Quadro 1 - Classificação de prioridade para os problemas identificados no diagnóstico da comunidade adscrita à equipe de ESF da Unidade de Saúde do Novo Horizonte, município de Ponte Nova, estado de Minas Gerais

Problemas	Importância *	Urgência **	Capacidade de enfrentamento** *	Seleção/Priorização* ***
Uso de Drogas	Alta	6,5	Parcial	1
Doenças de Alto Risco Cardiovascular	Alta	6,5	Parcial	2
Inadequação do Funcionamento da Unidade	Alta	6	Total	3
Conselho Local de Saúde	Alta	6	Parcial	4
Sistema de Referência e Contrarreferência	Alta	5	Parcial	5

Fonte: Dias (2018)

*Alta, média ou baixa.

** Total dos pontos distribuídos até o máximo de 30

***Total, parcial ou fora

****Ordenar considerando os três itens

2 JUSTIFICATIVA

Dentro do uso de drogas, o tabagismo foi escolhido como tema devido ao alto índice de fumantes presentes na comunidade, os quais correspondem a 10% das consultas por mês da unidade, e pela sua capacidade de enfrentamento do problema. Os malefícios associados ao tabaco são inúmeros e muitos deles estão diretamente ligados a várias doenças cardíacas e pulmonares, representando a primeira e a terceira maior causa de morte no município de Ponte Nova (DATASUS, 2018). Sendo assim, abordar o uso do cigarro na comunidade é também uma maneira de enfrentar o segundo maior problema da UBS, que são as doenças de alto risco cardiovascular.

O fumo é causa de aproximadamente 50 doenças, dentre elas cânceres, doenças cardiovasculares e respiratórias crônicas. Isto torna o tabagismo a maior causa isolada evitável de adoecimento. Pessoas que não fumam, mas estão expostas ao fumo passivo também são afetadas, o risco de se desenvolver câncer pulmonar sobe em 20% para as mulheres e em 30% para os homens (BAZOTTI *et al.*, 2009). Em relação às doenças cardiovasculares é sabido que o consumo do tabaco está associado ao processo de aterosclerose, que é a causa mais comum de obstrução tanto de vasos periféricos quanto de coronárias. Consequentemente, fumantes têm duas vezes mais chances de falecimento pós infarto agudo do miocárdio (IAM) que não fumantes, além de possuírem pior prognóstico pós IAM, e 50% mais chance de virem a sofrer um acidente vascular cerebral. A presença de outros fatores de risco, tais quais, hipertensão, obesidade, colesterol elevado e/ou quanto maior o número de cigarros fumados, o risco de desenvolver tais doenças aumenta sinergicamente (NUNES, 2016).

Em 2018 foi realizado na Unidade um levantamento sobre o perfil dos portadores de HAS e DM2 e as comorbidades associadas, tal levantamento é resumido na Tabela 1. Entre os dados coletados estão aqueles que fumam e são portadores destas outras comorbidades, representando 16,3% de toda a amostra. Estes pacientes se caracterizam então como o grupo de maior risco cardiovascular associado ao fumo na área de abrangência da UBS Novo Horizonte.

Tabela 1 - Perfil de Comorbidades Associadas a Pacientes com HAS e DM II

Micro área	Idade media	HAS	DM	DM s/ HAS	Tabagistas	Alto risco	Baixo Risco	IAM	AVC	DRC 3	DRC 4	DRC G5	DAP	Angina	ICC
1	58,0	66	24	15	20	47	34	4	4	1	3	1	2	1	7
2	63,6	91	23	1	5	30	62	0	2	3	0	0	1	1	3
3	61,0	64	26	9	13	40	33	1	7	2	0	0	3	1	6
4	57,3	101	29	7	15	50	58	7	3	4	2	1	1	7	6
5	67,1	70	11	0	16	33	38	6	1	6	0	0	2	4	5
Total	61,4	392	113	32	69	200	225	18	17	16	5	2	9	14	27

Fonte: DIAS (2018)

A nicotina, uma das substâncias presentes no tabaco, é a maior responsável por induzir a dependência física e psicológica. Tal substância atua nos receptores colinérgicos nicotínicos situados no mesencéfalo levando a produção de dopamina, e atua também em outras áreas do cérebro, como o hipocampo e córtex pré-frontal, produzindo efeitos de melhora da memória, atenção, comportamento social e reduzindo estresse e ansiedade. Quando instalada a dependência, o não uso da substância leva a síndrome de abstinência, caracterizada por um forte desejo pelo fumo, associado a irritabilidade, diminuição do sono, taquicardia, humor deprimido, entre outros (NUNES, 2016).

O vício se mantém devido aos sintomas de recompensa e como forma de se evitar os de abstinência, porém, fatores socioeconômicos, familiares e pessoais influenciam o início, a manutenção e a cessação do tabagismo (NUNES, 2016). Observa-se que o uso do tabaco, por vezes, surge devido a uma pressão social por parte de outros membros da comunidade que também fazem uso, e que este uso se mantém como um estilo de vida, possivelmente, devido a população adscrita possuir um baixo nível de escolaridade e menor condição socioeconômica, dificultando o aprendizado dos riscos e prejuízos causados pelo uso do tabaco (BRASIL, 2015). Justamente por ser mais prevalente em áreas de menor poder aquisitivo, o tabaco também é uma questão econômica, pois os gastos para manter este vício são relativamente altos para uma população que já passa por dificuldades financeiras (homens (BAZOTTI *et al.*, 2009).

Por estes motivos é necessário ampliar e difundir os esforços para controle do tabaco na população geral. Para o planejamento de ações eficientes é necessário entender os fatores que levam à dependência e identificar os nós críticos (CAMPOS; FARIA; SANTOS, 2010) daquela comunidade específica que são passíveis de mudança, ajudando no direcionamento de tais ações. Ao combater o tabagismo na comunidade também se trabalha a adequação da unidade aos princípios do SUS, principalmente a Integralidade (BRASIL, 1990), uma vez que se desenvolve tanto a promoção quanto prevenção, tratamento e reabilitação.

3 OBJETIVOS

3.1 Objetivo Geral

Elaborar um plano de ação para reduzir o número de tabagistas na população adscrita à Unidade de Saúde do Novo Horizonte, e evitar que outros pacientes tornem-se usuários, buscando reduzir a morbimortalidade da população por causas relacionadas ao uso do cigarro.

3.2 Objetivos Específicos

Realizar campanhas de prevenção e educação em escolas e instituições comunitárias, buscando assim evitar que novas pessoas se tornem fumantes e que aquelas que já fazem uso do tabaco se sensibilizem de forma a querer parar.

Promover a educação permanente da Equipe de Saúde na abordagem ao tabagista.

Realizar grupos de controle ao tabagismo para dar suporte psicológico e farmacológico para aqueles que desejam parar o uso do cigarro.

Prevenir o uso do tabaco como forma de promoção e educação de saúde.

4 METODOLOGIA

Para elaboração deste trabalho foi utilizada a metodologia do planejamento estratégico situacional (PES) que consiste no planejamento coletivo de ações para resolução dos problemas identificados (CAMPOS; FARIA, SANTOS, 2010). O diagnóstico situacional da área, produzido através da técnica de estimativa rápida, foi a ferramenta utilizada para identificação dos problemas presentes na área adscrita à Unidade de Saúde do Novo Horizonte. Após discussão foram elencados os problemas, escolheu-se aquele com maior possibilidade de intervenção e urgência para análise dos nós críticos e desenho do plano de intervenção, sendo este pautado na prevenção e controle do tabagismo a fim trazer melhorias para a comunidade. As ações propostas por este plano de intervenção são:

- Campanha nas Escolas, para conscientização dos jovens quanto aos riscos do tabagismo;
- Panfletagem para Conscientização e Sala de Espera, com o intuito de melhorar o nível de conhecimento de toda a população quanto ao tabagismo, conscientizando-a sobre seus malefícios e sensibilizando os já fumantes a parar com o uso do cigarro;
- Parcerias com Instituições Presentes na Comunidade, para abertura de seus espaços a palestras e treinamento de seus representantes quanto aos perigos do tabaco, ampliando o alcance do plano de intervenção
- Treinamento de Equipe, capacitando todos quanto ao assunto para melhor acolhimento e abordagem dos pacientes;
- Grupo de Combate ao Tabagismo, permitindo o suporte necessário para aqueles indivíduos que desejam a abstinência.

Foi também realizada pesquisa bibliográfica na Biblioteca Virtual em Saúde (BVS), nas bases de dados do *Scientific Electronic Library Online* (SciELO) e sites do Ministério da Saúde com os descritores: Tabagismo, Atenção Primária, Prevenção do tabagismo, Cessação do Tabagismo. A revisão bibliográfica também contemplou a avaliação de aspectos do vício e os fatores motivadores para início, manutenção e cessação do tabagismo, essenciais para o entendimento do problema e direcionamento das ações de combate e prevenção a este.

5 REVISÃO DE LITERATURA

5.1 Políticas de Controle ao Tabagismo

A revisão sistemática *The Global Burden of Diseases, Injuries, and Risk Factors Study (GBD) - 2015* (2017) analisou dados de 195 países e territórios, de 1990 a 2015, quanto a prevalência do tabagismo e a carga de doenças atribuídas a este. Essa revisão concluiu que, entre 2005 e 2015 houve uma expansão substancial e o fortalecimento de iniciativas de monitorização e controle ao tabagismo, das quais destacam-se a taxação de produtos, proibição do fumo em locais públicos e instituição de áreas livres de tabaco, restrição no marketing e venda, intervenções locais e nacionais para cessação do tabagismo, e rótulos de advertência com texto e imagens nos produtos.

Em caráter mundial, os esforços para implementação de políticas de controle ao tabagismo, levaram, em 2003, a realização da *World Health Organization (WHO) Framework Convention on Tobacco Control* (FCTC). Em 2011, a WHO lançou o Plano de Ações Estratégicas para o Enfrentamento das Doenças Crônicas não Transmissíveis (DCNT), de 2011 a 2022, e em 2013, introduziu o Plano Global de Prevenção a DCNT, que inclui a redução de 30% de tabagistas até 2025 tendo como base as estatísticas de 2010.

Como consequência desse progresso em políticas públicas de controle ao tabagismo observou-se que, entre 1990 a 2015, houve uma redução mundial do tabagismo em 28,4% para os homens e em 34,4% para as mulheres. Sendo que, em 2015, a porcentagem remanescente de tabagistas em relação a população geral foi de 25% dos homens e 5,4% das mulheres acima de 15 anos, o que corresponde a 933 milhões de pessoas (REITSMO *et al.*, 2017). Em geral, as taxas de tabagismo mundialmente são maiores entre os homens, na região das Américas, por exemplo, a prevalência de tabagismo entre eles chega a ser 1,5 vezes maior entre as mulheres. Este fato pode ser explicado pela influência de fatores históricos, culturais e de mercado ao longo dos anos. No século XX as propagandas de tabaco se associavam a imagem de força e virilidade, sendo voltadas e atingindo com maior impacto o público masculino, preservando as mulheres dessa influência, que apenas iniciaram o uso mais tardiamente. Tal iniciação aconteceu quando o uso do cigarro foi associado a ideia de emancipação feminina e igualdade de gênero pelas

propagandas da indústria tabagista e pelo cinema, no Brasil, esse movimento foi mais prevalente nas décadas de 1960 e 1970 (MALTA *et al.*, 2017).

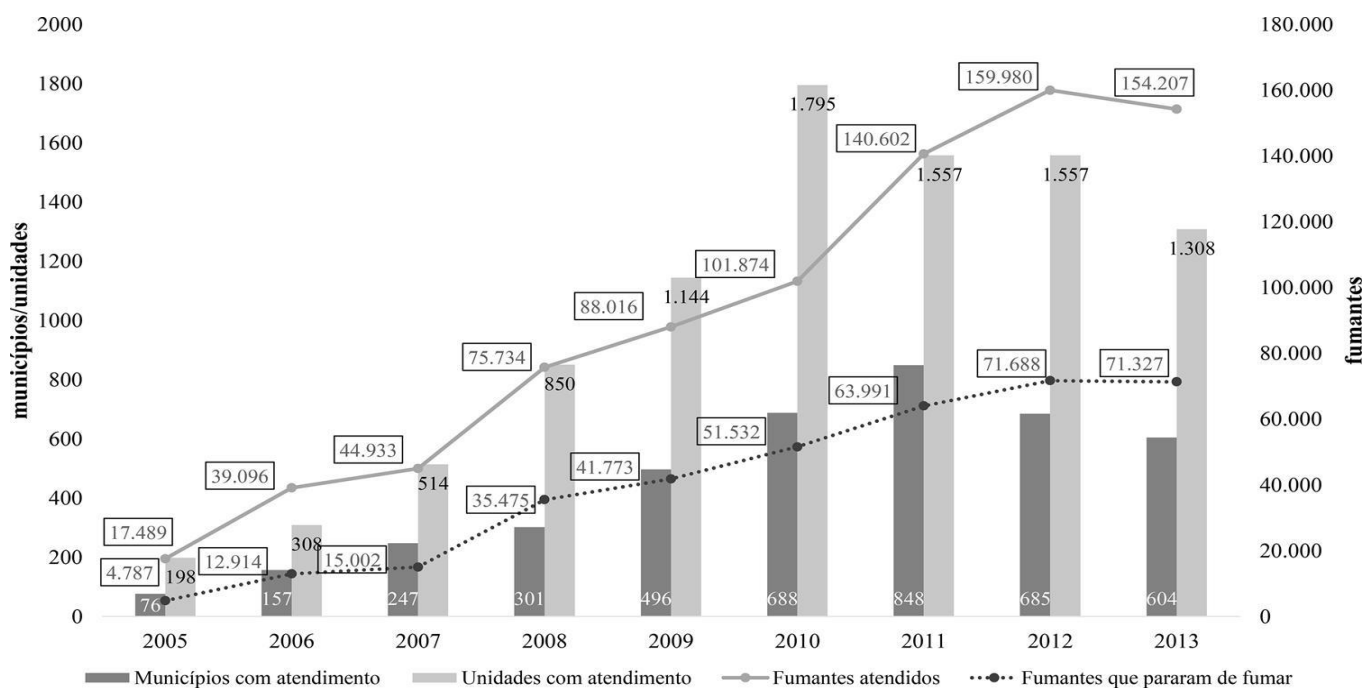
Entre 1990 a 2015, também foi constatado que todos os 10 países com a maior população de fumantes (Austrália, Brasil, China, Dinamarca, República Dominicana, Islândia, Quênia, Holanda, Nova Zelândia, Suécia, Suíça, Noruega e EUA) apresentaram, anualmente, queda no número de tabagista, o que comprava a eficácia das estratégias de controle ao tabaco aplicadas (REITSMO *et al.*, 2017). O Brasil foi o país que obteve a maior redução em prevalência de fumantes, com queda de 56,5% e 55,8% na prevalência de homens e mulheres tabagista, respectivamente (REITSMO *et al.*, 2017).

Outros dados brasileiros mostram que entre 2006 e 2014 houve uma queda na prevalência da população tabagista em relação a população geral de 15,6% para 10,8%. Quando analisado por sexo, a queda foi de 19,3% para 12,8% entre homens e de 12,4% para 9% entre as mulheres. Nesta mesma pesquisa foi observado que, o percentual de fumantes também reduziu quando dividido por faixa etária, principalmente entre 45 a 54 anos, assim como em todas as faixas de escolaridade, porém, a maior prevalência de tabagismo ainda está na população de baixa escolaridade (MALTA *et al.*, 2017).

Essa redução foi impulsionada principalmente pela adesão do Brasil aos programas de combate mundial ao fumo. Hoje, o país é reconhecido mundialmente por suas ações no campo da regulação, educação, prevenção e governança do tabagismo. Dentre tais ações, destacam-se o recolhimento de imposto sobre produtos industrializados e o estabelecimento de um preço mínimo de venda de cigarros, visando a expansão das receitas do governo e redução da prevalência de fumantes. Assim como, a promoção de ambientes livres de fumaça e tabaco, não sendo permitido fumar em ambientes coletivos fechados, privados ou públicos, advertência sobre as consequências associadas ao tabaco estampadas nas embalagens e publicidades de cigarro, e ações de conscientização e educação da sociedade, com a capacitação de profissionais, ações em escolas e unidades de saúde. Foi instituído o Dia Nacional de Combate ao Fumo (29 de agosto) e o Dia Mundial sem Tabaco (31 de maio), que são datas que mobilizam as três esferas de governo em ações de prevenção e conscientização por todo o país. Importante também ressaltar a restrição à publicidade e propaganda em grandes meios de comunicação e proibição ao patrocínio de eventos culturais e esportivos. O

tratamento para tabagista é ofertado pelo SUS desde 2004, principalmente na atenção primária à saúde.

A figura 1 ilustra o crescimento em número de unidades que ofertam esse tratamento e as taxas de abandono e cessação (PORTES, 2018).



Fonte: Portes, 2018

Vale ressaltar ainda que, todas as ações praticadas estão em conformidade com as intervenções custo-efetivas preconizadas pelo Plano Global de Prevenção a DCNT (MALTA *et al.*, 2017).

Desde 2000, o MS também vem investindo em um sistema de monitorização das DCNT, os dados produzidos por meio desse monitoramento permitem ao ministério maior controle dos indicadores de tabagismo, assim como respostas mais efetivas a problemas encontrados. Em 2006, foi implementado o Sistema de Vigilância de Fatores de Risco e Proteção para Doenças Crônicas por Inquérito Telefônico (VIGITEL), que é realizado anualmente desde então, e também os inquéritos domiciliares, que acontecem a cada cinco anos, e incorpora a pesquisa sobre tabagismo desenvolvida pela WHO. Seguindo por essa linha de

monitorização, em 2009, o IBGE incorporou questões da pesquisa mundial para jovens em tabagismo (GYTS), aplicada pela WHO, à pesquisa nacional em saúde nas escolas, que acontece a cada 3 anos (WHO, 2017).

5.2 Morbimortalidade Associada ao Tabagismo

Mesmo após mais de 50 anos de políticas para redução do tabagismo, em 2015, este ainda era considerado a segunda maior causa de morbimortalidade precoce e também a primeira causa de morte evitável no mundo. Desde 1990, mais de 5 milhões de mortes anualmente são atribuídas ao tabagismo e a contribuição para carga global de doenças é crescente, principalmente em países subdesenvolvidos. Os prejuízos do cigarro vão desde o individual à perda de bilhões de dólares com produtividade e despesas com a saúde (REITSMO *et al.*, 2017).

Pinto, Pichon-Riviere e Bardach (2015), fizeram um levantamento sobre a mortalidade, morbidade e custos do tabagismo em 2011, no Brasil, e as doenças selecionadas para suas relações com o tabaco foram:

Doenças cardíacas isquêmicas, angina instável, outras doenças cardíacas, doença pulmonar obstrutiva crônica (DPOC), pneumonia e influenza, acidente vascular cerebral (AVC), e também os seguintes tipos de câncer: pulmão, boca e faringe, esôfago, estômago, pâncreas, rins e pélvis renal, laringe, bexiga, colo do útero e leucemia mielóide.

Nesta pesquisa, observou-se que, naquele ano, o tabagismo foi responsável por 147.072 óbitos evitáveis, correspondendo à 14,7% de todas mortes ocorridas no país. Observou-se também, que o tabagismo influenciou diretamente 81% das mortes devido ao câncer de pulmão, 78% das por DPOC, 21% das por doença cardíaca e 18% das por AVC, sendo que as doenças tabaco-relacionadas foram responsáveis por 157.126 IAM e 75.663 AVC, no mesmo período. Do conjunto de neoplasia, 31% das mortes ali observadas tinham o tabagismo como fator associado, assim como 16.920 mortes foram devido ao tabagismo passivo e causas perinatais. Entre os homens, a quantidade de eventos foi mais que o dobro quando comparada às mulheres, 569.098 *versus* 252.238, respectivamente, concentrando-se principalmente em DPOC, IAM, pneumonia e AVC.

Com esse estudo concluiu-se que, em relação a expectativa de vida, as mulheres fumantes vivem menos 4,47 anos do que as não tabagistas, e, os homens

tabagistas vivem menos 5,03 anos do que não tabagistas. Ex-tabagistas vivem menos 1,32 e 2,05 anos, para mulheres e homens, respectivamente, quando comparados a não tabagistas. Quando analisado em relação a qualidade de vida, há uma redução ainda maior da expectativa de vida, sendo de menos 6,25 e 5,72 anos para homens e mulheres fumantes, respectivamente. O tabaco foi responsável por 2.699.246 anos de vida perdidos por ano, sendo que deste 962.995 foram em qualidade de vida. O custo financeiro associado ao tabaco também é alto, para o sistema de saúde, o gasto foi de 23.374.477.024 reais, o que corresponde a 0,5% do PIB nacional, sendo o maior montante para cobrir os custos de doenças cardíacas, seguido por DPOC, câncer de pulmão e AVC. Juntas, essas doenças foram responsáveis por 67% do custo total (PINTO; PICHON-RIVIERA e BARDACH, 2015).

Estima-se que 1,8% do produto interno bruto (PIB) mundial são gastos anualmente com tratamento de doenças ligadas ao tabagismo e suas consequências (PORTES, 2018). Pinto, Pichon-Riviera e Bardach (2015), relataram que foram arrecadados, em 2011, 6,3 bilhões de reais em impostos federais no setor do tabaco, porém esse montante não corresponde à um quarto do que foi gasto em saúde para tratamento das consequências do tabagismo. Este mesmo estudo, em sua conclusão final, afirmou que a carga econômica associada ao tabaco por eles calculada foi subestimada, uma vez que não se considerou os custos com a abstenção, perda de produtividade e gastos dos próprios pacientes e familiares. Vale ressaltar ainda, que também existem os custos ambientais associados ao tabagismo, uma vez que o tabagismo também se associados a danos ao meio ambiente, como contaminação do solo, incêndios e desmatamento (PORTES, 2018).

5.3 Benefícios da Cessação do Tabagismo

Sabendo que os riscos associados a manutenção do tabagismo são muitos, é esperado que a cessação traga benefícios, e esses benefícios incluem diminuição dos riscos que aumentaram com o uso do tabaco, sendo que em algumas situações o risco retorna ao mesmo nível observado em pessoas não tabagistas, a percepção de qualidade de vida também está associada a cessação.

Jha *et al.* (2013), observaram em seu estudo que de maneira geral, nos Estados Unidos, aqueles que cessaram o tabagismo, o risco de morte para todas as causas foi semelhante à aqueles que nunca fumaram. Também foi observado que,

quanto mais jovem se abandona o tabagismo, maiores são os benefícios alcançados. Para aqueles que cessaram em 25 e 34 anos, a curva de sobrevivência foi idêntica a daqueles que nunca fumaram, alcançando uma taxa de expectativa de vida 10 anos superior a aqueles que mantiveram o tabagismo. Aqueles que pararam com o tabagismo entre 35 e 44 anos a curva foi similar, sendo a expectativa de vida 9 anos maior que tabagistas. Aqueles que cessaram entre 45 e 54 anos e entre 55 a 64 anos adicionaram a sua expectativa de vida 6 e 4 anos, respectivamente. Porém, não é possível afirmar até qual idade seria seguro fumar, pois mesmo para aqueles que interromperam o tabagismo por volta dos 39 anos, ainda apresentaram um risco remanescente de morte 20% maior quando comparados a aqueles que nunca fumaram.

Um outro estudo, realizado também nos Estados Unidos, teve como objetivo analisar os efeitos da cessação em termos de qualidade de vida e qualidade de vida relacionada a saúde. Este estudo mostrou que há significativa diferença de percepção para melhor quanto a qualidade de vida entre aqueles que cessam o tabagismo no período de um ano, quando comparados com aqueles que continuam, e essa diferença se mantém após três de cessação. Observou-se também que após três anos há uma piora na qualidade de vida para ambos os grupos, entretanto, aqueles que abandonaram o tabagismo, essa piora na qualidade de vida é menos acentuada, o que sugere que, continuar fumando pode acelerar o declínio em qualidade de vida e cessar o tabagismo minimiza este efeito (PIPER *et al.*, 2011).

5.4 Tipos de Dependência

Para tratar a dependência do tabaco é importante entender como a nicotina, principal substância psicoativa presente no fumo, age no cérebro e quais os fatores que levam a uma necessidade de uso repetitivo do cigarro, pois hoje entende-se que o vício vai além de alterações químicas produzidas no organismo. Segundo o Ministério da Saúde, no caderno de atenção básica o cuidado com a pessoa tabagista (BRASIL, 2015), há três tipos de dependência associadas ao tabagismo: física ou química, psicológica e comportamental.

A dependência física (química) ocorre devido a estimulação constante da nicotina no sistema nervoso central (SNC), levando à liberação de dopamina e outros neurotransmissores. Esses agem, principalmente, no sistema mesolímbico, criando sensações de bem-estar, tranquilidade, e melhora da atenção e memória.

Tais sensações desaparecem rapidamente com o parar de fumar, e a alteração química ali já instituída leva ao desejo de fumar como forma de repetir tais sintomas, caracterizando assim a dependência. Já a síndrome de abstinência é o contrário, e caracteriza-se por sinais e sintomas consequentes da suspensão abrupta da nicotina, que leva a uma redução do estímulo neural, disparando sintomas como a fissura, que é um forte desejo pelo fumo, irritabilidade, diminuição do sono, taquicardia, humor deprimido, entre outros. Para evitar tal desconforto o usuário tende a usar cada vez mais intensamente o tabaco, perdendo o controle do consumo o que pode levar a compulsão pela droga. Sendo assim o uso se mantém para se alcançar os benefícios do estímulo da nicotina no SNC e para evitar os sintomas que surgem com a ausência desse estímulo, o cigarro passa a ser então, o que dita o comportamento do indivíduo (BRASIL, 2015).

A dependência psicológica surge quando o cigarro é visto como um meio para se desenvolver melhor funções cognitivas, e o indivíduo passa a utilizar o tabaco para alcançar um equilíbrio emocional devido a sensação de bem-estar proporcionada. A dependência comportamental é devido ao tabagismo ser incorporado à hábitos do cotidiano, que acabam se tornando estímulos para a manutenção do uso, reforçados pelos dos efeitos estimulantes da nicotina que agora estão associados a aquelas situações ou fatores ambientais (BRASIL, 2015).

5.5 Avaliação Motivacional e Diagnóstica

O reconhecimento da pessoa tabagista é o primeiro passo para a avaliação deste, e isto pode ser feito através do preenchimento de uma ficha de cadastro individual, com a ajuda dos agentes de saúde, ou a qualquer momento durante um atendimento na UBS. Sequencialmente deve-se identificar em qual nível de motivação o paciente se encontra e qual o grau de dependência deste, pois isso será importante na construção das estratégias de tratamento.

A motivação é um dos fatores essenciais a serem trabalhados durante o processo de tratamento, pois é ela que leva a pessoa a agir, porém pode haver uma oscilação dependente de outros fatores internos e externos ao paciente. Há seis estágios motivacionais, e em qual desses estágios o paciente se encontra, ajuda o profissional de saúde guiar o tratamento. São eles: 1) pré-contemplação, não deseja parar e nem mesmo faz reflexões sobre, 2) contemplação, percebe o problema, porém é ambivalente quanto ao cessar o tabagismo, 3) preparação, prepara-se para

parar de fumar, por isso planeja e inicia mudanças, assim como revisa tentativas passadas, 4) ação, para de fumar, e muda ambiente e comportamento, investindo tempo e energia em suas ações, 5) manutenção, usa de ações voltadas para a manutenção da abstinência e prevenção de recaídas, 6) recaída, falha da manutenção e retorno aos estágios prévios (REICHERT *et al.*, 2008).

A avaliação do grau de dependência também é um importante guia para o tratamento do tabagista. Para tal avaliação, usa-se preferencialmente o Questionário de Tolerância de Fagerstrom, criado em 1989, que fornece uma medida quantitativa deste. O questionário é constituído de seis perguntas em que o usuário deve marcar umas das respostas, e ao final este somará de 0 a 10 pontos, sendo que, quanto maior a pontuação, maior o grau de dependência:

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

No momento de admissão do paciente tabagista é importante também avaliar se já existem alterações de função pulmonar e outras doenças associadas ou agravada pelo tabagismo, assim como, possíveis interações medicamentosas ou contraindicações para o tratamento farmacológico, caso seja necessário usar desta estratégia (REICHERT *et al.*, 2008).

5.6 Abordagem ao Tabagismo e Tratamento

5.6.1 Abordagem ao Paciente:

O tratamento do paciente tabagista é baseado em duas estratégias principais, as intervenções psicossociais e o tratamento medicamentoso. A primeira deve estar presente desde o início das intervenções até o acompanhamento pós cessação, e inclui aconselhamento, materiais de autoajuda e abordagem cognitivo-

comportamental, que podem ser aplicados de acordo com uma de três principais teorias de abordagem: entrevista informativa clássica, entrevista motivacional e a abordagem centrada na pessoa. A segunda é o tratamento medicamentoso, que nem sempre estará presente e deve ser visto como um auxiliar as intervenções psicossociais.

O modo clássico de abordagem é focado no aconselhamento e persuasão, repete conselhos e atua com autoridade, não leva em consideração a individualidade, e por isso é pouco efetiva (REICHERT *et al.*, 2008).

A entrevista motivacional tem por finalidade promover a motivação para a mudança e resolução da ambivalência, abordando a pessoa e não a doença. Pode ser dividida em sete passos: 1) oferecer orientação e informação, 2) analisar os aspectos que dificultam a pessoa a receber ou procurar ajuda e trabalhar com elas tais barreiras para que possa seguir em frente com a resolução do problema, 3) mostrar ao paciente quais escolhas este possui e ajuda-lo a organizar uma lista de prós e contras para cada possível escolha, 4) alterar a percepção deste quanto aos aparentes bons aspectos do vício, 5) praticar a empatia, 6) dar *feedbacks*, reforçando condutas positivas, 7) esclarecer objetivos e ajudar ativamente (BRASIL, 2015).

O método clínico centrado na pessoa é semelhante a entrevista motivacional, porém, mais ampla pois abrange todo o processo comunicativo e não apenas a direciona a fala para o aspecto motivacional, e entende que nenhum paciente é igual ao outro, que respondem de formas diferentes e que possuem contextos próprios de vida. Este pode ser dividido em seis componentes que estão inter-relacionados: 1) explorar a doença e o adoecimento, 2) compreender a pessoa como um todo, 3) negociar um terreno comum, 4) incorporar prevenção e promoção, 5) incrementar a relação médico paciente, 6) ser realista (BRASIL, 2015).

É também importante observar que, os assuntos a serem discutido com o paciente tabagista em consulta variam de acordo de motivação. Para pacientes pré-comtemplativos, deve-se estimular a reflexão sobre o vício e os malefícios deste, e a busca por meios para alcanças a abstinência. Para os contemplativos, deve-se encorajar o paciente a marcar uma data para parar de fumar dentro de 30 dias, se possível, identificar os fatores motivadores e reforça-los, assim como os fatores de recaída a serem trabalhados. Os pacientes em fase de preparação e ação devem ser estimulados a marcar de forma imediata a data para cessação, reforçar fatores

estimuladores e trabalhar fatores de recaída, orientar sintomas de abstinência e traçar plano de combate a estes. Quando em fase de manutenção deve-se monitorar o progresso e as dificuldades enfrentadas para manter-se em abstinência, conscientizar quanto a cronicidade do vício e a necessidade de combate diário a fatores de recaída (REICHERT *et al.*, 2008).

5.6.2 Abordagem Cognitivo Comportamental

O vício no tabaco tem vários componentes e influências, além da dependência química na nicotina, ele também está vinculado a comportamentos, emoções, relacionamentos familiares, conseqüentemente, para se tratar a dependência é preciso mudar hábitos. Portanto, a abordagem cognitiva comportamental tem como objetivos principais produzir modificações no pensamento, promovendo mudanças emocionais e comportamentais duradoras diante da dependência, tendo como alicerce a detecção de situações de risco de recaída e desenvolvimento de estratégias de enfrentamento.

Há três técnicas que podem ser aplicadas, o profissional de saúde deve utilizar daquela que acha mais adequada ao momento e que leve a resposta mais satisfatória. A abordagem mínima ou breve é caracterizada pelo encontro entre o profissional de saúde e o paciente que tem duração inferior a três minutos, durante essa se pergunta e avalia, aconselha e prepara (PAAP) o fumante para a cessação, não havendo acompanhamento posterior. Essa é ideal para abordagem em pronto atendimentos, acolhimento na demanda espontânea da UBS, ou mesmo durante os atendimentos médicos. A abordagem básica é uma abordagem breve ampliada, o encontro dura entre 3 e 10 minutos, e também se pergunta e avalia, aconselha, prepara, porém, há um acompanhamento posterior do paciente, durante a fase de abstinência (PAAPA), buscando assim manter a cessação. Qualquer profissional de saúde pode usar dessa abordagem durante consultas de rotina e a cada retorno do paciente a unidade para acompanhamento. A abordagem intensiva ou específica é caracterizada como um encontro entre o profissional e o tabagista superior a 10 minutos, e sempre que possível deve ser a estratégia usada. Essa abordagem tem como pilar o PAAPA, porém o retorno para acompanhamento é intensivo e sequencial, com consultas exclusivas para abordagem ao tabagismo.

A abordagem intensiva tem uma taxa de sucesso superior as outras duas, chegando a ser 2,3 vezes superior quando comparada a nenhum contato entre

profissional e usuário, enquanto a abordagem mínima obteve taxa de 1,3 vezes e a abordagem básica de 1,6 vezes. Dependendo do tipo de serviço que a UBS consegue oferecer, todas as três abordagens podem ser usadas, escolhendo sempre aquela possível com a maior taxa de sucesso.

Além disso, a abordagem específica pode ser aplicada também para tratamentos em grupo, permitindo que mais pessoas sejam atingidas em menos tempo, o que gera um custo benefício maior para a equipe e a população. As atividades em grupo também permitem a troca de experiência entre os usuários, o que contribui muito para o processo de abstinência (BRASIL, 2015).

O Caderno de Atenção de Básica – O cuidado da pessoa tabagista (BRASIL, 2015), orienta a organização dos grupos de controle do tabagismo em quatro sessões, pois mesmo que abordagens mais intensivas produzam melhores resultados, estão não são significativamente mais expressivos e em alguns cenários são inviáveis. Preconiza-se que o tempo da reunião seja de aproximadamente 90 minutos. Foi observado que a efetividade aumenta conforme aumenta o tempo de contato entre profissional e o paciente, porém tempos maiores que 90 minutos não foram mais efetivos. Recomenda-se que, ao fim das quatro primeiras sessões haja retornos quinzenais no primeiro mês para acompanhamento, com aumento progressivo deste intervalo até completar um ano.

5.6.3 O Tratamento Medicamentoso

O tratamento medicamentoso trata apenas a dependência química e por isso deve ser visto como um auxiliar a abordagem cognitiva comportamental, pois quando adicionada a ela as taxas de sucesso aumentam significativamente.

A prescrição das medicações é depende da avaliação clínica individual do usuário. Alguns critérios podem ser utilizados para auxiliar nesta avaliação, tais quais: como ser fumante pesado (consumo mínimo de 20 ou mais cigarros por dia), fumar nos primeiros 30 minutos após acordar, escore de Fagerstrom maior ou igual a cinco, tentativa de abandono prévio ao tabagismo sem sucesso, e obrigatoriamente não podem haver contraindicações ao uso da medicação, como alergia a componentes ou interação medicamentosa.

Vários são os medicamentos que podem ser utilizados, sendo considerado como tratamentos de primeira linha a terapia de reposição de nicotina, isolada ou associada, e a bupropiona, que está dentro do grupo de fármacos não nicotínicos. A

secretaria de saúde de Ponte Nova tem disponível para dispensação apenas os adesivos de nicotina, que está dentro do grupo de medicamentos nicotínicos, e, por vezes é possível encontrar a bupropiona.

O adesivo transdérmico a base de nicotina é encontrada nas formulações de 21, 14 e 7 mg, e a indicação de qual deve ser a dose inicial usada é dependente do escore de Fagerstrom obtido. Escores entre 8 e 10 e/ou mais que 20 cigarros/dia iniciam com 21mg, e entre 5 e 7 e/ou usam entre 10 e 20 cigarros/dia iniciam com 14 mg. Redução da dose inicial para a dose imediatamente inferior deve ocorrer a cada quatro semanas. A aplicação do adesivo deve ser evitada em áreas expostas ao sol ou com muitos pelos e deve haver um rodizio de local a cada 24 horas, para evitar irritação local. Indivíduos que usam o adesivo e continuam fumando correm o risco de intoxicação por nicotina, portanto o uso deste deve somente ser indicação a partir da cessação do tabagismo. Outros produtos à base de nicotina são a goma de mascar e a pastilha.

O cloridrato de bupropiona é um antidepressivo, que age através da inibição da recaptção de dopamina e noradrenalina, e o seu efeito na cessação do tabagismo ainda não foi completamente elucidado. O seu uso é recomendado como monoterapia, assim como o adesivo transdérmico, ou em associação com os medicamentos nicotínicos. A dose inicial é de 150mg pela manhã, e a partir do quarto dia aumenta-se para 150mg duas vezes ao dia, deve se manter a medicação por 12 semanas, podendo o uso ser prolongado em casos específicos. Se não tolerada doses mais elevadas, pode ser mantida a dosagem de 150mg/dia, pois a eficácia é similar.

O tratamento combinado deve ser reservado à aqueles pacientes que não obtiveram resultado com monoterapia ou aqueles que apresentam sintomas de abstinência importantes, principalmente a fissura. Importante ressaltar novamente que para qualquer medicamento há possibilidades de contraindicações, portanto, independentemente do esquema medicamentoso escolhido, estes devem sempre ser revistos e abordados (BRASIL, 2015).

5.7 Desafios a Cessação do Tabagismo

Muitas informações referentes ao tabagismo e seus efeitos já são de conhecimento comum, inclusive temas associados a cessação. Por isso é importante

que o profissional ao orientar o paciente tenha conhecimento para desmistificar ou esclarecer algumas destas.

A ambivalência, ou seja, o entendimento de que é preciso parar de fumar ao mesmo tempo em que o cigarro traz boas sensações e ajuda a enfrentar os problemas da vida, é um dos principais obstáculos a serem trabalhados pelos profissionais com seus pacientes. O profissional aqui, deve entender a ambivalência como sendo inerente a dependência, e esclarecer para o paciente que tal sentimento é natural e que há medidas que podem ser tomadas para mudá-lo.

Outro fator importante é o ganho de peso que é real, pois há uma redução da taxa metabólica basal de 4% a 16% quando se deixa de fumar. Estudos indicam que 10% dos homens e 13% das mulheres chegam a ganhar mais que 13kg com a cessação. Porém é importante reforçar com o paciente que não são todos que vão engordar, e que caso isso venha a acontecer, o ganho ocorre apenas nos primeiros meses, e que após um ano o peso tende a retornar para os níveis esperados para não fumantes, de acordo com sexo e idade.

Os sintomas de abstinência é também um dos principais obstáculos a serem trabalhados com o usuário. Quando indicado, o uso dos medicamentos é para atuar nestes, de forma a evitar recaídas. A ausência de nicotina no cérebro já dependente leva a sintomas tais quais: irritabilidade, cefaleia, tonteiras, agressividade, tristeza, ansiedade, agitação, insônia, e a fissura. A intensidade deste é variável de acordo com o grau de dependência e também são temporários. Eles surgem cerca de 8 horas após a cessação e tendem a desaparecer com duas semanas. A fissura é o sintoma que mais incomoda e provoca recaídas, e quando surge, dura apenas 5 minutos, e também cessa em duas semanas.

Os profissionais não devem esconder ou diminuir a possibilidade destes sintomas dos pacientes. Há várias estratégias que podem ser abordadas que vão minimizar os efeitos desagradáveis da cessação. Para a ambivalência é importante trabalhar a conscientização, o medo com o ganho de peso pode ser contornado com dicas práticas de reeducação alimentar e atividade física; para a síndrome de abstinência, o acompanhamento do tabagista é essencial, assim como manejo de fatores estressantes, distração e substituição do tabaco por outras atividades, e se ainda muito intensa, há a possibilidade de se adicionar o tratamento medicamentoso (BRASIL, 2015).

6 PLANO DE INTERVENÇÃO

6.1 Desenho das Operações - Nós Críticos

O desenho das operações consiste na elaboração de estratégias para enfrentar o problema proposto no plano estratégico. Porém, antes é necessário identificar os nós críticos, ou seja, as causas base do problema que são passíveis de intervenção e mudança dentro do espaço de governabilidade da equipe, para assim criar-se ações direcionadas de caráter resolutivo (CAMPOS; FARIA; SANTOS, 2010).

A pressão social por partes de outros membros da comunidade é um dos maiores responsáveis pelo início do uso, que acaba se mantendo como estilo de vida pois baixos níveis de escolaridade e piores condições socioeconômicas dificultam o aprendizado dos riscos associados ao tabaco e a sensibilização do usuário a aderir campanhas de prevenção (BRASIL, 2015). Como já explicado, a escolaridade geral do município de Ponte Nova está abaixo da média nacional e com uma distribuição de renda discrepante (IBGE, 2010). A UBS Novo Horizonte está localizada na área periférica da cidade, tendo assim, uma população adscrita de baixa renda e escolaridade, e de alto risco social.

Dessa forma os principais nós críticos a serem trabalhados com esta população são o nível de informação, pressão social, hábitos e estilo de vida. Complementarmente, a equipe de ESF também deve passar por treinamento para estar preparada para acolhimento e questionamentos dos pacientes.

O desenho das operações ocorreu dentro de dois blocos de nós críticos, pois, uma mesma ação é capaz de abordar mais de um destes.

5.1.1 Nó Crítico 1: Pressão / Estilos de Vida Inadequados / Nível de Informação

A intenção maior para estes nós críticos é a modificação de ideias e a construção de um novo conhecimento e modo de vida que corresponda a um estilo mais saudável e sem vícios. Para isto, deve-se:

- Realizar campanhas nas escolas, pois a pressão para se usar a primeira vez, na maioria das vezes, durante o período da infância e adolescência.
- Trabalhar a educação em saúde da população adulta acerca dos malefícios trazidos pelo cigarro, principalmente aqueles que já fumam, por meio da distribuição de panfletos de conscientização, salas de espera na recepção da unidade, parcerias com as instituições comunitárias (igrejas, ONGs, rádio)

para realização de palestras nesses ambientes e ajuda na divulgação das informações.

5.1.2 Nó Crítico 2: Adequação do Serviço para Enfrentar o Problema

O serviço precisa se estruturar para enfrentar o problema de forma consciente, informado e com qualidade para assim ter maiores chances de sucesso.

Para tal é proposto:

- Criação de um cadastro da população tabagista, de forma a facilitar a identificação da população alvo quando a equipe colocar em prática as ações antitabagismo.
- Treinamento de toda a equipe em questões básicas para a abordagem inicial destes, como por exemplo, em acolhimento e empatia, em incentivar a mudança de atitude para alcance da abstinência e informar o usuário sobre a dependência química, quais métodos podem ser utilizados para cessar o tabagismo, o que é o dia de parada (Dia D) e o seu significado, orientação quanto o que significa uma recaída e que ela não pode ser vista como fracasso.
- Abordagem cognitivo-comportamental e apoio farmacológico atingido através da realização de grupos de cessação de tabagismo, com associação do tratamento medicamentoso ou não, para aumentar as chances de abstinência.

6.2 Identificação dos Recursos Críticos

Recursos críticos são considerados os recursos essenciais para que a ação possa ser viabilizada, sua identificação é importante para que a equipe possa se programar para que estejam disponíveis quando as atividades forem colocadas em prática

Quadro 2 - Recursos Críticos

Campanhas nas Escolas	Político: conseguir autorização da direção da escola para realizar as rodas de conversa com os alunos Estrutural: tempo na agenda da equipe para se deslocar até as escolas
Panfletagem para Conscientização	Estrutura: organização de equipes para produção do folheto e equipes para distribuição dos mesmos Financeiro: dinheiro para a impressão destes
Salas de Espera	Organizacional: equipes para preparação das palestras e organização da agenda para administrar essas mini-palestras
Parcerias com instituições	Político: articulação com líderes de outras instituições, aprovação e parceria para realização das campanhas de conscientização
Treinamento da Equipe	Estrutura: mobilização de toda a equipe para trabalhar em conjunto visando um objetivo específico Político: convidar pessoas especializadas em tabagismo para o treinamento da equipe
Grupo de Combate ao Tabagismo	Político: autorização da Prefeitura para organização do grupo e pactuação com a equipe do NASF para a realização do grupo na UBS

Fonte: Dias (2018).

6.3 Análise da Viabilidade

A análise de viabilidade é importante para identificar os atores que controlam os recursos críticos presentes no plano de ação e define estratégias para a abordagem destes. Para este projeto todos os envolvidos mostram-se dispostos a execução deste projeto.

- Diretoria da Escola: a escola referente a área de abrangência da unidade mostra apta a abrir espaço para possíveis intervenções;
- Líderes das Organizações Comunitárias: estão de acordo com o plano de ação, e se mostram também abertos à realização de atividades antitabagismo em seus espaços;
- Secretaria Municipal de Saúde: dispõem do material necessário para a realização dos grupos de controle ao tabagismo, como panfletos explicativos e adesivos de nicotina. A elaboração e fabricação do material de divulgação ficará sob a responsabilidade da UBS;
- NASF: estão disponíveis para organizar e realizar as reuniões do grupo na UBS Novo Horizonte;

- Equipe de ESF da Unidade Novo Horizonte: a equipe está engajada em melhorar os níveis de saúde da comunidade, assim como controlam a maioria dos recursos críticos, principalmente no quesito organizacional e político, o que já viabiliza grande parte do plano de ação.

6.4 Plano Operativo

As ações desenvolvidas até aqui para o este plano de intervenção são resumidas nos quadros a seguir, com a adição dos responsáveis por cada operação, prazos definidos e projeto de seguimento

Quadro 3 - Campanha na Escola

Nó crítico 1	Pressão / Estilos de Vida Inadequados / Nível de Informação
Operação	Conscientização dos jovens quanto aos riscos do tabagismo
Projeto	Campanha na Escola
Resultados esperados	Conscientizar os jovens de forma a prevenir que o vício se inicie entre eles e também chamar a atenção para aqueles que fumam dos malefícios do uso do cigarro a curto e longo prazo
Produtos esperados	Rodas de conversa com alunos de 10 à 18 anos
Recursos necessários	Estrutural: profissionais capacitados para a realização das rodas de conversa, disponibilização de espaço físico Cognitivo: mobilização e treinamento da equipe em dinâmica de grupo Financeiro: recurso para impressão de cartazes para divulgação Político: mobilização da direção escolar
Recursos críticos	Político: conseguir autorização da direção da escola para realizar as rodas de conversa com os alunos Organizacional: tempo na agenda da equipe para se deslocar até as escolas
Controle dos recursos críticos	Direção da escola e equipe médica e de enfermagem da ESF
Ações estratégicas	Apresentação do plano de ação
Prazo	Apresentar o Projeto em 1 mês, Iniciar as atividades no mês seguinte, com duração prevista de 1 mês para este tema
Responsável (eis) pelo acompanhamento das ações	Médicos e Equipe de Enfermagem
Processo de monitoramento e avaliação das ações	Coletar o número de fumantes presentes no ambiente escolar nesta primeira intervenção e retornar anualmente com este projeto acompanhando as taxas de tabagismo entre os alunos

Fonte: Dias (2018)

Quadro 4 - Panfletagem para Educação em Saúde e Sala de Espera

Nó crítico 1	Pressão / Estilos de Vida Inadequados / Nível de Informação
Operação	Abordagem de toda a comunidade para conscientização quanto a necessidade de combate ao fumo
Projeto	Panfletagem para Conscientização e Sala de Espera
Resultados esperados	Melhorar o nível de conhecimento de toda a população adscrita quanto aos malefícios do tabagismo, sendo elas fumantes ou não, de forma a sensibilizá-los a não iniciar ou parar o consumo de tabaco e/ou repercutir os ensinamentos
Produtos esperados	Distribuição de panfletos informativos para os membros da comunidade. Realização de palestras curtas para os pacientes que aguardam consulta
Recursos necessários	Estrutural: disponibilização de membros da equipe para a panfletagem Cognitivo: elaboração do texto de conscientização a ser reproduzido nos panfletos
Recursos críticos	Estrutural: liberação de tempo na agenda de trabalho dos funcionários da equipe Financeiro: dinheiro para a diagramação e impressão dos panfletos
Controle dos recursos críticos	Equipe de ESF
Ações estratégicas	-
Prazo	Um mês para a produção dos panfletos e início da distribuição, e organização das palestras. Dois meses distribuindo os panfletos para a comunidade diariamente e realização da sala de espera uma vez por semana
Responsável (eis) pelo acompanhamento das ações	Médicos, Acadêmicos, Equipe de Enfermagem e Agentes de Saúde
Processo de monitoramento e avaliação das ações	Deixar panfletos disponíveis na unidade para quem se interessar e repetir a ação de distribuição destes uma vez ao ano assim como, repetir a rodada de palestras na sala de espera

Fonte: Dias (2018)

Quadro 5 - Parcerias com Instituições

Nó crítico 1	Pressão / Estilos de Vida Inadequados / Nível de Informação
Operação	Mobilização de outras instituições dentro da comunidade, tais quais igreja e ONG, e líderes comunitários
Projeto	Parcerias com Instituições
Resultados esperados	Ampliar o número de pessoas atingidas pela campanha de conscientização saindo do ambiente da Unidade de Saúde e mobilizando outras pessoas de influência na comunidade para auxiliar no combate ao tabagismo
Produtos esperados	Palestras no espaço das igrejas e ONG, assim como participação em programa da rádio local. Treinamento de líderes comunitários e pessoas de influência locais sobre o tabagismo para que eles também possam repercutir conhecimentos
Recursos necessários	Estrutural: profissionais da equipe para identificar e planejar os encontros com os representantes de ONG, igrejas e outros líderes da comunidade, e profissionais para ministrar os treinamentos e palestras Político: reuniões com os representantes destas instituições e líderes para apresentação do projeto. Cognitivo: caso haja disponibilidade, treinamento destes quanto ao tema
Recursos críticos	Estrutural: disponibilização de membros da equipe para treinamento e organização das palestras Político: articulação, aprovação e parceria com líderes de outras instituições para realização das campanhas de conscientização
Controle dos recursos críticos	Representantes de ONG e Igrejas, Líderes Comunitários e Equipe de ESF
Ações estratégicas	Apresentação do plano de ação
Prazo	Um mês para entrar em contato com os representantes e apresentar o plano de ação. Dois meses desenvolvendo as atividades de treinamento e palestras nestes outros espaços da comunidade
Responsável (eis) pelo acompanhamento das ações	Agentes de Saúde e Equipe de Enfermagem
Processo de monitoramento e avaliação das ações	Solicitar que os representantes da comunidade abordem este tema em seus lugares de influência sempre que possível, no mínimo uma vez ao ano

Fonte: Dias (2018)

Quadro 6 - Treinamento da Equipe

Nó crítico 2	Adequação do Serviço para Enfrentar o Problema
Operação	Treinamento da equipe sobre os malefícios do uso do cigarro
Projeto	Treinamento da Equipe
Resultados esperados	Permitir que membros da equipe abordem de forma abrangente e adequada a população sobre o tema tabagismo, no desempenho ou não das ações a serem desenvolvidas no Nó Crítico 1
Produtos esperados	Reuniões para promover a educação continuada da equipe, de acordo com as instruções presentes no Caderno de Atenção Básica – O cuidado da pessoa tabagista
Recursos necessários	Cognitivo: leitura do Caderno de Atenção Básica - O cuidado da pessoa tabagista Político: utilização de membros do NASF para ampliar o conhecimento, como farmacêutico e psicólogo explicando mecanismos de vício
Recursos críticos	Estrutural: mobilização de toda a equipe para trabalhar em conjunto visando um objetivo específico Político: compactuar com o NASF o treinamento da equipe de ESF
Controle dos recursos críticos	Equipe da ESF e NASF
Ações estratégicas	Apresentar plano de ação para o NASF
Prazo	Duas semanas para elaboração do treinamento e quatro reuniões nas duas semanas seguintes para capacitação da equipe
Responsável (eis) pelo acompanhamento das ações	Médicos e NASF
Processo de monitoramento e avaliação das ações	Repetir anualmente essa ação de educação continuada a fim de atualizar conhecimentos

Fonte: Dias (2018)

Quadro 7 - Grupo de Combate ao Tabagismo

Nó crítico 2	Adequação do Serviço para Enfrentar o Problema
Operação	Ação voltada para os pacientes já tabagistas em fase contemplativa
Projeto	Grupo de Combate ao Tabagismo
Resultados esperados	Aumentar as chances de sucesso para aqueles tabagistas que desejam parar de fumar mas que enfrentam dificuldades devido a dependência comportamental e/ou aos sintomas de abstinência
Produtos esperados	Realização do grupo de tabagismo de acordo com o Caderno de Atenção Básica com distribuição de adesivos de nicotina, rodas de conversa para explicar risco do tabagismo e seus mecanismos de vício, e consulta médica para avaliação quanto a necessidade de associar outras medicações ao tratamento
Recursos necessários	Estrutural: membros da equipe dispostos a liderar a divulgação do grupo e criação de lista com os pacientes sabidamente fumantes da comunidade Cognitivo: conhecimento sobre o tema Financeiro: material para divulgação do grupo
Recursos críticos	Estrutural: disponibilização de tempo de membros da equipe para divulgação e organização do grupo na unidade de saúde Financeiro: disponibilização gratuita das medicações a serem utilizadas Político: autorização da Secretaria de Saúde para organização do grupo e pactuação com a equipe do NASF para a realização do grupo na UBS
Controle dos recursos críticos	Equipe de ESF, NASF e Secretaria de Saúde
Ações estratégicas	Apresentar plano de ação e benefícios futuros provenientes da redução da taxa de tabagismo na comunidade, em relação morbi/mortalidade e diminuição de custos com internações
Prazo	Realização de quatro reuniões iniciais (15, 30, 60 e 90 dias) e mais duas reuniões para o seguimento de prevenção de recaída (180 e 365 dias)
Responsável (eis) pelo acompanhamento das ações	NASF, Médicos, Equipe de Enfermagem e Agentes Comunitários
Processo de monitoramento e avaliação das ações	Iniciar novo grupo a cada 6 meses e desenvolvimento de abordagem breve em consultório sempre que possível a fim de sensibilizar o maior número possível de tabagistas a participarem do grupo

Fonte: Dias (2018)

7 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Até a finalização deste projeto, apenas o Grupo de Combate ao Tabagismo foi efetivado em ação compactuada com a equipe NASF. Os pacientes que demonstram interesse em cessar o tabagismo durante consulta médica após uso da abordagem breve foram os primeiros a serem convidados para o grupo, também foi realizada divulgação com cartazes em pontos-chaves de cada micro-área e distribuição de convites pelas ACSs durante as visitas domiciliares.

A dinâmica do grupo consistiu em quatro reuniões quinzenais com participação de membros das equipes de ESF e NASF. Nestas foram abordados os aspectos do vício, os malefícios do uso do tabaco e benefício de se cessar o uso, assim como foram ensinados métodos que podem ser utilizados para superar os sintomas de abstinência, e também foram distribuídos adesivos de nicotina e panfletos educativos. Estiveram presentes 14 pacientes, dos quais, seis completaram o número mínimo de presença em três reuniões, atingindo uma taxa de sucesso de 43%. Apenas um paciente manifestou interesse pela terapêutica medicamentosa complementar a nicotina, porém este não chegou ao fim do tratamento. O primeiro encontro para prevenção de recaída está sendo planejado para os próximos meses.

As demais atividades ainda não foram colocadas em práticas, pois em sua maioria necessitam de deslocamento externo ao ambiente da unidade saúde, sendo necessário inclusive, abrir espaço na agenda de trabalho, o que é um dos recursos críticos mais difíceis de manejo devido à grande demanda por atendimentos clínicos, assim como também, demandam a coordenação de um número maior de agentes. Neste sentido, destaca-se que o sistema de gestão estruturado para coordenar e acompanhar a execução das operações foi ineficiente.

As ações voltadas para prevenção e educação em saúde são essenciais na redução do número de tabagista e as equipes de saúde são os principais agentes de transformação desse cenário. Isso se deve ao fato de que estes são os principais detentores do conhecimento e das ferramentas necessárias para dar suporte ao usuário, assim como estão mais próximos a este, o que propicia maiores chances de efetividade no tratamento, principalmente se este está associado à mudança de hábitos. Porém o alcance é muito maior quanto mais pessoas são envolvidas e

capacitadas para a divulgação e realização de campanhas anti-tabaco, sendo assim é importante envolver outras instituições que são vistas pela comunidade como referência, como as escolas, ONGs e igrejas. A escola se destaca ainda pela maior proximidade com a população jovem, idade em que é mais comum de se iniciar o uso do tabaco. Portanto, quando se pensa em prevenção ao tabagismo essa instituição deve obrigatoriamente estar envolvida.

Concluindo, o combate ao tabagismo traz benefícios que vão desde o aspecto individual, com aumento de expectativa de vida e redução de risco de morte por doenças associadas com o fumo, ao aspecto coletivo, diminuindo danos ao meio ambiente e gastos com internações por comorbidades ligadas ao cigarro. Porém para isso são necessárias ações que visam a prevenção e educação evitando o surgimento de novos usuários de tabaco, assim como suporte para aqueles que fumam e desejam a abstinência. Tais ações devem ser compactuadas e desenvolvidas pela comunidade e suas instituições, devendo ser constantemente aplicadas, avaliadas e revisadas, afim de manter sua efetividade.

REFERÊNCIAS

- BAZOTTI, A. *et al.* Tabagismo e pobreza no Brasil: uma análise do perfil da população tabagista a partir da POF 2008-2009. **Ciênc. Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 21, n. 1, p. 45-52, jan. 2016. Disponível em <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232016000100045&lng=pt&nrm=iso>. Acesso em 24 jun. 2017.
- BRASIL. Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990. **Lei Orgânica da Saúde**. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. Brasília, DF, 1990.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Estratégias para o cuidado da pessoa com doença crônica: o cuidado da pessoa tabagista**. Brasília: Ministério da Saúde, 2015. 154 p.: il. (Cadernos da Atenção Básica, n. 40).
- CAMPOS, F.C.C.; FARIA H. P.; SANTOS, M.A. **Planejamento e avaliação das ações em saúde**. Nescon/UFMG. 2 ed. Belo Horizonte: Nescon/UFMG, 2010. Disponível em: <https://www.nescon.medicina.ufmg.br/biblioteca/registro/Planejamento_e_avaliacao_das_acoes_de_saude_2/3>. Acesso em: 20 jun. 2017.
- INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICAS. **Censo Demográfico 2010**. Disponível em: <<https://cidades.ibge.gov.br/brasil/mg/ponte-nova/panorama>> Acesso em: 09 de jan. 2018.
- JHA, P. *et al.* 21st-Century Hazards of Smoking and Benefits of Cessation in the United. **New England Journal of Medicine**, v. 368, n. 4, p. 341-350, 2013. Disponível em: <<https://www.nejm.org/doi/pdf/10.1056/NEJMsa1211128>>. Acesso em: 07 jan 2019.
- MALTA, D. C. *et al.* Evolução de indicadores do tabagismo segundo inquéritos de telefone, 2006-2014. **Cad. Saúde Pública**, v. 33, supl. 3, e00134915, 2017. Disponível em <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2017001505008&lng=pt&nrm=iso>. Acessos em: 27 dez 2018.
- NUNES, E. Consumo de tabaco: Efeitos na saúde. **Revista Portuguesa de Medicina Geral e Familiar**, v. 22, n. 2, p. 225-244, 2016. Disponível em: <<http://www.rpmgf.pt/ojs/index.php/rpmgf/article/view/10231>>. Acesso em 15 out. 2018.
- PINTO, M. T., PICHON-RIVIERE, A., BARDACH, A. Estimativa da carga do tabagismo no Brasil: mortalidade, morbidade e custos. **Cad. Saúde Pública**, v. 31, n. 6, p. 1283-1297, 2015 Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2015000601283&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 07 jan 2019.

PIPER, M. E. *et al.* Smoking Cessation and Quality of Life: Changes in Life Satisfaction Over 3 Years Following a Quit Attempt. **Annals of Behavioral Medicine**, v. 43, n. 2, p. 262–270. Disponível em: <<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3298628/>> . Acesso em: 09 jan 2019.

PONTE NOVA. Prefeitura Municipal. Disponível em: < <http://pontenova.mg.gov.br>> Acesso em: 02 de jun. 2017.

PONTE NOVA SIAB. Dados do município de Ponte Nova, Secretaria Municipal de Saúde de Ponte Nova, 2015.

PORTES, L. H. *et al.* A Política de Controle do Tabaco no Brasil: um balanço de 30 anos. **Ciênc. saúde coletiva**, v. 23, n. 6, p. 1837-1848, 2018 . Disponível em <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232018000601837&lng=pt&nrm=iso>. Acesso em: 06 jan 2019.

REICHERT, J. *et al.* Diretrizes para cessação do tabagismo – 2008. *J Bras Pneumol*, v. 34, n. 10, p. 845-880, 2008. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/jbpneu/v34n10/v34n10a14.pdf>> . Acesso em: 09 jan 2019.

REITSMO, M.B., *et al.* Smoking prevalence and attributable disease burden in 195 countries and territories, 1990-2015: a systematic analysis from the Global Burden of Disease Study 2015. **Lancet**, v. 389, p. 1885-1906, 2017. Disponível em: <[https://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736\(17\)30819-X/fulltext](https://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736(17)30819-X/fulltext)>. Acesso em: 30 dez 2018.

WHO, Report on the global tobacco epidemic, 2017: monitoring tobacco use and prevention policies: executive summary. Geneva: World Health Organization, 2017. Disponível em: <<http://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/255874/9789241512824-eng.pdf?sequence=1>> Acesso em: 30 dez 2018