



UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
DEPARTAMENTO DE SAÚDE PÚBLICA
CURSO DE ESPECIALIZAÇÃO EM ATENÇÃO BÁSICA 2018

Mariana Fossatti

Programa antitabagismo realizado na Estratégia de
Saúde da Família do bairro São José, em Curitibanos -
SC

Florianópolis, Março de 2023

Mariana Fossatti

Programa antitabagismo realizado na Estratégia de Saúde da
Família do bairro São José, em Curitiba - SC

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

Orientador: Daymee Taggesell de Córdova
Coordenadora do Curso: Profa. Dra. Fátima Buchele Assis

Florianópolis, Março de 2023

Mariana Fossatti

Programa antitabagismo realizado na Estratégia de Saúde da
Família do bairro São José, em Curitiba - SC

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 Buchele Assis
Coordenadora do Curso

Daymee Taggesell de Córdova
Orientador do trabalho

Florianópolis, Março de 2023

Resumo

Introdução: O tabagismo é reconhecido como uma doença crônica causada pela dependência à nicotina. O uso do tabaco é a principal causa de morte evitável no mundo, diretamente relacionada ao desenvolvimento de doenças crônicas não transmissíveis. A Organização Mundial da Saúde (OMS) aponta que o tabaco mata mais de 8 milhões de pessoas por ano. O problema a ser trabalhado no projeto de intervenção será o elevado número de tabagistas no bairro. Não temos um dado epidemiológico exato, mas percebemos o elevado número de tabagistas, principalmente entre os idosos do bairro onde atuo. Este estudo é importante pois o tabagismo é uma dependência prejudicial à saúde e muitos dos meus pacientes já fumam há décadas e, portanto, já estão tendo consequências desse hábito. Embora muitos pacientes já apresentam doenças pulmonares ou cardiovasculares decorrentes do tabagismo, eles não parecem querer parar de fumar. Este projeto de redução no número de tabagistas é oportuno porque o número de tabagistas no mundo vem caindo, ao contrário do que ocorre no meu bairro. O projeto está de acordo com os interesses da comunidade e da unidade de saúde já que qualidade e expectativa de vida é um desejo coletivo. Objetivo: O objetivo do projeto é diminuir o número de tabagistas no bairro São José, do Município de Curitiba - SC. Metodologia: Será realizado um programa antitabagismo na Unidade de Saúde de São José, com reuniões semanais, quinzenais e, após, mensais com o uso de terapias alternativas, palestras e uso de medicações para a dependência da nicotina. Serão realizadas palestras em duas escolas para explicar os malefícios do cigarro e tentar impedir a experimentação do cigarro por parte dos jovens. Resultados esperados: Esperamos reduzir o número de tabagistas no bairro.

Palavras-chave: Abandono do Uso de Tabaco, Campanhas para o Controle do Tabagismo, Tabagismo

Sumário

1	INTRODUÇÃO	9
2	OBJETIVOS	11
2.1	Objetivo Geral	11
2.2	Objetivo Específico	11
3	REVISÃO DA LITERATURA	13
4	METODOLOGIA	25
5	RESULTADOS ESPERADOS	29
	REFERÊNCIAS	31

1 Introdução

Trabalho em Curitiba (planalto catarinense) pelos Mais Médicos desde dezembro /2018. Atualmente, a cidade possui oito unidades de saúde em funcionamento (nos bairros) e uma unidade de Pronto Acolhimento no centro. Encontro-me na Estratégia de Saúde da Família (ESF) São José, em um dos bairros mais pobres e perigoso da cidade, onde está a maior parte do tráfico de drogas da cidade. Ver policiais rondando a área é comum.

Em alguns anos atrás, a polícia não entrava no bairro, pois era apedrejada e expulsa antes de entrar. Hoje em dia, há maior controle da polícia com os moradores, já que a maioria dos maiores traficantes já estão presos. Embora ainda exista muito "barraco" quando a Polícia entra no bairro, pois se os mesmos tentam executar uma ação ou prisão tem de enfrentar as mulheres e crianças dos parentes presos que tentam agredir os policiais.

É um bairro muito carente, onde um número ínfimo de pacientes possuem planos de saúde e, portanto, todos recorram ao atendimento via Sistema Único de Saúde (SUS). Mesmo assim, todos os pacientes são muito educados e receptivos com a equipe.

Os pacientes não se interessam muito por ações de promoção de saúde e temos que praticamente implorar para que os pacientes compareçam em grupos realizados pela ESF. Outra característica que percebi trabalhando neste local é a quantidade de tabagistas, todos de longa data, desde crianças. Muitos fumam cigarro de palha.

Na minha visão, são pacientes que tem pouca perspectiva de vida e, portanto, não se importam com hábitos de vida saudáveis, nem com ações de promoção de saúde. Apenas se preocupam em tratar sintomas latentes quando aparecem. Mas os pacientes costumam confiar muito no trabalho da equipe, acatando as orientações.

A maioria das queixas são ortopédicas, devido a trabalhos braçais. Muitos pacientes trabalham em lavouras, ou em indústrias, realizando grande esforço físico no trabalho. Muitos são aposentados por invalidez ainda muito jovens devido aos grandes esforços realizados nos empregos.

Muitos aparentam ser mais velhos do que realmente são. E alguns não possuem todos os dentes. Muitos dos pacientes são analfabetos, o que dificulta o entendimento e os faz, muitas vezes, errarem no uso de suas medicações.

A maioria das gestantes, por serem ainda adolescentes, "se casam" e vão morar com "marido" e sogros. Consequentemente, acabam abandonando os estudos. O que acaba por aumentar o índice de pobreza.

No bairro possuímos 2 creches municipais (e há um grande entrosamento entre a diretora da creche e a enfermeira, o que facilita várias ações na escola). Possuímos também 2 escolas (1 municipal e 1 estadual). Não há associação de moradores, há apenas quadrilhas de tráfico de drogas.

O bairro não possui saneamento básico e, muitas vezes, o esgoto corre a céu aberto.

Há um projeto ainda sem execução para regularizar essa situação. A maioria das casas é muito humilde, com situações precárias de conservação e de higiene do local. Em muitas residências há muitas pessoas morando juntas em um pequeno cômodo.

O total de pacientes da minha área é 3670 pacientes. Divididos da seguinte forma: são 768 crianças (menores de 12 anos), total de 20,9%; 378 adolescentes (de 12 a 18 anos), total de 10,3%; população adulta 2092 (total de 57%); e 432 idosos, total de 11,8% (a partir de 60 anos). Estes dados foram coletados do programa de atendimentos/prontuários que possuímos na cidade, o Saúde Plus na data de 17/06/19.

As queixas mais comuns, como já falado anteriormente são ortopédicas, como dores em coluna, dores em braços ou pernas, também temos muitos resfriados e queixas respiratórias. Entre as doenças mais comuns estão hipertensão arterial sistêmica (HAS) e diabetes melitus (DM). No mês de maio de 2019 atendemos 564 hipertensos, segundo o Saúde Plus. Portanto, no mês de maio a prevalência de HAS foi de 153,67 pacientes para cada 1000 habitantes. No bairro não consta registro de HIV. No mês de maio do ano passado tivemos 3 novos casos de diabetes em idosos, portanto, a incidência de diabetes em idosos foi de 6,9 pessoas para cada 1000 idosos.

O problema a ser trabalhado no projeto de intervenção será o elevado número de tabagistas no bairro. É um problema passível de intervenção. Não temos um dado epidemiológico correto e exato, mas em todas as consultas é perguntado se o paciente é tabagista e quase todos são, principalmente os mais velhos. Percebemos que todos iniciaram o vício ainda na infância ou adolescência.

Este estudo é importante pois o tabagismo é um vício muito prejudicial à saúde e muitos dos meus pacientes já fumam há décadas e, portanto, já colhendo os frutos desse péssimo hábito. Embora muitos pacientes já apresentam doenças pulmonares ou cardiovasculares decorrentes do tabagismo, eles não parecem querer parar de fumar. Este tema é importante para mim pois já tive familiares e amigos com esse hábito e percebo a alegria daqueles que conseguem abandonar o vício e iniciar uma nova vida. Este projeto de redução no número de tabagistas é oportuno porque o número de tabagistas no mundo vem caindo, ao contrário do que ocorre no meu bairro. O projeto está de acordo com os interesses da comunidade e da unidade de saúde já que é interesse de todos ter uma saúde melhor e uma maior expectativa de vida.

2 Objetivos

2.1 Objetivo Geral

Diminuir o número de tabagistas no bairro São José de Curitibanos - SC.

2.2 Objetivo Específico

Desenvolver estratégias de prevenção do tabagismo com crianças e adolescentes.

Elaborar ações de saúde voltadas para os tabagistas.

Construir estratégias para diminuição da carga tabágica entre os tabagistas.

3 Revisão da Literatura

Segundo o Instituto Nacional de Câncer (Inca) o tabagismo é reconhecido como uma doença crônica causada pela dependência à nicotina presente nos produtos à base de tabaco (INCA, 2020b).

O tabaco é uma planta (*Nicotiana tabacum*) cujas folhas são utilizadas na confecção de diferentes produtos que têm como princípio ativo a nicotina, que causa dependência (BRASIL et al., 2016). Há diversos produtos derivados de tabaco: cigarro, charuto, cachimbo, cigarro de palha, cigarrilha, bidi, tabaco para narguilé, rapé, fumo-de-rolo, dispositivos eletrônicos para fumar e outros. No nosso país a Resolução da Diretoria Colegiada n.º 46 de 2009, da Agência Nacional de Vigilância Sanitária (Anvisa), proíbe a comercialização, a importação e a propaganda de quaisquer dispositivos eletrônicos para fumar (MS et al., 2009).

Considera-se, pela Organização Mundial da Saúde (OMS), que o tabagismo é a principal causa de morte evitável no mundo, diretamente relacionada ao desenvolvimento de doenças crônicas não transmissíveis e integra o grupo de transtornos mentais e comportamentais devido ao uso de substância psicoativa, de acordo com a Classificação Internacional de Doenças – 10 (CID-10: F17.2) (FERREIRA et al., 2019, p. 3). Portanto, diante desse cenário exposto, torna-se indispensável aprimorar as formas de tratamento que são direcionadas às pessoas acometidas por este transtorno com o objetivo de reduzir o impacto do tabagismo na população.

O fumo teve origem na América Central, nas proximidades da cidade de Tobacco, em 1520, onde os colonizadores espanhóis viram pela primeira vez a planta sendo usada pelos índios. Os índios chamavam esses charutos ou cachimbo de tabaco, e utilizavam para afastar os mosquitos e insetos:

A primeira descrição da planta de fumo foi feita por Romano Pene, companheiro de Cristóvão Colombo em sua viagem ao Novo Mundo. Em 1559, mudas da planta foram levadas para Espanha por um médico espanhol e posteriormente para Portugal. No ano de 1560, Jean Nicot, plantou no quintal de sua embaixada e usava as folhas em forma de rapé para dores de cabeça. Deve-se a ele a denominação de nicotina. Anos após, o fumo chegou à Itália e em 1585 na Inglaterra e na metade do século XVII, o hábito de fumar se alastrou na Europa e no mundo. Abriram-se muitos lugares que disponibilizavam o tabaco, e o hábito de fumar se tornou comum (EDUCAÇÃO, 2020).

Com a Revolução Industrial, o cigarro passou a ser socialmente aceito, o que permitiu e facilitou o aumento da produção e conseqüentemente o aumento do hábito de fumar. Nesta época, verifica-se o fumo aliado ao charme feminino e acessório da masculinidade (EDUCAÇÃO, 2020).

Ao longo do século XVIII o uso do cachimbo ficou restrito às classes populares. O tabaco em pó (aspirado pelo nariz) foi o escolhido pelos nobres. A “pitada” (gesto de levar o tabaco ao nariz), tornou-se um sinal de elegância que ganhou também a aceitação por parte das mulheres nos salões de beleza (EDUCAÇÃO, 2020).

Os relatos da história mostram que o cigarro pode ter sido inventado pelos índios, que enrolavam tabaco rasurado em folhas de outras plantas. Os europeus contribuem no aperfeiçoamento introduzindo o papel fino, os “papalitos”. O cigarro dominou o mundo, primeiro, enrolado pelos próprios fumantes, depois, a partir do início do século XX, pela versão industrial, empacotado (EDUCAÇÃO, 2020). Um tempo depois o hábito de fumar havia se espalhado por todo o planeta, movendo uma das indústrias mais ricas da história. Até poucas décadas atrás, o cigarro era até visto como um acessório elegante – mas entrou no século XXI como assassino de milhões (ESTRANHO, 2011).

Epidemiologia e Prevalência do Tabagismo no Mundo

A OMS aponta que o tabaco mata mais de 8 milhões de pessoas por ano. Mais de 7 milhões dessas mortes resultam do uso direto desse produto, enquanto cerca de 1,2 milhão é o resultado de não-fumantes expostos ao fumo passivo. Afirma, ainda, que cerca de 80% dos mais de um bilhão de fumantes do mundo vivem em países de baixa e média renda onde o peso das doenças e mortes relacionadas ao tabaco é maior (INCA, 2020a).

Segundo o site do Inca a OMS estimou em 2010 que os fumantes consumam cerca de seis trilhões de cigarros todos os anos (INCA, 2020a).

O consumo de tabaco no mundo vem crescendo em países em desenvolvimento e reduzindo em países desenvolvidos, e é maior entre os homens do que entre as mulheres. Conforme análise feita pela OMS em 2010, a região que apresenta maior percentual de tabaco fumado é a Europa (EURO), com 29% e o menor é a Região da África (AFRO), com 12,4%. A Região das Américas, da qual o Brasil faz parte, em 2010 apresentou 18,7%. Dentre os países desta Região das Américas da OMS, a prevalência de fumantes variou de 7% em Barbados a 40,1% no Chile. As maiores prevalências foram observadas entre os homens, variando de 13% em Barbados e 54,7% em Cuba. Já o percentual de tabagismo entre as mulheres foi de 1,1% também em Barbados e 37,5% no Chile (INCA, 2020a).

O Relatório Global de Tendências na Prevalência do Tabaco foi divulgado no fim de 2019, indicando uma grande mudança na epidemia de tabagismo. Se a prática já estava sendo abandonada há tempos pelas mulheres, a pesquisa revela que os homens também estão deixando de fumar. A OMS ainda divulgou que em 2025, esse número cairá outros 27 milhões, atingindo 1,299 bilhão de fumantes em todo o mundo. É importante destacar que, embora o número pareça pequeno, nas últimas décadas a população de fumantes vem caindo consideravelmente. Se nos anos 2000, uma em cada três pessoas fumava em todo o planeta e quase metade dos homens fumava (contra 16% das mulheres), hoje, uma em cada cinco pessoas é fumante (37,5% dos homens e 8% das mulheres) (GLETTE, 2020).

Prevalência de fumantes atuais de tabaco fumado (%) por Região da OMS			
Região da OMS	2010		
	Total	Masculino	Feminino
África (AFRO)	12,4	22,2	2,7
Américas (AMRO)	18,7	23,6	14,1
Mediterrâneo Oriental (EMRO)	20,2	36,3	3,4
Europa (EURO)	29,0	39,4	19,6
Sudeste da Ásia (SEARO)	18,1	32,8	2,9
Pacífico Ocidental (WPRO)	26,6	49,1	3,5
Global	22,1	36,9	7,4

Figura 1 – Figura 1 - Prevalência de Fumantes por Região

A prevalência do consumo de tabaco está diminuindo em todas as regiões do mundo, mas existem grandes diferenças entre elas: na Europa, para 2020, a OMS estima que 25,6% das pessoas fumarão, superada apenas pelo Sudeste Asiático (27,9%); a América fica em 17,5 % e na África mal ultrapassa os 12% (SAÚDE, 2019).

Prevalência no Brasil

Considerando o período de 1989 a 2010, a queda do percentual de fumantes no Brasil foi de 46%, como consequência das Políticas de Controle do Tabagismo implementadas, estimando-se que um total de cerca de 420.000 mortes foram evitadas neste período (INCA, 2020a).

O percentual de adultos fumantes no Brasil vem apresentando uma expressiva queda nas últimas décadas em função das inúmeras ações desenvolvidas pela Política Nacional de Controle do Tabaco. Em 1989, 34,8% da população acima de 18 anos era fumante, de acordo com a Pesquisa Nacional sobre Saúde e Nutrição (PNSN). Uma queda expressiva nesses números foi observada no ano de 2003, quando na Pesquisa Mundial de Saúde (PMS) o percentual observado foi de 22,4 %. No ano de 2008 segundo a Pesquisa Especial sobre Tabagismo (Petab) este percentual era de 18,5 %. Os dados mais recentes do ano de 2013, a partir da Pesquisa Nacional de Saúde (PNS) apontam o percentual total de adultos fumantes em 14,7 % (INCA, 2020a) .

Em 2013 foi realizada pelo Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE) a Pesquisa Nacional de Saúde (PNS) em parceria com o Ministério da Saúde e a Fundação Oswaldo Cruz (Fiocruz) que atualizou os dados sobre a prevalência de adultos fumantes com 18 anos ou mais em amostras domiciliares do Brasil (INCA, 2020a).

Podemos observar através do quadro acima que o consumo de tabaco é maior na região rural do que urbana, seguindo a tendência mundial: homens fumam mais que mulheres. Entre as regiões do país, o sul se destaca como a região com mais tabagistas, um total de 16,1% e a região com menos tabagistas é a norte, com 13,2%.

Proporção de fumantes atuais de tabaco com 18 anos ou mais (%)			
Área de domicílio	Total	Homens	Mulheres
Brasil	14,7	18,9	11,0
Urbano	14,4	18,3	11,0
Rural	16,7	22,4	10,7
Norte	13,2	19,0	7,8
Nordeste	14,2	19,1	9,9
Sudeste	15,0	19,0	11,5
Sul	16,1	19,1	13,3
Centro-Oeste	13,4	16,8	10,4

Figura 2 – Proporção de Fumantes com 18 Anos ou Mais

Além das pesquisas apresentadas acima, o percentual de fumantes no Brasil é também acessado, desde 2006, por meio de monitoramento anual por telefone – pesquisa Vigitel. Este inquérito é realizado nas 26 capitais brasileiras e no Distrito Federal com adultos maiores de 18 anos que residam em local com linha de telefone fixo. Segundo dados do Inca, o percentual total de fumantes com 18 anos ou mais no Brasil é de 9,8%, sendo 12,3 % entre homens e 7,7 % entre mulheres (INCA, 2020a).

Mortalidade e Morbidade no Brasil

No Brasil 428 pessoas morrem por dia por causa da dependência da nicotina, 56,9 bilhões de reais são perdidos a cada ano devido a despesas médicas e perda de produtividade, e 156.216 mortes anuais poderiam ser evitadas. As maiores causas se dão pelo câncer, doença cardíaca e doença pulmonar obstrutiva crônica (DPOC). Das mortes anuais provocadas pelo uso do tabaco: 34.999 mortes correspondem a doenças cardíacas; 31.120 mortes por DPOC (doença pulmonar obstrutiva crônica); 26.651 por outros cânceres; 23.762 por câncer de pulmão; 17.972 mortes por tabagismo passivo; 10.900 por pneumonia; 10.812 por AVC (acidente vascular cerebral) (INCA, 2020a).

Jovens e o Tabagismo

As pesquisas realizadas no assunto na última década indicam que o uso de tabaco ocupa o segundo lugar no ranking de drogas que mais se experimentam no país. A idade média de início do uso de tabaco entre os jovens brasileiros é de 16 anos de idade, tanto para meninos quanto para meninas. No país, a frequência de fumantes jovens do sexo masculino tem tendência a ser maior do que do sexo feminino. Os estudos indicam que a experimentação de tabaco é maior entre estudantes da rede pública de ensino e, geralmente, as frequências de uso de tabaco nos últimos 30 dias também são maiores em instituições de ensino públicas. Quando comparados às pesquisas anteriores, os resultados mostram melhora nos indicadores de experimentação, percentual de usuários de tabaco nos últimos 30 dias, incluindo aumento da idade média da experimentação (INCA, 2020a).

Um exemplo, desses estudos realizados foi o estudo Lenad em 2012: O Instituto Nacional de Ciência e Tecnologia para Políticas Públicas de Álcool e Outras Drogas (Inpad) da Unifesp realizou em 2012 o II Levantamento Nacional de Álcool e Drogas. Esta pesquisa foi feita com

Prevalência de fumantes								
	Total	Gênero (%)		Região (%)				
		Masculino	Feminino	Norte	Nordeste	Sudeste	Sul	Centro-Oeste
Adolescentes (14 a 17 anos)	3,4	5,2	1,6	5,4	1,5	2,5	4,1	11,9

Figura 3 – Prevalência de Fumantes

indivíduos com 14 anos ou mais de todo território brasileiro. Quando comparados os levantamentos realizados em 2006 e 2012, a prevalência de fumantes entre os adolescentes com idade entre 14 e 17 anos reduziu, passando de 6,2% para 3,4%, sendo maior entre os meninos (5,2%) do que entre as meninas (1,6%). A distribuição do tabagismo entre os jovens variou de 2,5% no Sudeste a 11,9% no Centro Oeste. Esta pesquisa apontou que entre os adultos fumantes, a média de idade de experimentação do tabaco foi de 16,5 anos, sendo ligeiramente maior entre os entrevistados do sexo feminino (16,7) do que masculino (16,2) (INCA, 2020a).

Embora, no Sul do país como um todo, a prevalência de fumantes jovens não seja a mais alta do Brasil, assim como nos adultos, mas apresenta uma prevalência significativa. No bairro em que trabalho, quase todos os jovens são tabagistas.

Tabagismo Passivo

O tabagismo passivo é a exposição à fumaça exalada pelos fumantes e por produtos de tabaco durante a sua queima. A exposição à fumaça ambiental do tabaco está correlacionada ao desenvolvimento de doenças e agravos à saúde, mesmo de quem não fuma. Não há níveis seguros para essa exposição, incluindo a exposição às emissões advindas dos cigarros eletrônicos (dispositivos eletrônico conhecidos como e-cig, vaper), (NCI); por este motivo torna-se igualmente relevante a sua regulação, vigilância e monitoramento da exposição da população fumante e não fumante ao tabagismo passivo, tanto em ambientes públicos quanto em suas casas (INCA, 2020a).

Um estudo realizado pela PNS (Pesquisa Nacional de Saúde) em 2013 resultou que a proporção de pessoas de 18 anos ou mais de idade não fumantes expostos ao tabagismo passivo foi de 14,7% em casa e 14,4% no trabalho em ambientes fechados. Entre os gêneros, a proporção é maior entre as mulheres em casa (11,7%) e os homens no trabalho (16,9%). A distribuição nas regiões do Brasil variou para exposição de não fumantes à fumaça em casa de 9,7% no Sudeste e 12,4% no Nordeste, e para trabalho em ambiente fechado, a situação se repetiu, sendo 12,3% no Sudeste e 16,6% no Nordeste (INCA, 2020a).

A proporção de não fumantes que são expostos a fumaça tóxica do cigarro é de 10,7% em domicílio e de 13,5% em trabalhos com ambientes fechados, conforme figura abaixo:

Programas Criados

Instituiu-se, em 1989, pelo Ministério da Saúde, por meio do Instituto Nacional do Câncer, o Programa Nacional de Controle do Tabagismo (PNCT), com o intuito de criar

Proporção de não fumantes expostos ao fumo passivo por local (%)								
Local	Total	Gênero (%)		Região (%)				
		Masculino	Feminino	Norte	Nordeste	Sudeste	Sul	Centro-Oeste
Em casa	10,7	9,5	11,7	10,6	12,4	9,7	10,9	10,4
Trabalho em ambiente fechado	13,5	16,9	10,4	15,2	16,6	12,3	11,1	15,6

Figura 4 – Proporção de Não Fumantes Expostos ao Fumo por Local

ações estratégicas nacionais visando à redução da quantidade de tabagistas no país (FERREIRA et al., 2019, p. 2).

O PNCT objetiva a redução da prevalência de fumantes e a morbimortalidade no Brasil. Está relacionado ao consumo de derivados do tabaco e segue um modelo lógico que junta ações educativas, de atenção à saúde e medidas legislativas e econômicas (GUIMARÃES, 2019). Estas medidas preveniram a iniciação do tabagismo, principalmente entre adolescentes e jovens; promoveram a cessação do ato de fumar; protegeram a população da exposição à fumaça ambiental do tabaco; e reduziram os danos individual, social e ambiental (BRASIL, 2013). O tratamento inclui avaliação clínica, abordagem mínima ou intensiva, individual ou em grupo e terapia medicamentosa (SAÚDE et al., 2007).

Por meio do PNCT o Ministério da Saúde orienta que o tratamento das pessoas tabagistas deve ser realizado, prioritariamente, na Estratégia de Saúde da Família (ESF), devido a sua descentralização e capilaridade (GUIMARÃES, 2019). Conceitualmente, a ESF busca promover a qualidade de vida da população brasileira e intervir nos fatores que colocam a saúde em risco, como falta de atividade física, má alimentação e o uso de tabaco. Com atenção universal, integral, equânime e contínua, a ESF se fortalece como uma porta de entrada do Sistema Único de Saúde (SUS) (BRASIL, 2013). Neste contexto, a oferta de ações de controle do tabagismo torna-se prioritária no nível da ESF, pois estas são fundamentadas no acesso universal e contínuo a serviços de saúde resolutivos e de qualidade. A concentração das ações de tratamento ao tabagismo na Atenção Primária à Saúde (APS) surge como uma possibilidade de obtenção de um maior número de usuários beneficiados e conseqüente maior probabilidade de efetividade na cessação do hábito de fumar (PORTES et al., 2014, p. 5).

Aponta-se a necessidade, para o desenvolvimento das ações que remetem ao tratamento destes usuários nos serviços de saúde, de que os profissionais de saúde recebam a capacitação adequada para atuar no combate ao tabagismo nas UBS's e nos serviços de saúde distribuídos em todos os níveis de atenção à saúde. Observa-se que a capacitação tem o intuito de qualificar o profissional de saúde quanto às abordagens farmacológicas e cognitivo-comportamentais para o tratamento do tabagismo. Entende-se que a capacitação, que requer uma abordagem mínima ou breve, é direcionada aos profissionais de nível médio tendo, como base, a motivação do usuário no sentido de parar de fumar. (FERREIRA et al., 2019, p. 5)

A participação dos agentes de saúde (ACS's) no controle do tabagismo é de suma importância, visto que eles exercerão um papel de mediadores e isso possibilitará a construção de um vínculo entre o usuário, a equipe e a unidade de saúde, por meio da busca ativa, como uma forma de facilitar o acesso da população ao serviço de saúde.

Tabagismo

A nicotina presente em qualquer derivado do tabaco é considerada droga por possuir propriedades psicoativas, uma vez que ao ser inalada ela produz alteração no sistema nervoso central, trazendo modificação no estado emocional e comportamental do usuário, o que pode induzir ao abuso e dependência. Logo, a causa da dependência é, principalmente, a presença da nicotina nos produtos à base de tabaco, o que faz com que os fumantes inalem mais de 4.720 substâncias tóxicas, tais como o monóxido de carbono, amônia, cetonas, formaldeído, acetaldeído, acroleína, além de outros 43 tipos de substâncias cancerígenas (SAÚDE et al., 2004)

Existem inúmeros fatores comportamentais e psicológicos que induzem ao ato de fumar e que, portanto, dificultam sua cessação (SILVA et al., 2016). Muitas pessoas acreditam que o tabagista não deixa de fumar porque não quer. Na verdade, quem fuma sofre de dependência química, ou seja, é alguém que ao tentar deixar de fumar se defronta com grandes desconfortos físicos e psicológicos que trazem sofrimento e que pode impor a necessidade de várias tentativas até que finalmente consiga abandonar o tabaco. Entender o que acontece com o tabagista e suas tentativas de parar de fumar é fundamental para que se possa ter a real dimensão do problema e conseqüentemente a intervenção sobre ele (BRASIL et al., 2020). Ou seja, é preciso que se entenda que as pessoas fumam porque são dependentes e não simplesmente porque querem. O tabagismo, além de ser uma doença crônica de dependência da nicotina, é um dos maiores fatores de risco para doenças e alta mortalidade (BRASIL, 2013). A ansiedade, a depressão, os transtornos de diversas naturezas, os problemas psiquiátricos, baixa autoestima, automatismos, gatilhos e costumes, assim como fatores psicossociais, culturais e genéticos, são indutores do tabagismo. Por outro lado, censuras, pressões restritivas, a lei antifumo, entre outros, são medidas controladoras desse hábito (AMB et al., 2013).

Consequências do Tabagismo

O tabagismo influenciou e influencia a mortalidade no mundo. Um bom exemplo é a taxa de mortalidade por câncer de pulmão, traqueia e brônquios que, nos Estados Unidos no último século, evoluiu em curva ascendente. Em 1930 era de 4,0/100.000, alcançando patamares 20 vezes mais elevados em 1990 (JOSÉ et al., 2017, p. 6).

O tabaco contém substâncias cancerígenas e seu uso predispõe a diversos tipos de câncer, além de doenças cardíacas, hipertensão e outras condições (JOSÉ et al., 2017, p. 2). Estimativas mundiais apontam que o fumo no mundo seja responsável por 71% das mortes por câncer de pulmão, 42% das doenças respiratórias crônicas e quase 10% das doenças cardiovasculares, além de ser fator de risco para doenças transmissíveis como a

tuberculose. A Organização Mundial de Saúde (OMS) estima, por projeção, que as mortes relacionadas ao tabaco aumentarão para cerca de 8 milhões em 2030, ou 10% das mortes globais, caso não sejam adotadas medidas para seu controle. No mesmo ano do estudo, entre as 10 principais causas de morte no mundo responsáveis por metade da mortalidade, o tabagismo tem relação direta com 80% dessas mortes; doença cardíaca isquêmica (1º lugar na classificação), acidente vascular cerebral (2º lugar), doença pulmonar obstrutiva crônica (DPOC) (3º lugar), infecções do trato respiratório inferior (4º lugar), câncer de pulmão ou traqueia (5º lugar) (WHO et al., 2018).

No Brasil, a realidade é semelhante, em 2015 o tabagismo tem relação com cerca de metade das 10 principais causas de mortes: doença cardíaca isquêmica (14,9%), neoplasias (17,4%), doenças cerebrovasculares, incluindo hipertensão arterial sistêmica (12,4%) e DPOC (5,3%). Por outro lado, a prevalência do tabagismo vem apresentando uma expressiva queda, desde a implementação de legislação mais rígida até campanhas antifumo. Em 1989, 34,8% da população acima de 18 anos era fumante. Ocorreu queda significativa na última década com prevalência de cerca de 10,5% nas capitais brasileiras. Estudos têm atribuído esses êxitos à liderança do país no tema, promovendo ações educativas, preventivas, além de ações regulatórias. Sabe-se, entretanto, que o impacto da queda da prevalência refletirá nos índices de mortalidade nas três ou quatro décadas seguintes (JOSÉ et al., 2017, p. 3).

Conforme dados da OMS, as principais causas de mortalidade humana são as doenças crônicas não transmissíveis relacionadas ao tabagismo (correspondente a 68% dos óbitos): doença cardiovascular (particularmente infarto agudo do miocárdio), câncer (do pulmão e em outros sítios), acidente vascular encefálico e DPOC. Em não fumantes ou ex tabagistas essas doenças diminuem em mais de 30%, chegando a uma queda de 90% no câncer do pulmão e na DPOC. Quem não fuma tem melhor qualidade de vida e vive 10 a 15 anos mais

Recentemente, Magnus et al. (2015) mostrou que os efeitos nocivos do tabaco ultrapassam gerações, aumentando o risco de asma de modo intergeracional, ou seja, de mãe para filho, e transgeracional, isto é, de avós para os netos, mesmo que a mãe não tenha asma e não fume. Há evidências de que o tabagismo da avó materna durante a gestação da mãe da criança aumenta o risco de essa criança desenvolver asma de duas a três vezes, mesmo que a própria mãe não tenha fumado durante sua gestação e não tenha asma.

Segundo Silva et al. (2016, p. 3) a Sociedade Americana de Câncer divulgou um relatório sobre tabagistas que estão morrendo por doenças até então não relacionadas ao tabaco. Foram incluídas mais 14 doenças: câncer de mama, câncer de próstata, insuficiência renal, isquemia intestinal, hipertensão arterial e infecções, assim como várias outras doenças respiratórias além da DPOC. Com a inclusão dessas doenças, constatou-se um aumento de 17% na mortalidade.

Estratégias para o Controle do Tabagismo

Prevenção

Segundo [Silva et al. \(2016\)](#) é fundamental evitar que o jovem experimente cigarros, pois se o fizer terá uma probabilidade de mais de 50% de tornar-se dependente. O que fazer? Educação. Educação em saúde e políticas públicas voltadas para a família e escola. Aplicação da lei antifumo, particularmente a proibição da comercialização de produtos de tabaco para menores de idade e outras ações dirigidas aos jovens.

Proteção

Proteger a população dos efeitos da fumaça ambiental do tabaco e das influências que levam a fumar, particularmente aquelas relacionadas ao grupo de convívio. Fiscalizar com rigor a lei antifumo que, entre outras normas, proíbe fumar em ambientes coletivos ([SILVA et al., 2016](#)).

Tratamentos

Oferecer o tratamento a todos os fumantes que não conseguem parar de fumar por iniciativa própria e desejem parar de fumar. O custo-efetividade do tratamento é muito satisfatório, pois, quando uma pessoa deixa de fumar, ela ganha mais 10-15 anos de vida e com melhor qualidade, assim como há uma redução de 30-90% da ocorrência das doenças crônicas não transmissíveis relacionadas ao tabaco. Ainda mais, o ex-fumante serve como exemplo e estímulo para os que ainda fumam. ([SILVA et al., 2016](#), p. 4)

A cobertura e a abrangência dessas intervenções podem ser variáveis, mas se sabe que, dentre a população de fumantes do país, que é de cerca de 22 milhões, menos de 5% recebem tratamento fornecido pelo Ministério da Saúde. Por outro lado, a lei antifumo, de uma maneira ou de outra, atinge toda a população, tendo, portanto, abrangência direta ou indireta de 100%. A promoção de ambientes livres da fumaça de tabaco é a medida de maior efetividade para o controle do tabagismo na comunidade. O aumento de preços também alcança resultados significativos, pois aumentando-se o preço em 10%, reduz-se 4% no consumo. ([SILVA et al., 2016](#), p. 4)

Conseqüentemente, o PNCT propõe três ações centrais: voltadas para a prevenção da iniciação, a cessação do tabagismo e para a promoção de ambientes livres de tabaco. Tendo em vista a promoção da saúde da população, o INCA desenvolve estratégias voltadas aos diferentes público alvo: crianças, adolescentes, jovens, mulheres, dentre outros ([SAÚDE et al., 2007](#)). A cartilha, cujo título é: “Deixando de fumar sem mistérios”, atente a estratégia direcionada à APS como norteadora das atividades desenvolvidas pelo PNCT, assim como o desenvolvimento de discussões em grupo de fumantes. O objetivo é ajudar os participantes a deixarem de fumar, fornecendo-lhes as informações e estratégias necessárias para direcionar seus próprios esforços nesse sentido ([SAÚDE et al., 2004](#)). A abordagem utilizada nos grupos tem por base o modelo cognitivo comportamental, que é a técnica recomendada para o tratamento do tabagista. Entre seus princípios está o entendimento de que o ato de fumar é um comportamento aprendido, estimulado e mantido por determinadas situações e emoções, que levam a dependência a partir das propriedades psicoativas da nicotina ([BRASIL et al., 2020](#)).

O tratamento objetiva, desse modo, a aprendizagem de um novo comportamento através da promoção de mudanças nas crenças e desconstrução de vinculações comportamentais ao ato de fumar, combinando intervenções cognitivas com treinamento de habilidades comportamentais (SAÚDE et al., 2004). O apoio medicamentoso tem um papel bem delimitado no processo de cessação do tabagismo, que é o de reduzir os sintomas da síndrome de abstinência à nicotina, facilitando a abordagem intensiva do tabagista. Os medicamentos preconizados pela PNCT não devem ser utilizados separadamente, mas sim em associação as outras abordagens já citadas. Para que as ações da PCNT tenham eficácia, é essencial que o tabagista se sinta mais confiante para exercitar e colocar em prática as orientações recebidas durante as sessões. Os medicamentos indicados pelo MS para o tratamento do tabagismo são: terapia de reposição de nicotina (adesivo transdérmico e goma de mascar) e o cloridrato de bupropiona (BRASIL et al., 2020).

De acordo com a Portaria nº 761, de 21 de junho de 2016, que valida as orientações técnicas do tratamento do tabagismo, os critérios de inclusão dos fumantes que poderão se beneficiar do tratamento medicamentoso são, além da participação obrigatória em todas as sessões de abordagem cognitivo comportamental e, não havendo contra-indicações clínicas, os que apresentarem um grau elevado de dependência à nicotina. Os adesivos transdérmicos estão disponíveis pelo SUS nas doses: 7 mg, 14 mg e 21 mg; sendo que o instrumento utilizado para avaliação desta dependência é o score de Fagerström (BRASIL, 2016).

São considerados fumantes pesados os que fumam 20 ou mais cigarros por dia, os que fumam o 1º cigarro até 30 minutos após acordar e consomem no mínimo 10 cigarros por dia, fumantes com resultado do score de Fagerström igual ou maior que 5, e os que já tentaram parar de fumar apenas com a abordagem cognitivo-comportamental, sem êxito devido aos sintomas da crise de abstinência (BRASIL, 2016).

A Relevância da Intervenção que Deseja Realizar

O tabaco e seus derivados são responsáveis por mortes de milhões de indivíduos a cada ano, o que torna o aumento do seu consumo um assunto relevante para a discussão na área da saúde. Segundo Guimarães (2019), se a tendência atual continuar a previsão é de que, em 2030, o consumo mate cerca de oito milhões de pessoas por ano, sendo que 80% dessas mortes ocorrerão em países de baixa e média renda. O que traz prejuízos sociais, econômicos e ambientais (PINTO et al., 2019). Neste sentido, é indispensável medidas de controle de tabagismo, e, portanto, esse trabalho se torna de grande valia. O Brasil é considerado referência mundial no controle do tabagismo. Ações educativas, preventivas, terapêuticas e regulatórias contribuíram, nas últimas décadas, para a redução no hábito de fumar. Contudo, o número de fumantes ainda é expressivo e com repercussões significativas no desenvolvimento de agravos à saúde, acarretando altos custos sociais e econômicos. (MÜLLER et al., 2017, p. 2)

Segundo Glette (2020) em setembro de 2019, o ministro da Saúde Luiz Henrique Mandetta recebeu o Prêmio da Força-Tarefa Interagências da Organização das Nações

Unidas – ONU, pelos resultados reais no número de fumantes no Brasil. Nos últimos 12 anos a população fumante no país caiu de 40% para 9%. No dia da premiação, ele afirmou que “nós seremos o primeiro país livre do tabaco do mundo”.

São relevantes ações individuais e coletivas com enfoque no tratamento e prevenção do tabagismo. A Atenção Básica (AB), compreendida como o nível de atenção à saúde mais próximo do usuário, deve ser considerada o principal local de assistência ao usuário tabagista. Nesse cenário, os profissionais de saúde, por meio do cuidado longitudinal, integral e próximo ao usuário, podem aumentar significativamente a efetividade das ações em saúde direcionadas a esta população. Do mesmo modo, conhecer os fatores associados ao uso do tabaco oportuniza que a equipe de saúde planeje estratégias de prevenção, tratamento e acompanhamento dos tabagistas, (MÜLLER *et al.*, 2017, p. 2)

Para fazer vencer essa pandemia que compromete mundialmente 1,3 bilhão de habitantes, o único caminho é a formação de uma grande rede que reúna o máximo de instituições e pessoas. A OMS propugnou a Convenção-Quadro para o Controle do Tabaco. No Brasil, o Ministério da Saúde, o INCA, as organizações não governamentais (como ACT+), as entidades médicas (como SBPT) e outras Instituições locais dos Estados e Municípios desenvolvem seus programas de controle tendo como referência a Convenção-Quadro (SILVA *et al.*, 2016, p. 4).

A Convenção-Quadro da OMS para o Controle do Tabaco é o primeiro tratado internacional vinculante sobre saúde pública da história da Organização Mundial da Saúde. Registre-se que a Convenção-Quadro, recentemente, comemorou seus 10 anos de existência, e os resultados demonstram que suas metas de controle do tabagismo têm sido alcançadas nos 180 países que ratificaram o tratado e que estão adaptando ou construindo suas políticas e leis, conforme características nacionais (SILVA *et al.*, 2016, p. 4).

4 Metodologia

Como estratégia de prevenção ao tabagismo entre crianças e adolescentes, será desenvolvido um projeto com palestras explicativas e argumentativas e entrega de folders para melhor fixação da proposta do projeto, que é a diminuição de tabagistas entre os jovens. Para melhor entendimento, a proposta será apresentada a seguir.

Há duas escolas públicas no bairro São José, a Escola Municipal Professor Alírio Luiz de Almeida e a Escola de Educação Básica Francisco de Campos. O projeto será aplicado em cada uma delas, sendo que na escola Alírio será para a 5ª série do ensino fundamental (alunos entre 10 a 11 anos) e na escola Francisco de Campos será aplicado ao ensino médio: primeiro, segundo e terceiros anos (alunos entre 15 a 18 anos).

A palestra será ministrada pela Dra. Mariana Fossatti e a enfermeira Kelly Fernanda Durlyn, com a presença de 5 agentes de saúde para auxílio na organização das turmas. Durante a palestra os assuntos abordados serão: quais seriam as motivações que alguém tem ao começar a fumar; os malefícios do cigarro e suas implicações na vida da pessoa em curto e longo prazo; o porquê de as pessoas continuarem a fumar mesmo sabendo das conseqüências; quais as implicações que uma pessoa pode sofrer como fumante passivo. Também serão feitos questionamentos aos alunos, tais como: vocês já tiveram curiosidade em experimentar o cigarro? por quê?; vocês já experimentaram?; onde você mora há alguém fumante?; por que é tão difícil parar de fumar?; qual a opinião sincera que vocês têm sobre fumar?.

Durante as palestras será utilizada uma linguagem diferenciada para cada público. Na escola Alírio os alunos terão em média 11 anos, portanto uma linguagem mais branda e leiga será mais apropriada. Já no Francisco de Campos, onde as idades irão variar entre 15 a 18 anos, a linguagem poderá ser mais direta e abrangente. Os momentos serão registrados através de fotos. Durante as palestras será oferecido o programa antitabagismo para aqueles que fumam e ao tabagistas passivos (que convivem com fumantes) serão entregues informativos para que levem as informações para casa; se caso algum familiar desejar poderá participar do grupo antitabagismo.

O projeto será realizado em duas quartas-feiras (uma quarta para cada escola), pois este já é o dia programado para ações fora do ESF (Estratégia de Saúde da Família). Contudo, devido a pandemia do novo Coronavírus, as palestras só poderão ser ministradas quando tudo se normalizar e portanto, ser permitido reuniões.

AÇÃO DE SAÚDE VOLTADA AOS TABAGISTAS

A ação de saúde (programa antitabagista oferecido pelo SUS) será para os moradores do bairro São José e irá ser voltada para tabagistas que desejam parar de fumar ou ao menos diminuir a carga tabágica. Os encontros serão na sala de espera do posto, organizadas e ministradas pela médica Mariana Fossatti com ajuda da enfermeira Kelly Fernanda

ENCONTRO	CONSULTAS	ASSUNTOS TRATADOS	FREQUÊNCIA	MÉDICA	DATA
X	1ª CONSULTA	Entrevista individual		Dra. Mariana Fossatti	A definir ²
X	2ª CONSULTA	Retorno para análise dos exames		Dra. Mariana Fossatti	A definir ²
1º	X	Estudo dos 4 manuais Deixando de Fumar Sem Mistérios (...) e início do tratamento medicamentoso	Semanal (4 encontros)	Dra. Mariana Fossatti	A definir ²
2º	X	Feedback e questionamentos	Quinzenal (2 encontros)	Dra. Mariana Fossatti	A definir ²
3º	X	Feedback, questionamentos e auriculoterapia ¹	Mensal (1 encontro)	Dra. Mariana Fossatti	A definir ²

Figura 5 –

Dyrllon e agentes de saúde. Inicialmente serão duas consultas e depois 7 encontros, sendo eles semanais, depois quinzenais e, por fim, mensais, conforme cronograma abaixo.

¹ Auriculoterapia: é a utilização de pontos nas orelhas para tratamento de diversos sinais e sintomas comuns em diferentes patologias e atua no âmbito físico, mental e emocional do paciente. No caso do programa, servirá para aliviar sintomas de ansiedade e relacionados ao vício.

² Devido a pandemia as datas das consultas e encontros serão agendadas quando tudo se normalizar.

Na primeira consulta é realizado pela médica uma entrevista individual, onde será aplicado um questionário para conhecer o histórico do tabagista, se ele possui alguma doença previa ou doença psiquiátrica, se utiliza algum medicamento, há quanto tempo fuma, se já tentou parar de fumar alguma vez e por que não obteve sucesso, se convive com outros fumantes e se tem o apoio dos familiares para pararem de fumar, e quais são as motivações para terem iniciado o uso e por que querem parar com o vício.

Logo após, o programa antitabagismo será explicado e o teste de Fagerström será aplicado, que irá definir o nível de dependência do paciente. Alguns exames serão requeridos pela médica, sendo eles: raio-x de tórax e eletrocardiograma, e também exames laboratoriais: hemograma, glicemia de jejum, colesterol total e de frações, uréia e creatinina, TGO, TGP, GAMA-GT, TSH e parcial de urina.

Na segunda consulta os exames deverão ser apresentados para análise, e o tratamento medicamentoso será definido pela Dra. Mariana juntamente com a enfermeira Kelly Fernanda. O tratamento escolhido dependerá do histórico do paciente e de seu nível de dependência, cada tratamento será decidido de maneira individual. O Ministério da Saúde oferece, gratuitamente, adesivos transdérmicos para reposição de nicotina com doses de 21mg, 14mg e 7mg, diminuindo gradativamente a dosagem, e Bupropiona, que é um medicamento oral utilizado no suporte de quem está tentando parar de fumar. Em alguns casos atípicos, outras medicações poderão ser requeridas, como ansiolíticos e antidepressivos.

A cada encontro, após o início do tratamento medicamentoso, será conversado sobre as experiências dos pacientes com relação as medicações usadas, se tiveram algum efeito

colateral, e quais são suas expectativas em relação ao tratamento. É importante destacar que a medicação e os adesivos só serão entregues durante as reuniões e apenas em quantidade suficiente para a próxima reunião, para evitar que os pacientes apenas peguem as medicações e não compareçam as reuniões.

Será oferecido para participar do grupo antitabagista pessoas que se demonstrarem interessadas nas consultas médicas e de enfermagem e uma lista de interessados será feita. O limite de participantes será de 15 pessoas, porém se houverem mais interessados, uma lista de espera deverá ser preenchida.

5 Resultados Esperados

Os desfechos esperados com as palestras de prevenção do tabagismo nas escolas envolvem o aumento do conhecimento da população jovem sobre: os riscos do tabagismo ativo e do fumo passivo; os danos do fumo para a saúde pulmonar; a magnitude de doenças e causas de morte em todo o mundo relacionadas ao tabaco, incluindo câncer de pulmão e doenças respiratórias crônicas; as evidências da relação entre o tabagismo e as mortes por tuberculose; as implicações do fumo passivo para a saúde pulmonar em diferentes faixas etárias; a importância de manter a saúde pulmonar para a saúde de todo o organismo, a melhora da qualidade de vida e o aumento da longevidade e as alternativas existentes para atingir o público alvo. As palestras têm como objetivo também dar um maior alerta para os jovens de que eles não precisam experimentar algo que trará tantos malefícios para eles, e se já o fizeram ou fazem, que ainda há tempo de parar. Outro resultado esperado é que se os mesmos não sejam fumantes, mas levem as informações aos seus pais e familiares, para que esses procurem ajuda e parem de fumar, ou ao menos, diminuam a carga tabágica.

Já os desfechos esperados com o Programa Antitabagismo do SUS envolvem o aumento do conhecimento da população sobre os fatores de risco de câncer e sobre todas as implicações que o cigarro trás à saúde, incluindo aos fumantes passivos. Porém o objetivo principal do programa é obter aumento do número de pessoas que conseguem vencer o vício, ou simplesmente diminuir a quantidade de cigarros ao dia. Todavia, se isso não ocorrer, pode-se dizer que ao menos o programa levou ao conhecimento dos tabagistas todas as informações pertinentes ao fumo, e poderá auxiliá-los em uma futura tentativa em parar de fumar.

Referências

- AMB et al. *Evidências Científicas sobre Tabagismo para Subsídio ao Poder Judiciário*. 2013. Disponível em: <<https://www.inca.gov.br/sites/ufu.sti.inca.local/files//media/document//tabagismo-para-subsidio-poder-judiciario.pdf>>. Acesso em: 30 Jun. 2020. Citado na página 19.
- BRASIL. Portaria nº 571, de 5 de abril de 2013. Ministério da Saúde, Brasília, n. 1, 2013. Citado 2 vezes nas páginas 18 e 19.
- BRASIL. Portaria nº 761, de 21 de junho de 2016. Ministério da Saúde, Brasília, n. 1, 2016. Citado na página 22.
- BRASIL, M. da S. et al. fatores de proteção e de risco de câncer. *Glossário temático*, p. 1–62, 2016. Citado na página 13.
- BRASIL, M. da S. et al. *Tabaco e Saúde Pulmonar – Dia Mundial sem Tabaco 2019*. 2020. Disponível em: <<https://www.inca.gov.br/campanhas/dia-mundial-sem-tabaco/2019/tabaco-e-saude-pulmonar>>. Acesso em: 01 Jul. 2020. Citado 2 vezes nas páginas 19 e 21.
- EDUCAÇÃO, P. da. *A origem do fumo e do hábito de fumar*. 2020. Disponível em: <<https://siteantigo.portaleducacao.com.br/conteudo/artigos/farmacia/a-origem-do-fumo-e-do-habito-de-fumar/24390>>. Acesso em: 30 Jun. 2020. Citado 2 vezes nas páginas 13 e 14.
- ESTRANHO, S. A. M. *Qual é a origem do cigarro e do ato de fumar?* 2011. Disponível em: <<https://super.abril.com.br/mundo-estranho/qual-e-a-origem-do-cigarro-e-do-ato-de-fumar/>>. Acesso em: 01 Jul. 2020. Citado na página 14.
- FERREIRA, M. C. et al. Protagonismo dos agentes comunitários de saúde no combate ao tabagismo. *UFPE online*, p. 371–377, 2019. Citado 2 vezes nas páginas 13 e 18.
- GLETTE, G. *OMS aponta para queda de homens fumantes em 2020*. 2020. Disponível em: <<https://www.hypeness.com.br/2020/01/oms-aponta-para-queda-de-homens-fumantes-em-2020/>>. Acesso em: 29 Jun. 2020. Citado 2 vezes nas páginas 15 e 22.
- GUIMARÃES, B. M. Implantação de grupo de combate ao tabagismo na equipe de saúde da família joaquim pedrosa em teófilo otoni - mg. Teófilo Otoni, n. 26, 2019. Curso de Enfermagem, Escola de Enfermagem da Universidade Federal de Minas Gerais. Cap. 1. Citado 2 vezes nas páginas 18 e 22.
- INCA. *Dados e números da prevalência do tabagismo*. 2020. Disponível em: <<https://www.inca.gov.br/observatorio-da-politica-nacional-de-controle-do-tabaco/dados-e-numeros-prevalencia-tabagismo>>. Acesso em: 08 Ago. 2020. Citado 4 vezes nas páginas 14, 15, 16 e 17.
- INCA. *Tabagismo*. 2020. Disponível em: <<https://www.inca.gov.br/tabagismo#6>>. Acesso em: 01 Jul. 2020. Citado na página 13.

JOSÉ, B. P. de S. et al. Mortalidade e incapacidade por doenças relacionadas à exposição ao tabaco no Brasil, 1990 a 2015. *Revista Brasileira de Epidemiologia*, p. 75–89, 2017. Citado 2 vezes nas páginas 19 e 20.

MAGNUS, M. C. et al. Grandmother's smoking when pregnant with the mother and asthma in the grandchild: The Norwegian mother and child cohort study. *Thorax*, p. 237–243, 2015. Citado na página 20.

MS, M. da S. et al. *Resolução da Diretoria Colegiada - RDC n.º 46, de 28 de agosto de 2009*. 2009. Disponível em: <http://portal.anvisa.gov.br/documents/10181/2718376/RDC_46_2009_COMP.pdf>. Acesso em: 30 Jun. 2020. Citado na página 13.

MÜLLER, E. V. et al. Fatores associados ao tabagismo em usuários da estratégia Saúde da Família. *Cogitare Enfermagem*, p. 1–10, 2017. Citado na página 22.

PINTO, M. et al. Carga do tabagismo no Brasil e benefício potencial do aumento de impostos sobre os cigarros para a economia e para a redução de mortes e adoecimento. *Cadernos de Saúde Pública*, p. 1–10, 2019. Citado na página 22.

PORTES, L. H. et al. Ações voltadas para o tabagismo: análise de sua implementação na atenção primária à saúde. *Ciência e Saúde Coletiva*, p. 439–448, 2014. Citado na página 18.

SAÚDE, A. P. da. *OMS prevê queda inédita do número de homens fumantes no mundo*. 2019. Disponível em: <<https://actbr.org.br/post/oms-preve-queda-inedita-do-numero-de-homens-fumantes-no-mundo/18232/>>. Acesso em: 30 Jun. 2020. Citado na página 15.

SAÚDE, M. da et al. *Manual Deixando de Fumar Sem Mistérios*. Rio de Janeiro: Master Publicidade S.A., 2007. Citado 2 vezes nas páginas 18 e 21.

SAÚDE, B. M. D. et al. *Inquérito Domiciliar sobre Comportamentos de Risco e Morbidade Referida de Doenças e Agravos Não Transmissíveis*. Rio de Janeiro: Gráfica Esdeva, 2004. Citado 2 vezes nas páginas 19 e 21.

SILVA, L. C. C. da et al. Controle do tabagismo: desafios e conquistas. *Jornal Brasileiro de Pneumologia*, p. 290–298, 2016. Citado 4 vezes nas páginas 19, 20, 21 e 23.

WHO, W. H. O. et al. *The top 10 causes of death*. 2018. Disponível em: <<http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs310/en/index.html>>. Acesso em: 29 Jun. 2020. Citado na página 19.