

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

**LEANDRO GIL DOS SANTOS MELLO**

**O IMPACTO DO GRUPO ANTITABAGISMO NA REDUÇÃO DO NÚMERO DE  
FUMANTES ASSISTIDOS PELA UBS HAMILTON MELLO NO MUNICÍPIO DE  
RIO PRETO-MG**

**JUIZ DE FORA / MG**  
**2016**

**LEANDRO GIL DOS SANTOS MELLO**

**O IMPACTO DO GRUPO ANTITABAGISMO NA REDUÇÃO DO NÚMERO DE  
FUMANTES ASSISTIDOS PELA UBS HAMILTON MELLO NO MUNICÍPIO DE  
RIO PRETO-MG**

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado à Universidade Federal de Minas Gerais, no Curso de Especialização em Estratégia de Saúde da Família, como requisito parcial para obtenção do grau de especialista em Atenção Básica em Saúde da Família.

**Orientador:** Prof. Bruno Leonardo de Castro Sena

**JUIZ DE FORA / MG**

**2016**

**LEANDRO GIL DOS SANTOS MELLO**

**O IMPACTO DO GRUPO ANTITABAGISMO NA REDUÇÃO DO NÚMERO DE FUMANTES ASSISTIDOS PELA UBS HAMILTON MELLO NO MUNICÍPIO DE RIO PRETO-MG**

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado à Universidade Federal de Minas Gerais, no Curso de Especialização em Estratégia de Saúde da Família, como requisito parcial para obtenção do grau de especialista em Atenção Básica em Saúde da Família.

**Orientador:** Prof. Bruno Leonardo de Castro Sena

**Banca Examinadora:**

\_\_\_\_\_  
Prof. Bruno Leonardo de Castro Sena - UFMG

\_\_\_\_\_  
Prof. ....

Aprovado em: \_\_\_\_/\_\_\_\_/2016.

**JUIZ DE FORA / MG**

**2016**

## **AGRADECIMENTOS**

Agradeço, primeiramente, à Deus pela força nos momentos de dificuldade.

Aos meus pais, Manoel e Maria Lúcia pelo apoio e carinho.

À minha namorada Carolina e meu filho Guilherme pelo amor incondicional, e com isso contribuindo, significativamente, para essa conquista.

À todos do curso de especialização o meu muito obrigado pela dedicação e ensinamentos ao longo desse ano.

## **DEDICATÓRIA**

Dedico este trabalho à Deus, minha família e amigos, que sempre me apoiaram e foram fundamentais para conseguir essa grande conquista.

À vocês, a minha sincera gratidão.

“O sucesso é o resultado da incansável atenção  
a um propósito objetivo”.

*Disraeli*

## RESUMO

O hábito de fumar antes disseminado como ato de prazer, tornou-se questão de Saúde Pública. Apesar de serem amplamente conhecidos os prejuízos do fumo à saúde, o mesmo persiste como uma das principais causas evitáveis de morte no mundo. O Programa Nacional de Controle de Tabaco (PNCT) tem o intuito de reduzir a prevalência de fumantes e a morbimortalidade das doenças tabaco relacionadas, pautado em diversas estratégias, como a promoção e apoio à cessação de fumar. O trabalho tem como objetivo elaborar um plano de ação para prevenção e redução da prevalência de fumantes e a consequente morbimortalidade relacionada ao consumo de derivados do tabaco na população assistida pela ESF Hamilton de Mello no município de Rio Preto/MG. A partir da realização do diagnóstico de estimativa rápida, em 2014, foram levantados alguns problemas na Unidade Básica de Saúde (UBS) Hamilton Mello em Rio Preto, com priorização da alta prevalência de fumantes local. Diante deste quadro, foi elaborado um plano de ação, como modelo piloto, nesta UBS, com o objetivo de reduzir o número de fumantes e melhorar a qualidade de vida dos mesmos com a formação de um grupo antitabagismo. Para o embasamento teórico do plano de ação foram resgatados artigos em bases de registro de bibliografias eletrônicas Literatura Latino Americana e do Caribe em Ciências da Saúde (LILACS), *Medical Literature Analysis and Retrieval System Online* (MEDLINE), e Biblioteca digital *Scientific Eletronic Library On-line* (SciELO), no período de 2004 a 2014. Para tal pesquisa foram utilizados os seguintes descritores: Tabagismo; Estratégia Saúde da Família; Saúde Pública; Educação Continuada, Atenção Primária à Saúde, para fundamentação teórica. Para a elaboração do plano de intervenção foi escolhido o método do Planejamento Estratégico Situacional (PES). A implantação do Grupo Antitabagismo é uma medida eficaz na diminuição do número de usuários crônicos do tabaco, possibilita uma abordagem coletiva, e concomitantemente valoriza as necessidades individuais, além de facilitar a observação dos pontos favorecedores ao abandono do tratamento. Constitui uma intervenção que frisa o papel da Atenção Primária dentro da Saúde Pública ao promover ações antifumo de acordo com medidas do PNCT.

**Descritores :** ‘Tabagismo’ ; ‘Estratégia Saúde da Família’ ; ‘Saúde Pública’; ‘Educação Continuada’ e ‘Atenção Primária à Saúde’.

## ABSTRACT

Smoking before widespread as an act of pleasure, it has become a matter of public health. Despite being widely known the harm of smoking to health, it remains one of the leading preventable causes of death worldwide. The National Programme for Tobacco Control (NPTC) aims to reduce the prevalence of smoking and tobacco-related morbidity and mortality of the disease, based on various strategies, such as promoting and supporting smoking cessation. The study aims to develop a plan of action to prevent and reduce the prevalence of smoking and the consequent morbidity and mortality related to tobacco consumption in the population assisted by Hamilton FHT de Mello in the city of Rio Preto / MG. From the completion of the diagnostic flash estimate, in 2014, problems have been reported in the Basic Health Unit (BHU) Hamilton Mello in Rio Preto, with prioritization of high local prevalence of smoking. Given this situation, we designed a plan of action, as a pilot model in this UBS, with the aim of reducing the number of smokers and improve the quality of life of those with the formation of an anti-smoking group. For the theoretical basis of the action plan were rescued articles in electronic bibliographies registration bases Latino Literature American and Caribbean Health Sciences (LILACS), Medical Literature Analysis and Retrieval System Online (MEDLINE), and Digital Library Scientific Electronic Library Online -line (SciELO), from 2004 to 2014. for this period the following search terms were used: Smoking; Health Strategy; Public health; Continuing Education, Primary Health Care, for theoretical reasons. For the preparation of the action plan was chosen the method of Situational Strategic Planning (PES). The implementation of the Anti-Smoking Group is an effective measure to decrease the number of chronic tobacco users, enables a collective approach, while also values individual needs and facilitates the observation of the points favoring the abandonment of treatment. It is an intervention that emphasizes the role of primary care in Public Health to promote anti-smoking actions according to NTCP measures.

**Keywords:** ‘Smoking’; ‘Family Health Strategy’; ‘Public Health’; ‘Education’, ‘Continuing’ ; ‘Primary Health Care’.

## LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

<b>ANVISA</b>	Agência Nacional de Vigilância Sanitária
<b>CAPS</b>	Centros de Assistência Psicossocial
<b>CFM</b>	Conselho Federal de Medicina
<b>CIT</b>	Comissão Intergestores Tripartite
<b>CNI</b>	Confederação Nacional da Indústria
<b>ESF</b>	Estratégia Saúde da Família
<b>IBGE</b>	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
<b>INCA</b>	Instituto Nacional do Câncer
<b>MS</b>	Ministério da Saúde
<b>OMS</b>	Organização Mundial da Saúde
<b>PNCC</b>	Política Nacional de Controle do Câncer
<b>PNCT</b>	Programa Nacional de Controle do Tabagismo
<b>SAMU</b>	Sistema de Atendimento Móvel de Urgência
<b>STF</b>	Supremo Tribunal Federal
<b>SUS</b>	Sistema Único de Saúde
<b>UBS</b>	Unidade Básica de Saúde

## QUADRO DE ILUSTRAÇÕES

<b>GRÁFICO (1):</b> principais causas de mortes e relação com o tabagismo.....	19
<b>GRÁFICO (2):</b> Porcentagem de fumantes no Brasil de 2006 a 2014.....	20
<b>GRÁFICO (3):</b> Porcentagem de fumantes por diferenciação de sexo.....	20
<b>GRÁFICO (4):</b> Percentual de fumantes por tipo de produto no Brasil.....	24
<b>QUADRO 1:</b> Priorização dos problemas pela ESF Hamilton Mello.....	35
<b>TABELA 01:</b> Operações sobre a prática do “tabagismo” .....	37

## SUMÁRIO

<b>1 INTRODUÇÃO.....</b>	11
<b>2 JUSTIFICATIVA.....</b>	14
<b>3 OBJETIVOS.....</b>	16
3.1 Objetivo Geral.....	16
<b>4 METODOLOGIA.....</b>	17
<b>5 REVISÃO DE LITERATURA.....</b>	18
5.1 Tabagismo.....	18
5.2 Controle do tabagismo no Brasil.....	22
5.3 Programa Nacional de Controle do Tabagismo.....	24
5.4 Parcerias com a sociedade civil.....	29
5.5 Ações do PNCT.....	30
<b>6 PLANO DE INTERVENÇÃO.....</b>	34
6.1 Definindo o problema.....	34
6.2 Priorizando o problema.....	34
6.3 Como o problema foi identificado.....	35
6.4 Descrição e explicação do problema.....	35
6.5 Nós Críticos.....	36
6.6 Desenho das operações.....	37
6.7 Projeto Piloto.....	38
<b>7 CONSIDERAÇÕES FINAIS.....</b>	39
<b>REFERÊNCIAS.....</b>	41

---

## 1 INTRODUÇÃO

O tabagismo é um dos mais admiráveis enigmas da saúde pública, peculiar da espécie humana. Mesmo 40 anos incididos, desde o primeiro documento governamental, *Surgeon General Report*, sobre os danos causados pelo fumo à saúde, o mesmo, prossegue como uma das causas fundamentais preveníveis de morte mundial (ARAÚJO *et al.*, 2004).

A Organização Mundial da Saúde (OMS) estima que, um terço da população mundial adulta, ou seja, 1 bilhão e 200 milhões de pessoas sejam fumantes. Pesquisas corroboram que 47% da população masculina e 12% da população feminina mundiais fumam. Mas, nos países em desenvolvimento os fumantes compõem 48% da população masculina e 7% da população feminina e nos países desenvolvidos, a participação feminina mais do que triplica: 42% dos homens e 24% das mulheres são fumantes (OMS, 2016).

A OMS assegura que, o tabagismo deve ser estimado como uma pandemia, pois, morrem cinco milhões de pessoas anualmente, pela implicação das doenças provocadas pelo tabaco; o que corresponde a mais de 10 mil mortes diárias. Caso as atuais disposições de extensão do sua ingestão sejam sustentadas, esses números crescerão para 10 milhões de mortes anuais no ano de 2030, sendo metade delas em indivíduos de idade produtiva, entre 35 e 69 anos (OMS, 2016).

Os riscos para a saúde provenientes do consumo de tabaco resultam não só de seu consumo direto, mas da exposição à fumaça. Quase 6 milhões de pessoas falecem pelo consumo de tabaco e de sua exposição anualmente, Destas mortes, pouco mais de 600.000 são atribuídas à exposição de fumaça entre os não fumantes. (OMS, 2016)

Em 2020, mortes anuais pautadas no tabaco devem crescer para 7,5 milhões, simulando 10% de todas as mortes anuais. Afere-se que o hábito de fumar origine 71% das mortes por câncer de pulmão, 42% das doenças respiratórias crônicas e 10% das doenças cardiovasculares, é um enorme fator de risco para doenças transmissíveis, como a tuberculose e infecções respiratórias (AKRODOU, 2015).

O cigarro mata mais que a soma de outras causas evitáveis de morte como a cocaína, heroína, álcool, incêndios, suicídios e AIDS, nos países desenvolvidos. Não se pode esquecer que, 2/3 da população está em países pobres e, nesses, a fome e a desnutrição são a principal causa de morte evitável (ARAÚJO *et al.*, 2004).

A cidade de Rio Preto/MG é um município da microrregião de Juiz de Fora, com população estimada de 5.517 habitantes, segundo dados do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística- IBGE (2011). Sua localização é limítrofe ao Estado do Rio de Janeiro, através da

proximidade com a cidade de Valença, de onde parte o principal acesso e afluxo de pessoas ao município.

A área do município corresponde a 348, 046 Km<sup>2</sup> de área, com uma densidade populacional de 15 hab/km<sup>2</sup>. Os municípios que fazem divisa com Rio Preto são: Valença, Lima Duarte, Santa Rita de Jacutinga, Santa Bárbara do Monte Verde e Olaria (IBGE, 2011).

A população masculina representa 2.671, enquanto a população feminina é de 2.621 habitantes, isto é, a população é composta de 49.53% de mulheres e 50.47% de homens. Aproximadamente 4382 pessoas são alfabetizadas, o que corresponde à maioria da população (IBGE, 2011).

A principal atividade socioeconômica de Rio Preto é a agropecuária. O índice de desenvolvimento Humano (IDH) foi de 0,679 o que é considerada uma faixa média de desenvolvimento (IBGE, 2011).

Cerca de 90% da população do município é completamente dependente do SUS. Este município conta atualmente com 02 unidades da Estratégia de Saúde da Família (ESF), e as constituições das equipes são as mínimas exigidas pelo Ministério da Saúde, compostas por um médico, um enfermeiro, um auxiliar de enfermagem e sete agentes comunitários de saúde.

Existe, também, uma equipe de saúde bucal e equipes multidisciplinares, compostas por psicólogo, farmacêutico, fisioterapeuta, assistente social. Além da USF, existe um ginecologista e um pediatra, a Santa Casa de Misericórdia de Rio Preto é responsável pelo atendimento de urgência e emergência, a referência para alta e média complexidade é a cidade de Juiz de Fora.

A USF está situada no centro da cidade de Rio Preto/MG. O prédio próprio tem área adequada e um bom espaço físico. Existe sala improvisada para reuniões, recepção com quantidade de cadeiras suficientes para a demanda, uma sala para consulta médica, uma para consulta de enfermagem, pré-consulta, almoxarifado, farmácia, sala de curativo, sala para vacinas, sala dos agentes de saúde, sala de expurgo e de esterilização.

A cidade também conta com a Farmácia Popular e uma rede do Sistema de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU). Não há espaço físico para o Centro de Atenção Psicossocial (CAPS), mas os pacientes podem ser referenciados para a cidade vizinha de Matias Barbosa.

Os moradores do município possuem hábitos semelhantes e usam a linguagem simples e de fácil execução. Os usuários cadastrados são atendidos por demanda programada e espontânea, contemplando, principalmente os ciclos de vida preconizados pelo Ministério da

Saúde: criança, adolescente, saúde da mulher, saúde do adulto (diabetes melitus e hipertensão arterial) e idosos. Realiza-se também, visitas domiciliares, que atendem pessoas de 04 bairros afastados da unidade sede, pela impossibilitadas e distância ou por problemas de saúde que restringem sua locomoção.

Na unidade foi realizado um diagnóstico metodológico de estimativa rápida, com a participação da equipe e usuários. Os problemas levantados foram: falta de recursos; dificuldades no sistema de referência e contra referência; risco cardiovascular aumentado; tabagismo, etilismo, depressão com uso de medicamento psicotrópico acentuado. Entretanto, de todos os problemas elencados, a alta prevalência do tabagismo na população adscrita na unidade básica, pois o tabagismo inclui diversas faixas etárias, desde jovens a idosos, que possuem de modo superficial e mal consolidado informações sobre os malefícios deste ato. Contando inclusive, com um mecanismo de propagação poderoso que é a própria família, cuja percepção irreal sobre o fumo contribui por disseminar o hábito.

Diante da realidade vivenciada no município, o Projeto de Intervenção propõe a implantação de um grupo antitabagismo, na própria UBS, para contribuição na diminuição do número de fumantes no município, reduzindo assim, as comorbidades relacionadas ao tabaco e melhorando a qualidade de vida da população.

## 2 JUSTIFICATIVA

O trabalho se justifica, por ser o tabagismo um problema de saúde pública mundial, afetando a vida de fumantes ativos e passivos e concorrendo para a poluição ambiental. Cerca de 4 milhões de pessoas morrem anualmente pela relação fumar-doenças. Se não forem tomadas medidas adequadas, de 2020 o tabagismo corresponderá a 10 milhões mortes / ano e parte dessas mortes, 7 milhões, ocorrerão nos países em desenvolvimento (WHO, 2016)

Embora a ciência tenha demonstrado de forma inequívoca os graves prejuízos provenientes do tabagismo, seu uso continua aumentando globalmente, à custa do crescimento de seu consumo em países em desenvolvimento.

O Brasil mesmo sendo o segundo maior produtor mundial de tabaco e o maior exportador de tabaco em folhas, tem conseguido escapar dessa tendência. O Ministério da Saúde, por meio do Instituto Nacional de Câncer, articula ações de natureza intersetorial e de abrangência nacional, junto a outros órgãos governamentais, com a parceria das Secretarias estaduais e municipais de Saúde e de vários setores da sociedade civil organizada. (AKRODOU, 2015)

No Brasil o número de consumidores do tabaco está diminuindo. A Pesquisa Nacional da Saúde (PNS), realizada pelo Ministério da Saúde em parceria com o Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE) mostra que o índice de pessoas que consomem produtos derivados do tabaco é 20,5% menor que o registrado a cinco anos atrás. Em 2008, do total de adultos entrevistados 18,5% afirmavam fumar. Já em 2013 esse índice era de 14,7%, conforme a Pesquisa Especial de Tabagismo do IBGE (BRASIL, 2015a).

Apesar das diversas tentativas para a diminuição da quantidade de fumantes nos últimos anos, o tabagismo continua sendo um extenso problema de saúde pública. Além de danificar a saúde física e mental do indivíduo, danifica também a economia do país e a qualidade do meio ambiente (MOREIRA, 2015).

Justifica-se ainda o trabalho, pela alta prevalência de tabagistas entre a população em Rio Preto/MG, além dos inúmeros malefícios causados pelo hábito de fumar, com ênfase na dependência, neoplasias, doenças cardiovasculares e respiratórias e redução da qualidade de vida, pois, além dos altos níveis de toxicidade encontrados na nicotina, deve-se analisar que sua introdução no organismo ocorre junto com milhares de substâncias tóxicas, das quais 2.500 dessas substâncias são lesivas ao organismo (GUIMARÃES JÚNIOR, 2014).

Por estes motivos, é necessária a criação de um grupo de apoio antitabaco municipal, por sua relevância e cunho médico e social justificando-se, de modo a impulsionar um plano

de intervenção focado neste problema de saúde local.

### **3 OBJETIVOS**

#### **3.1 Objetivo Geral**

Elaborar um plano de ação para prevenção e redução da prevalência de fumantes e a consequente morbimortalidade relacionada ao consumo de derivados do tabaco na população assistida pela ESF Hamilton de Mello no município de Rio Preto/MG.

## 4 METODOLOGIA

A metodologia utilizada para a feitura do projeto de intervenção, como modelo piloto, na Unidade Básica Hamilton de Mello, foi o método de Planejamento Estratégico Situacional embasado no produto do diagnóstico de estimativa realizado na própria unidade.

Este diagnóstico foi realizado no ano de 2014, com participação da equipe, usuários, além dos representantes da comunidade. O diagnóstico de estimativa rápida foi finalizado em 2014 e revisado em 2015. O instrumento norteador do Projeto se embasará nas orientações do módulo de planejamento e avaliação das ações de saúde. (CAMPOS *et al.*, 2010)

Para a fundamentação teórica do trabalho foi concretizada busca bibliográfica nos periódicos científicos editados na linha temporal do período de 2004 a 2016, com vista no levantamento sobre o tema, nas bases de registros bibliográficos eletrônicos, como: a Literatura Latino Americana e do Caribe em Ciências da Saúde (LILACS), *Medical Literature Analysis and Retrieval System Online* (MEDLINE), e Biblioteca digital Scientific Eletronic Library On-line (SciELO), e Programas do Ministério da Saúde, Secretaria Estadual de Saúde, Leis, Portarias e Decretos e sites dos Conselhos de Saúde.

Foram examinados textos dos módulos da Biblioteca Virtual do CEABSF do Curso de Pós Graduação Especialização em Atenção Básica em Saúde da Família para auxiliar ações de implementação do projeto. Foram escolhidos para a busca os seguintes descritores: Tabagismo; Estratégia Saúde da Família; Saúde Pública; Educação Continuada, Atenção Primária à Saúde.

Para o desenvolvimento do plano de ação se utilizará a concepção e disposição do Grupo Antitabagismo, composto por 20 usuários na própria sede do posto de saúde, com o desenvolvimento de encontros coletivos semanais para discussão acerca do tema, e, individuais para abordagem específica de acordo com o perfil e necessidade de cada participante.

## 5 REVISÃO DE LITERATURA

### 5.1 Tabagismo

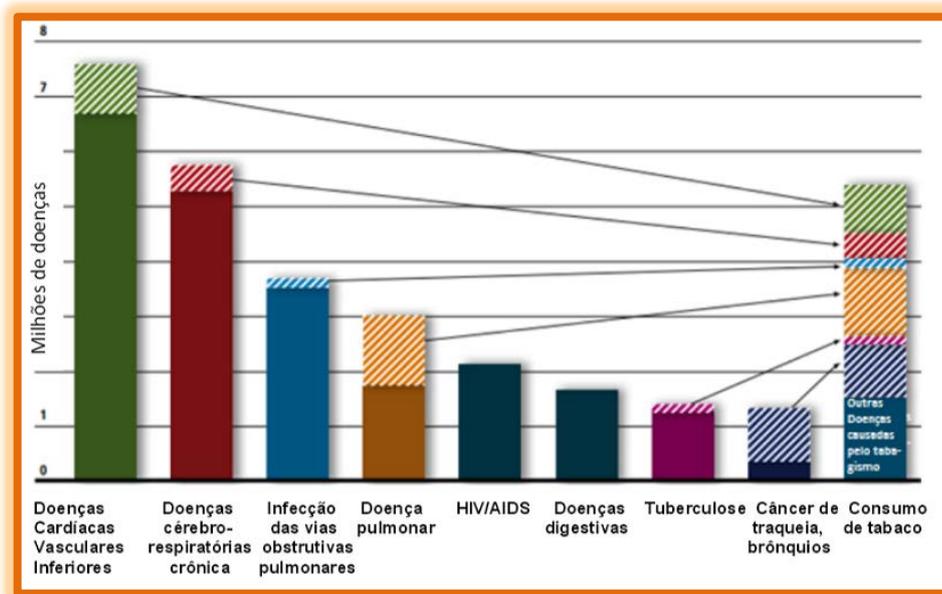
O tabagismo até o séc. XX era considerado um costume entre as gerações, socialmente benquisto e estimado como monumento ao status na sociedade. Mas, no final do século XX, ocorreu uma transformação na sociedade sobre o consumo do tabaco, sendo então estimado como uma atitude lesiva à saúde. Assim, os órgãos de saúde geraram políticas mundiais e os governos passaram a ter mais controle do consumo do cigarro (OLIVEIRA; SANTOS; FUREGATO, 2014).

Após os anos 80 a nicotina foi considerada como droga pela Classificação Internacional de Doenças (CID), pois causa dependência em seus consumidores. Nos anos 90 houve assiduidade ao combate do consumo do tabaco, aproveitando-se a informação sobre os malefícios do tabagismo para realização da prevenção e interrupção do uso do mesmo (MOREIRA, 2015).

Devido à composição química do tabaco não existem limites seguros de exposição aos seres humanos, pois nele são encontrados altos níveis de nicotina, substâncias tóxicas e cancerígenas (WHO, 2009). O tabagismo é devido à dependência da nicotina e estabelece um problema para a saúde pública. Estimado como um dos principais fatores de risco evitável à saúde (IBGE, 2014), originando cinquenta tipos de enfermidades. Na Décima Revisão da Classificação Internacional de Doenças (CID-10), o tabagismo está incluso no grupo dos transtornos mentais e de comportamentos decorrentes do uso de substâncias psicoativas.

Um estudo realizado pela Fundação Oswaldo Cruz expõe que as políticas ampliadas para o controle de uso do tabaco nos anos de 1989 até 2008, diminuíram seu consumo em 50%. (BRASIL, 2013). O tabaco é uma droga lícita responsável pela morte de grande quantidade de seus usuários, sendo um problema de saúde pública. Seu consumo desencadeia a morte de seis milhões de pessoas anualmente, além dos malefícios e mortes devido ao fumo passivo. (WHO, 2015)

Atualmente o tabagismo mata mais de cinco milhões de pessoas anualmente, e se não forem atingidas medidas preventivas estima-se que até 2030 será responsável por matar mais de oito milhões de fumantes, mais do que a HIV, tuberculose e malária juntos. A maioria dessas mortes provavelmente ocorrerá em países de média e baixa renda. O consumo do tabaco é comum em todo o mundo devido às fortes estratégias de marketing, baixos impostos e falta de políticas públicas de consumo (WHO, 2015).

**Gráfico (1):** Principais causas de mortes e relação com o tabagismo

**Legenda:** As áreas listradas indicam a proporção de doenças relacionadas ao tabagismo e estão coloridas de acordo com a coluna correspondente à causa de mortalidade.

**Fonte:** WHO (2008).

No Brasil ocorrem cerca de 200 mil mortes anuais reguladas pelo uso de cigarros. Os gastos brasileiros com o tabagismo extrapolam 330 milhões de reais ao ano. A dependência do tabaco é a causa principal de morte passível de precaução nos países ocidentais, criando um problema de saúde pública (FOCCHI; SILVA; SCIVOLETTO, 2011).

O Ministério da Saúde promoveu um inquérito, em que anualmente é realizada a Vigilância de Fatores de Risco e Proteção para Doenças Crônicas por Inquérito Telefônico (VIGITEL). Um dos levantamentos é relacionado ao tabagismo no Brasil. Segundo os dados desde 2006 até 2014 existe um arrefecimento na constância de fumantes de 28% nesses anos (BRASIL, 2015b).

Em 2011 existiam cerca de 1,3 bilhão de fumantes no mundo. Estima-se que a metade deles, se continuarem fumando, irá morrer prematuramente devido às doenças cardiovasculares, câncer ou doenças envolvidas no sistema respiratório. A expectativa de vida dos fumantes é em média 25% menor que a dos indivíduos que nunca fumaram (FOCCHI; SILVA; SCIVOLETTO, 2011).

Apesar de 70% dos fumantes terem empenho de parar, a cada ano somente 1% obtêm sucesso. A cessação definitiva do tabagismo ocorre somente, após várias tentativas e recaídas, sendo comum em todos os contextos sociais (CHATKIN, 2006).

O início do consumo é em média aos 15 anos, por isso é avaliada como doença pediátrica, seu tratamento segue a rotina da hipertensão ou diabetes, sendo uma doença crônica que precisa de tratamento e acompanhamento diário (INCA, 2007).

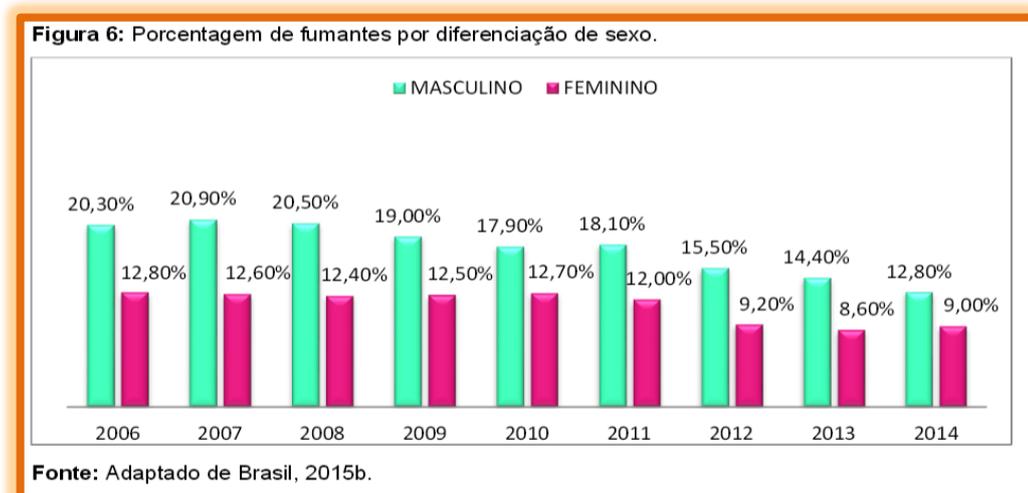
**Gráfico (2):** Porcentagem de fumantes no Brasil de 2006 a 2014



Fonte: Brasil (2015 b).

Öberg *et al.* (2011) realizaram um estudo em 192 países, concluindo que a exposição ao fumo ambiental foi culpado pela morte de 603.000 indivíduos, importando em 1,0% das mortes mundiais. Sendo que 47% das mortes foram mulheres, 28% crianças e 26% homens, todos fumantes passivos. O tabagismo é responsável por 45% de todas as mortes originadas das neoplasias malignas (REIS; FORTES, 2012). O número de homens fumantes sempre foi maior que a quantidade de mulheres fumantes (Figura 3) conforme os dados da pesquisa (BRASIL, 2015b).

**Gráfico (3):** Porcentagem de fumantes por diferenciação de sexo



Fonte: Brasil (2015 b).

Atualmente, ainda morrem no país 200.000 pessoas anualmente em consequência dos efeitos morosos da extensão do consumo de tabaco; encetado nas décadas de 50 e 60 do século passado, chegando ao auge na década de 70. O câncer de pulmão é o que mais mata homens no Brasil, e a segunda causa de morte por câncer entre as mulheres. As taxas de mortalidade por câncer de pulmão aumentam em maior velocidade nas mulheres do que nos homens (INCA, 2009).

## 5.2 Controle do Tabagismo no Brasil

Em relação ao controle ao tabagismo, um dos passos iniciais foi dado pelos legisladores brasileiros criando a Lei Federal nº 9.782, de 26 de janeiro de 1999, para a regulamentação do controle e fiscalização dos derivados de tabaco no país e entre as atribuições da ANVISA. A partir dessa iniciativa foi possível regular os produtos de tabaco e alcançar de diferentes avanços legislativos nessa área, a saber, segundo Brasil (1999):

- Limites máximos aos teores de alcatrão, nicotina e monóxido de carbono, que devem ser, respectivamente, 10 mg, 1 mg e 10 mg para cigarros comercializados no Brasil;
- Proibição do uso de descritores de produtos como *light*, *ultralight*, suave, baixos teores ou outros descritores que transmitam para o consumidor uma falsa ideia de que existem produtos menos nocivos que outros;
- Obrigatoriedade da inserção, em uma das laterais das embalagens de produtos de tabaco, da seguinte frase: “Este produto contém mais de 4.700 substâncias tóxicas e nicotina que causa dependência física ou psíquica. Não existem níveis seguros para consumo dessas substâncias”.
- Registrar e apresentar relatórios anuais sobre os produtos que comercializam no Brasil acompanhados de informações sobre vendas e características físico-químicas dos mesmos.
- Cada empresa deverá pagar uma taxa de cadastro à ANVISA, no valor de R\$ 100.000,00 (cem mil reais) anualmente, para cada marca comercializada no Brasil.

O objetivo dessa lei é o financiamento da criação de um banco de dados para armazenagem das informações que as transnacionais de tabaco são obrigadas a dar, a construção de um laboratório permitindo as análises para a fiscalização do cumprimento das medidas acima e o financiamento de sobre os efeitos da dependência da nicotina (BRASIL, 2004).

O Ministério da Saúde, por meio da ANVISA, proibiu a divulgação de número nome de cores associadas a nomes de marcas. Essa medida teve como objetivo neutralizar as estratégias de companhias de tabaco, que depois da proibição da utilização dos descritores *lights* e similares, passaram a utilizar cores ou números associados ao nome de marcas, por exemplo: *Blue, One* (BRASIL, 2004).

Com a edição da Lei 12.546, de 14/12/2011, se tornou proibido todo tipo de propaganda de qualquer produto fumígeno, proveniente do tabaco ou não, em todo o território nacional, sendo aceito unicamente a exibição dos produtos nos locais de comércio (PASQUALOTTO, 2014).

A proibição da propaganda do tabaco é uma medida distinta como dinâmica para redução de seu consumo e se encontra em vigor no Brasil desde dezembro de 2000. Mas, a indústria do tabaco, por meio da Confederação Nacional da Indústria (CNI), arguiu sua inconstitucionalidade, através de uma Ação Direta de Inconstitucionalidade perante o Supremo Tribunal Federal (STF) (CAMPOS *et al.*, 2010).

O banimento de propagandas e atividades de promoção de produtos do tabaco, tanto diretas como indiretas, tem a função de amortizar as incitações para a introdução, sobretudo, entre jovens, e desconstruir todo o procedimento volvido para a aceitação social positiva do tabagismo (INCA, 2009).

O último despacho exarado pelo Relator do processo, o Ministro Luiz Roberto Barroso, pertencente à Turma do STF, na Ação Direta de Inconstitucionalidade (ADI) 33.11 data de 10/11/2015, *in verbis*:

**Supremo Tribunal Federal**

**ADI 3311 / DF**

**DESPACHO:**

Declaro minha suspeição, nos termos do art. 135, parágrafo único, do Código de Processo Civil, e do art. 277, *caput*, do RI/STF. À Presidência, para redistribuição.

Publique-se.

Brasília, 5 de novembro de 2015.

Relator: Ministro Luís Roberto Barroso

(ADI, 33.11, STF, DJE nº 223, 10/11/2015)

Pelo despacho, o Ministro Luiz Roberto Barroso declarou-se suspeito, ou seja, se fizer parte desse julgamento sua decisão será suspeita por motivos de “*foro íntimo*”. Apesar da incerteza da decisão sobre ADI 33.11, pois, praticamente o processamento da ação reiniciará.

Mesmo com todo o conhecimento científico aglomerado sobre os danos gerados pelo tabagismo, sua propaganda continua sendo ilegal, pois, com o alto índice de fumantes entre

crianças e adolescentes, pode-se invocar, em prol da constitucionalidade, entre as restrições à propaganda comercial de cigarros, o dever que têm a família, a sociedade e o Estado de lhes assegurar, com absoluta prioridade, o direito à vida, à saúde, à educação, ao lazer, à dignidade, ao respeito, à liberdade, além de colocá-los a salvo de toda forma de negligência, exploração e opressão, nos termos do art. 227, *caput*, da Constituição da República Federativa do Brasil (BRASIL, 2015).

Por todas essas considerações, é inegável que o conflito aparente entre os direitos fundamentais resolva-se em prol dos direitos do consumidor, enquanto direitos fundamentais projetados a partir da dignidade da pessoa humana, ou seja, os condicionamentos impostos pelas normas hostilizadas à publicidade de produtos fumíferos são plenamente conforme a Constituição da República (BRASIL, 2015)

Entrou em vigor no dia 03/12/2014 em todo o país, a chamada Lei Antifumo (Lei 12.546), que proíbe o ato de fumar cigarrilhas, charutos, cachimbos, narguilés e outros produtos em locais de uso coletivo, públicos ou privados, como *halls* e corredores de condomínios, restaurantes e clubes – mesmo que o ambiente esteja parcialmente fechado por uma parede, divisória, teto ou toldo (BRASIL, 2014).

Em caso de desrespeito à norma, os estabelecimentos comerciais podem ser multados e até perder a licença de funcionamento. A estimativa é que as novas regras influenciem os hábitos de 11% da população brasileira, composta por fumantes (BRASIL, 2014).

Os dispêndios gerados pelo tabagismo são altos. Devido às doenças que ele provoca, aumentam-se os gastos que o governo poderá ter com os cuidados de saúde e com a redução da produtividade desses indivíduos (BRASIL, 2015).

Atualmente existem várias políticas que objetivam reduzir os custos econômicos e reduzir o número de fumantes. Tais políticas determinam o aumento dos impostos sobre o tabaco, proibição de fumar em locais públicos, dificultam o comércio e propaganda, diminuindo seu consumo. Logo, existe a redução da incidência das doenças relacionadas ao tabaco aumentando o desenvolvimento econômico do país (WHO, 2015).

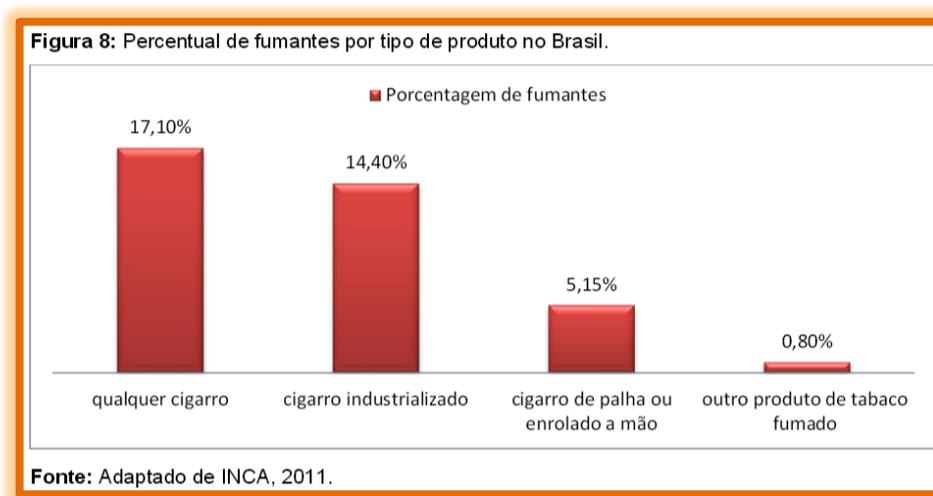
A queda no consumo anual *per capita* de cigarros, mostra uma diminuição da prevalência de fumantes no Brasil e a evidência de que o fumante brasileiro é um dos mais motivados a deixar de fumar, existindo um grau elevado acordado entre a população sobre os riscos do tabagismo e do tabagismo passivo são dados que demonstram que a política de controle do tabagismo no Brasil acha-se no caminho certo (BRASIL, 2013).

O consumo do tabaco é realizado de diversas formas, desde o começo de sua propagação mundial. Ao longo do tempo foram ampliadas novas formas como, nargilé,

cigarros eletrônicos, mas, a principal forma de consumo é o uso de cigarro, principalmente industrializado (INCA 2011).

O fácil acesso e o preço baixo são fatores potencializadores da introdução aos fumantes, que é agravado pelo mercado ilegal de cigarros, que corresponde a 35% do consumo nacional, implantando no mercado brasileiro cigarros ainda mais baratos que os legais (CAMPOS *et al.*, 2010).

**Gráfico (4):** Percentual de fumantes por tipo de produto no Brasil



**Legenda:** INCA (2011).

O arrefecimento do tabagismo é uma decorrência das ações ampliadas pelo governo federal no combate ao consumo do tabaco. Os principais pretextos para essa diminuição no consumo do tabaco são: o aumento no preço dos cigarros; a proibição de fumar em ambientes públicos e a proibição das propagandas incluem positivamente o cigarro (BRASIL, 2015).

Mesmo a legislação brasileira para controle do tabaco sendo uma das mais intensas no mundo, ela é alvo de constantes desafios, pois tem cooperado para progressos como a redução no consumo nacional ao longo dos últimos 15 anos (BRASIL, 2015).

Por conseguinte, sua legalidade é produto de um erro histórico, que comina aos governos, um importante dilema: proibir ou não o uso do tabaco. A história indica que ações volvidas á proibição da oferta e consumo de substâncias psicoativas com a finalidade de restringir os seus efeitos negativos não obtém sucesso. Além de contribuírem para alimentação outros problemas sociais como o tráfico, o contrabando e o aumento da violência (BRASIL, 2015).

Hoje os governos e todas as sociedades são reféns dessas transnacionais. Restando investir em ações de conscientização da população, em ações para prevenção da iniciação do

consumo, para ajuda aos fumantes a deixarem de fumar e para contenção das estratégias das transnacionais na expansão do consumo de seus produtos (COSTA *et al.*, 2009).

O Brasil ordenou o processo de preparação da Convenção-Quadro durante os anos de 1999 e 2003. Em 27 de outubro de 2005 a aderência do Brasil à CQCT (Convenção-Quadro para Controle do Tabaco) foi ratificada pelo Senado Federal. Desde então a prática das medidas da CQCT passou a ser a Política Nacional de Controle do Tabaco (OBSERVATÓRIO DE POLÍTICA NACIONAL DE CONTROLE DO TABACO, 2016).

A CQCT redigido pela OMS, é o primeiro tratado internacional de saúde pública da OMS. Representa um aparelho de resposta dos 192 países membros da Assembleia Mundial da Saúde à grande epidemia do tabagismo mundial. A CQCT foi adotada pela Assembleia Mundial da Saúde em 21 de maio de 2003 e entrou em vigor em 27 de fevereiro de 2005. Desde então é o tratado que adicionou o maior número de apoios na história da ONU. Até 04 de março de 2015, 180 países ratificaram sua adesão, inclusive o Brasil (OBSERVATÓRIO DE POLÍTICA NACIONAL DE CONTROLE DO TABACO, 2016).

Segundo o art. 3º dessa Convenção seu objetivo é: "proteger as gerações presentes e futuras das devastadoras consequências sanitárias, sociais, ambientais e econômicas geradas pelo consumo e pela exposição à fumaça do tabaco" (artigo 3º) (OBSERVATÓRIO DE POLÍTICA NACIONAL DE CONTROLE DO TABACO, 2016).

A Convenção-Quadro determina a adoção de medidas intersetoriais nas áreas de propaganda, publicidade, patrocínio, advertências sanitárias, tabagismo passivo, tratamento de fumantes, comércio ilegal e preços e impostos. No Brasil essa Convenção está sendo implementada pelo Ministério da Saúde (OBSERVATÓRIO DE POLÍTICA NACIONAL DE CONTROLE DO TABACO, 2016).

No Brasil, o MS investe esforços na articulação de um Programa Nacional de Controle do Tabagismo intersetorial e abrangente. Mesmo com as dificuldades encaradas por ser um país produtor de tabaco, por suportar as constantes estratégias das transnacionais de tabaco minando suas ações, muitos são os identificadores de que se está avançando nesse setor (BRASIL, 2015).

Perante esse cenário, torna-se evidente que os patamares já conseguidos e os desafios a serem encarados estão sujeitos ao envolvimento de todos os setores sociais, governamentais e não-governamentais, pois o tabagismo é uma doença, cujo controle independe da existência de medicamentos, mas sim da vontade de toda a sociedade.

### 5.3 Programa Nacional de Controle do Tabagismo

Desde 1989 o INCA, responsável pela Política Nacional de Controle do Câncer, classifica as ações do PNCT, ampliadas em sociedade com as secretarias estaduais e municipais de Saúde e de vários setores da sociedade civil organizada, principalmente, das sociedades científicas e dos conselhos profissionais da área da saúde (INCA, 2009).

O PNCT pretende diminuir a prevalência de fumantes e a lógica morbimortalidade relacionada ao consumo de derivados do tabaco, envolvendo dois objetivos, que, segundo Inca (2009), são:

- Redução da iniciação ao tabagismo, entre os jovens;
- Cessação dos fumantes entre os que se tornaram dependentes, bem como a proteção dos riscos do tabagismo passivo.

As diretrizes do PNCT conduzem suas táticas na atuação sobre categorias sociais e econômicas que favorecem a expansão do consumo de tabaco e abrangem, segundo o Programa Nacional de Controle do Tabagismo (2016):

- Concepção de um conjunto social e político partidário à diminuição do consumo de tabaco;
- Igualdade, integralidade e intersetorialidade nas suas ações;
- Constituição de sociedades para enfrentamento das oposições à influência do tabagismo;
- Arrefecimento da aquiescência social ao tabagismo;
- Arrefecimento dos estímulos para a introdução ao tabagismo;
- Arrefecimento do ingresso aos produtos emanados do tabaco;
- Amparo contra as temeridades do tabagismo passivo;
- Arrefecimento dos empecilhos sociais que embaraçam a desistência de fumar;
- Acréscimo do ingresso físico e econômico ao tratamento para interrupção de fumar;
- Influência e monitoramento dos produtos de tabaco comercializados no país, desde seus teores e envios até as táticas de marketing e sua promoção;
- Monitoramento e precaução nas intenções de consumo e dos seus resultados sobre saúde, economia e meio ambiente.

Para alcançar suas metas, o PNCT profere três táticas operacionais são elas, segundo o Programa Nacional de Controle do Tabagismo (2016):

- Descentralização de suas ações pelas secretarias estaduais e municipais de Saúde, conforme a lógica do SUS;
- Intersetorialidade das ações pela Comissão Nacional para implantação da Convenção Quadro para Controle do Tabaco, e:
- Constituição de parceria com a sociedade civil organizada (INCA, 2009).

Por meio dessas táticas tem sido admissível articular, três grupos de ações essenciais:

- Educativas;
- Promoção e apoio à desistência de fumar;
- Mobilização de medidas legislativas e econômicas para domínio do tabaco.

O PNCT oferece excelente custo-efetividade nos cuidados em saúde, conexo às doenças crônicas. Diante disso, o MS publicou no dia 05 de abril de 2013, a Portaria nº 571, atualizando as diretrizes de cuidado ao tabagista no domínio da Rede de Atenção à Saúde das Pessoas com Doenças Crônicas do SUS (PROGRAMA NACIONAL DE CONTROLE DO TABAGISMO, 2016).

Esta portaria revoga a portaria nº 1.035/GM/MS de 31 de maio de 2004 e a portaria SAS nº 442 de 13 de agosto de 2004 promovendo novas diretrizes sobre a adesão ao PNCT, a programação para obtenção da medicação e as devidas responsabilidades. Por esta nova Portaria, o tratamento aos tabagistas deve ser efetivado nas UBS, pelo seu alto grau de descentralização e capilaridade (BRASIL, 2011).

Após aderir ao Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ), o ingresso ao PNCT é feito pela revelação de interesse do gestor municipal para aderência do município. Após o gestor municipal indicará as equipes de atenção básica que estão capacitadas para inauguração ou fortalecimento do PNCT (BRASIL, 2011).

Após a equipe habilitada, no preenchimento do questionário de Contratualização ao PMAQ, responderá o questionário alusivo ao PNCT, que ajudará a programação e compra dos medicamentos pelo governo federal e preparo de cursos de capacitação (BRASIL, 2011).

Entrar no PNCT significa que o município e suas equipes de atenção básica admitem o pacto de disposição e implantação das ações para o cuidado do tabagista. O tratamento

contém avaliação clínica, investida mínima ou intensiva, individual ou em grupo e, se forçoso, terapia medicamentosa concomitantemente com a abordagem intensiva (BRASIL, 2011).

Para apoio ao tratamento dos tabagistas, o SUS dispõe das seguintes medicações, segundo Brasil (2011):

- Terapia de reposição de nicotina sob a forma de adesivo transdérmico (7mg, 14mg e 21mg):
- Goma de mascar (2mg) e pastilha (2mg);
- Cloridrato de bupropiona (comprimido de 150mg).

Os medicamentos serão adquiridos pelo governo federal e disseminados trimestralmente aos estados, Distrito Federal, capitais e municípios com mais de 500.000 habitantes pela assistência farmacêutica. Os municípios com menos de 500.000 habitantes ganharão os medicamentos pela distribuição feita pelo estado ao qual pertencem (BRASIL, 2011).

É responsabilidade da secretaria municipal de saúde preparar a repartição dos medicamentos para os estabelecimentos de saúde onde serão franqueados. Para ajudar na organização o MS disponibilizará os dados de programação das equipes de atenção básica aos seus gestores municipais e estaduais, após o término de adesão ao PNCT (BRASIL, 2011).

O tratamento do tabagismo inclui abordagem em grupo e/ou individual. A decisão quanto à utilização do apoio medicamentoso cabe à avaliação do profissional de saúde, juntamente com o usuário, que pode estar em acompanhamento em grupo e/ou individual. Por isso é essencial, no momento da contratualização das equipes no PMAQ, elas respondem às questões sobre a estimativa do número de usuários que serão atendidos em grupo e individualmente (BRASIL, 2011).

Uma das imputações municipais é a capacitação de profissionais de nível superior, procurando a habilitação de pelo menos um profissional de saúde por estabelecimento. Compete aos estados habilitar e amparar os municípios na capacitação dos profissionais (BRASIL, 2011).

No auxílio dessa organização, o MS disponibilizará os dados sobre o número de profissionais a serem habilitados, confirmados pelas equipes de atenção básica, aos seus gestores municipais e estaduais, após o término de adesão ao PNCT.

O tratamento do tabagismo é estimado como uma investida multiprofissional, portanto a condução do grupo terapêutico será feita por uma dupla de profissionais, de diferentes categorias. Mas, isso estar amarrado à organização dos serviços de saúde e a

desenvoltura de seus profissionais na arremetida ao tabagista, podendo ser administrado por uma equipe de profissionais ou somente um profissional.

#### **5.4. Parcerias com a Sociedade Civil**

Além da integração com diferentes níveis governamentais, o programa busca constituir parcerias com organizações não governamentais, sociedades científicas, conselhos profissionais e outros. Essas sociedades são importantes para o PNCT, ou seja, um aparelho basilar para a potencialização da sua circunscrição nacional e para fortalecimento do domínio social amparando o programa nos problemas alusivos às ações de contraposição à indústria do tabaco (INCA, 2009).

Os principais estabelecimentos de parcerias são com:

- Organizações Não Governamentais;
- Sociedades Científicas;
- Conselhos Profissionais entre outros.

Exemplos de parcerias:

- Ajuda do INCA aos Congressos Brasileiros sobre Tabagismo, concretizados por sociedades e organizações não-governamentais.
- Comitê para Controle do Tabagismo no Brasil e a sua articulação e intercâmbio com os Comitês de Controle do Tabagismo atrelados e institutos médicos como o Conselho Federal de Medicina, Associação Médica Brasileira, Sociedades de Pneumologia, de Cardiologia, dentre outros.

Outra parceria foi o preparo de uma reunião de Consenso sobre Abordagem e Tratamento do Fumante em agosto de 2000, onde compartilharam distintas Sociedades Científicas, Associações e Conselhos Profissionais da Área de Saúde, abrangendo a Sociedade Brasileira de Psiquiatria, a Associação Brasileira de Alcoolismo e Drogas (ABRAD) Associação Brasileira de Estudo de álcool e Drogas (ABEAD). Essa reunião consentiu a preparação de um documento que foi a base para a inclusão do tratamento para cessação de fumar no SUS (PROGRAMA NACIONAL DE CONTROLE DO TABAGISMO, 2016).

O INCA começou uma fase no procedimento de informação da sociedade civil organizada no controle do tabagismo, objetivando a divulgação ampla da Convenção Quadro para Controle do Tabaco mobilizando a ajuda da sociedade brasileira para a sua admissão,

assim como para promoção do controle social da execução de suas obrigações. Por conseguinte, articula o Fórum Permanente por um Mundo Livre de Tabaco, um grupo de contato virtual, reunindo mais de 600 ativistas cadastrados (INCA, 2009).

Outra ação referente a parceria foi o convênio do INCA com a Rede de Desenvolvimento Humano (REDEH), organização não governamental que agrupa outras ONGs voltadas para causas ambientais e feministas em todo o país. A REDEH atua para a multiplicação do Fórum Por um Mundo Livre do Tabaco (INCA, 2009).

A atuação da sociedade civil inclui ampliar e praticar ações visando o aumento da consciência pública e governamental do controle ao tabagismo, fortalecendo o debate público e relacionando-se com gestores e legisladores, propendendo amparar as políticas públicas e a prática de leis de controle do tabaco. A sociedade civil preparada pode cooperar no acompanhamento da prática dos artigos da Convenção-Quadro, monitorando táticas que interferem nesses desígnios (PROGRAMA NACIONAL DE CONTROLE DO TABAGISMO, 2016).

Atualmente, o empenho e a ação das organizações não-governamentais se ajusta para a socialização da informação sobre o problema do tabaco nas comunidades e interfaces com as quais interatua. O Brasil se sobressai pela organização e força de sua sociedade civil, coopera para mudanças ocorrerem na sociedade brasileira. Os movimentos sociais e organizações não-governamentais são atualmente distintos pelo governo e pelo mercado como peças basilares no entendimento e prática de qualquer fluxograma que se ambicione ampliar no país (INCA, 2015).

### **5.5. Ações do PNCT**

As ações do PNCT são embasadas em ações educativas que disseminam elementos na comunidade fazendo com que os ambientes se tornem livres de tabaco e para a promoção da cessação de fumar. Essas obras devem ser avigoradas por ações legislativas e econômicas criando um ambiente social partidário à redução do consumo (CAVALCANTE, 2005).

As ações educativas se dirigem a distintos grupos e possuem como objetivos divulgar dados sobre os malefícios do tabaco, sobre cessação de fumar, sobre as táticas da indústria do tabaco e sobre a legislação contra o tabagismo existente no Brasil. Procurando movimentar a ajuda da sociedade brasileira estimulando alterações no estilo e procedimento entre os formadores de opinião. Essas ações abrangem atividades em campanhas de conscientização, no preparo de eventos comunitários e exposição de dados pela mídia. Usando a rede de

direção descentralizada do PNCT (INCA, 2009).

Além de englobar atividades seguidas pela fundação metódica do “Programa Ambientes Livres de Tabaco”. Por este motivo, o INCA desenvolve materiais educativos, projetos pilotos para esboço de táticas de implante de ambientes livres de tabaco nesses canais comunitários, assim como em metodologia de capacitação para preparo de recursos humanos na descentralização dessas ações pela rede nacional para gerenciamento regional do programa. (INCA, 2009).

As ações para promoção da cessação de fumar objetivam, segundo o Programa Nacional de Controle do Tabagismo (2016):

- Impulsionar fumantes a abandonar o cigarro;
- Acréscimo do acesso dos mesmos a métodos diligentes para cessação do tabagismo que abarca a articulação de várias atividades.

O programa opera pela apresentação de métodos diligentes para a cessação de fumar por campanhas, da mídia, de episódios dirigidas aos profissionais de saúde; da implantação do ‘Disque Pare de Fumar’ –ministrando direções para deixar de fumar pela investida cognitivo-comportamental breve (CAVALCANTE, 2005).

Em suma, o seu objetivo é a criação de uma grande rede de acesso para a arremetida ao o tratamento da dependência do tabaco que satisfaça a sociedade. A ideia é proporcionar aos fumantes com um nível de dependência mais baixo, investidas cognitivas comportamentais breves, seja pelo ‘Disque Pare de Fumar’, seja pela abrangência desse tipo de recepção nos hábitos de profissionais de saúde da atenção básica. Busca-se, ainda, estruturar uma rede para acolhimento dos fumantes com grau mais elevado de dependência, com inclusão dos que oferecem comorbidades psiquiátricas, e que necessitam de abordagem mais intensa e especializada (INCA, 2009).

O reconhecimento expansionista do tabagismo é um problema mundial fez com que, por este motivo em maio de 1999, durante a 52ª Assembleia Mundial da Saúde, os Estados Membros das Nações Unidas propusessem a adoção do primeiro tratado internacional de saúde pública da história da humanidade assinado pelo Brasil e ratificado em 2005. Trata-se da Convenção-Quadro para o Controle do Tabaco, que determina um conjunto de medidas cujo objetivo precípua é deter a expansão do consumo de tabaco e seus danos à saúde, sua prática cabe ao PNCT como uma das ações mais importantes contra o tabagismo (PROGRAMA NACIONAL DE CONTROLE DO TABAGISMO, 2016).

A Convenção-Quadro estabelece como algumas de suas obrigações, que estão sendo implantadas por ações específicas pelo PNCT, segundo Observatório de Política Nacional de Controle do Tabaco (2016): a preparação e modernização de políticas de controle do tabaco, de comum acordo com a Convenção e seus Protocolos; a afirmação de um mecanismo de coordenação nacional e auxílio de outras partes; amparo das políticas nacionais contra os interesses da indústria tabagista.

Algumas das principais medidas para redução de sua demanda são: o aproveitamento de políticas tributárias e de preços para a diminuição do consumo; assistência contra a fumaça do tabaco em ambientes fechados; regulamentação das análises, mensurações dos conteúdos e emissões dos produtos emanados do tabaco.

Ainda segundo as avaliações do Observatório de Política Nacional de Controle do Tabaco (2016) para redução da oferta por produtos do tabaco são: banimento do contrabando; restrição ao acesso dos jovens ao tabaco; substituição da cultura do tabaco e reserva ao apoio e aos subsídios relativos à produção e à manufatura de tabaco.

As medidas adotadas pelo Observatório de Política Nacional de Controle do Tabaco (2016) para proteção do meio ambiente são: assistência à saúde das pessoas e do meio ambiente. Existem ainda, as medidas incluídas às questões de responsabilidade civil, são elas: inserção das questões de responsabilidade civil e penal nas políticas de controle do tabaco, como o estabelecimento das bases para a colaboração judicial nessa área.

Já as avaliações relativas à cooperação técnica, científica e intercâmbio de informação, adotadas pelo Observatório de Política Nacional de Controle do Tabaco (2016) são: preparação de pesquisas nacionais relativas ao tabaco e sua violência sobre a saúde pública; composição de programas de pesquisas regionais e internacionais; afirmação de programas de vigilância do tabaco; exposição de relatórios sobre a prática da Convenção e a declaração das bases para o auxílio nas áreas jurídica, científica e técnica.

O mais importante melhoramento da CQCT é o estímulo, tanto nacional quanto internacional, para invalidar os empecilhos que evitam a melhoria do controle do tabaco, provocando melhorias na área. Estas alterações conglomeram departamentos e agências governamentais, incluindo também organizações não governamentais.

Além disso, a CQCT fornece um mecanismo para que os recursos técnicos e financeiros para o incremento do controle ao tabaco sejam transferidos para os países em desenvolvimento. Isto beneficia a maioria destes países e oferecerá ocasião aos países desenvolvidos para aprendizagem sobre novos problemas e inovação em recursos.

No Brasil, em agosto de 2003, foi criada a Comissão Nacional para Implementação da CQCT e de seus Protocolos (CONICQ). Esta Comissão possui caráter executivo e conta com a participação de vários Ministérios. Cabe à CONICQ proferir a organização e prática de uma agenda governamental intersetorial para a execução das obrigações previstas no tratado (OBSERVATÓRIO DE POLÍTICA NACIONAL DE CONTROLE DO TABACO, 2016):

Em relação à de preços, pesquisas do Banco Mundial revelam que uma das medidas mais eficazes para redução da prevalência e o consumo de produtos de tabaco é o acréscimo de preço. Essas pesquisas mostram que em média, um aumento real de 10% amortizaria a procura por produtos de tabaco em cerca de 4% em países de renda elevada e em 8% em países de renda média ou baixa. O cigarro brasileiro é um dos mais baratos do mundo (BRASIL, 2004).

Torna-se essencial que os preços do cigarro e derivados no Brasil aumentem, para tornar os cigarros menos acessíveis, sobretudo, para os jovens. Mas, existe o medo de que o acréscimo de preço nos produtos de tabaco aumente o contrabando, pois o Brasil é um dos países que mais tem sofrido o impacto do mercado ilegal de cigarros (OMS, 2001).

## **6 PLANO DE AÇÃO**

### **6.1 Definindo o problema**

Realizou-se um diagnóstico de estimativa rápida em 2014, revisado em 2015, com a participação de funcionários e representantes da comunidade. Foram realizadas 05 reuniões para a conclusão do diagnóstico. A primeira reunião foi realizada somente com os funcionários da equipe Hamilton de Mello. Nesta reunião foi explicado o motivo da escolha da unidade ser piloto para os estudos desta Pós Graduação, justificada pelas características da comunidade, alta taxa de tabagismo, número de comorbidades e óbitos relacionados ao ato de fumar.

Na segunda reunião ficou acordado que os agentes comunitários de saúde (ACS) fariam uma busca ativa nas microáreas para selecionar os representantes da comunidade, explicando-se a metodologia do diagnóstico e a intenção da elaboração de projetos para solucionar os problemas priorizados.

Nas três reuniões subsequentes foram levantados os principais problemas enfrentados pela equipe e usuários: falta de recursos; dificuldades no sistema de referência e contra referência; risco cardiovascular aumentado; tabagismo, etilismo, depressão com uso de medicamento psicotrópico acentuado. Entretanto, de todos os problemas elencados, a alta prevalência do tabagismo na população adscrita na unidade básica foi a que mais se destacou.

### **6.2 Priorizando o problema**

O problema priorizado foi o alto índice de tabagismo no município de Rio Preto/MG, bem como, o desenvolvimento de comorbidades associadas a este hábito, influência nos óbitos, gastos gerados aos serviços públicos de saúde e a má qualidade de vida.

**Quadro 1:** Priorização dos problemas pela ESF Hamilton Mello

<b>Priorização dos Problemas</b>				
<b>Principais problemas</b>	<b>Importância</b>	<b>Urgência</b>	<b>Capacidade de enfrentamento</b>	<b>Seleção</b>
<b>Falta de recursos</b>	Alta	6	Parcial	4
<b>Sistema Referência e Contra referência</b>	Alta	7	Parcial	4
<b>Risco Cardiovascular aumentado</b>	Alta	5	Parcial	3
<b>Tabagismo</b>	Alta	9	Parcial	6
<b>Etilismo</b>	Alta	9	Parcial	5
<b>Depressão/ uso de psicotrópico acentuado</b>	Alta	4	Parcial	5

Fonte: Autoria Própria (2014).

### 6.3 Como o problema foi identificado

O problema foi identificado por amostragem a partir da tabulação dos dados do questionário semiestruturado com dez (10) perguntas abertas para conhecimento do perfil epidemiológico, econômico, demográfico da comunidade bem como quais as principais queixas do usuário referentes aos serviços saúde oferecidos.

A aplicação dos questionários foi realizada pelas ACS, sendo que cada um entrevistou dez (20) usuários. A partir dos dados colhidos, foi observado um grande número de fumantes dentro da população assistida pela UBS, esta informação foi validada pelos representantes da comunidade, reforçando a confirmação do problema tabagismo.

### 6.4 Descrição e explicação do problema

Vários são os fatores que levam a pessoa a experimentar o cigarro, principalmente a publicidade e questões relacionadas ao comportamento. O fumar, que já foi símbolo de prazer, hoje é considerado problema de Saúde Pública no mundo. A inalação da fumaça produzida pelo tabaco afeta o organismo e é capaz de destruí-lo lentamente.

São inúmeros os danos provocados pelo uso da nicotina contida no tabaco são:

desordem mental de uso de substância psicoativa, efeitos lesivos sobre o sistema nervoso, cardiocirculatório e diversos aparelhos e órgãos, participando de processos cancerígenos. A OMS considera a dependência do tabagismo a causa mais evitável de doença e de morte. (ROSEMBERG, 2005)

Segundo a OPAS (2010, p. 11) no Brasil “o fumo é o fator causal de 90% dos casos de câncer de pulmão e de 30% de todos os demais tipos de neoplasia. O conjunto dessas doenças já representa a segunda causa de morte entre os brasileiros e tende a expandir-se”.

O Brasil tem adotado medidas normativas para o controle do tabagismo. É preciso que todos os órgãos do estado trabalhem com uma política antitabagista evitando desencontros com a política pública de diferentes órgãos (OLIVEIRA, 2008).

## 6.5 Nós críticos

Para solucionar o problema de tabagismo no município de Rio Preto/MG, foi proposto um plano operativo de intervenção que através de uma busca ativa de 20 usuários de tabaco com interesse em reduzir e cessar a prática do tabagismo, através do grupo antitabagismo, com o intuito de diminuir comorbidades e melhorar qualidade de vida, de modo a propor uma ação conjunta da ESF de forma pontual.

Os nós críticos evidenciados ao longo da implementação do projeto de intervenção foram:

- Dificuldade para captar voluntários para a formação do grupo antitabagismo;
- Informações não consolidadas na comunidade sobre os malefícios do cigarro;
- Não adesão e desistência do tratamento;
- Pouca disponibilidade dos usuários de zonas rurais afastadas em frequentar as reuniões;
- Dificuldade em instituir um horário para o encontro do Grupo frente à demanda da UBS;
- Falta de Recursos;
- Falta de apoio familiar.

## 6.6 Desenho das operações

Estabelecer e implementar o Grupo Antitabagismo, como ponto de partida estratégico para o combate ao hábito de fumar tão disseminados entre as famílias rio pretenses, contemplando as políticas de saúde pública deste país.

**TABELA 01:** Operações sobre a Prática do Tabagismo relacionado à instalação do grupo antitabagismo, baseado em ações educativas e psicofarmacoterapia, em vinte indivíduos sob responsabilidade da Equipe de Saúde da Família Hamilton Mello, em Rio Preto, Minas Gerais.

Problema	Prática do tabagismo
Operação	Identificação das pessoas fumantes dentre a população assistida, pela equipe de saúde, através de busca ativa em campo de atuação, abrangendo o consultório e visitas domiciliares.
Projeto	Redução e Prevenção do Tabagismo
Resultados esperados	Conscientização da população, acompanhamento dos usuários, diminuição dos pacientes dependentes da nicotina, redução e cessação do tabagismo, melhoria da qualidade de vida, redução de mortes preveníveis e comorbidades associada ao tabagismo.
Produtos esperados	Abandono da prática do tabagismo
Atores sociais/responsabilidades	Médico da UBS Hamilton Mello, pacientes, enfermeiros e profissionais de saúde.
Recursos necessários	Estrutural: UBS Ações educativas: Consultas e palestras periódicas Psicofarmacoterapia: apoio psicológico, uso da bupropiona e adesivos de nicotina
Recursos críticos	Dificuldade dos pacientes em abandonar o tabagismo
Controle dos recursos críticos / Viabilidade	Ator que controla: Médico e demais profissionais de saúde da equipe. Motivação: Consultas periódicas, redução do número de cigarros por dia, palestras educativas, relatos de melhoria a qualidade de vida.
Ação estratégica de motivação	Consultas periódicas individuais, acompanhamento, reuniões coletivas, métodos terapêuticos diferenciados, palestras educativas.
Responsáveis:	Toda equipe de profissionais da ESF Hamilton Mello
Cronograma / Prazo	Junho de 2014 a Janeiro de 2015.
Gestão, acompanhamento e avaliação	O plano de intervenção é gerido e acompanhado pelo médico em atuação e pela equipe da ESF, a avaliação é feita pelos pacientes e pela população.

Fonte: Autoria Própria (2014).

## **6.7 Projeto Piloto**

O projeto piloto consiste na formação do Grupo Antitabagismo, este será um modelo de referência e combate ao tabagismo, no município de Rio Preto/MG. Embasado no PNCT fortalece o papel da Atenção Primária a Saúde nos moldes das políticas públicas deste país.

É constituído através de reuniões coletivas ministradas por enfermeiro ou médico, com ações educadoras, exposição de trocas de experiências, identificação de pontos facilitadores e dificultadores para a adesão ao tratamento, também conta com consultas médicas e apoio psicológico individual.

## 7. CONSIDERAÇÕES FINAIS

O Brasil tem avançado muito nas questões antitabagistas, porém, algumas áreas ainda estão lentas, é necessário trabalhar para evitar a iniciação do vício e também a cessação de viciados. Assim, nota-se a necessidade de adoção do PNCT, bem como o fortalecimento de ações antitabagistas pelas equipes de saúde da família, visto que, foram apurados resultados considerados positivos e de grande impacto na qualidade de vida da população.

Com embasamento no Impacto do Grupo Antitabagismo na Redução do Número de Fumantes Assistidos pela UBS Hamilton Mello no Município de Rio Preto-MG, torna-se necessária a realização de ações de prevenção e promocionais em saúde para o controle do tabagismo, com a implantação de um Projeto Piloto que será um modelo no município de Rio Preto/MG., para atendimento das populações necessitadas.

As ações de monitoramento, realizadas a partir das informações produzidas no cotidiano da atenção básica à saúde, necessitam auxiliar o projeto e a gestão do Plano Piloto, dando sustentação à formulação das políticas adequadas, isto porque, o plano de ação do projeto Piloto é proveitoso no diagnóstico coletivo e na organização da atenção básica à saúde.

Assim uma maior exploração na análise de resultados de intervenção possibilitará ajustes no planejamento e execução das ações de saúde no município analisado, necessitando que o papel do médico seja apropriado às estratégias básicas de reforma da saúde. Uma alternativa da educação em saúde que deve ser realizada pelos profissionais da área, na redução do tabagismo é valorização da participação de fumantes em abstinência, nos grupos terapêuticos, como modelos de identificação e referências estratégicas bem sucedidas, para a prevenção do tabagismo.

É necessário que a equipe multidisciplinar inclua a família neste processo, ouvindo seus interesses, pois os resultados alertam para a necessidade de treinamento da equipe de saúde, a disponibilidade de programas de cessação do tabagismo eficazes e acesso aos remédios.

O tabagismo por constituir um grave problema para a saúde pública pela quantidade de indivíduos acometidos e os gastos com os tratamentos das doenças desencadeadas pelo fumo deverá ter um tratamento eficaz, com baixas taxas de recaídas e menores efeitos adversos para a cessação do tabagismo, que seriam de grande benefício para a saúde pública, mas o Brasil ainda não se encontra pronto para disponibilização deste tratamento pelo SUS.

Até a presente data a única opção dos tabagistas se acha nos programas disponibilizados pelo PNCT, que não se encontram em todos os municípios, pois seus gestores não dão a importância necessária para fazer o cadastramento do município neste Programa, como ocorre no Município de Rio Preto/MG.

## REFERÊNCIAS

ARAUJO, A.J. *et al.* Diretrizes para Cessação do tabagismo. **J. bras. Pneumol.**, São Paulo, v.30, supl. 2, p. S1-S76, Aug. 2004. Available from [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1806-37132004000800002&Ing=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1806-37132004000800002&Ing=en&nrm=iso). Access on 12 Feb. 2016. <http://dx.doi.org/10.1590/S1806-37132004000800002>.

AKRODOU, Y. M. CYP2A6 Polymorphisms May Strengthen Individualized Treatment for Nicotine Dependence. **Hindawi Publishing Corporation Scientifica**, Minneapolis, vol. 2015, p. 7, 2015. Disponível em <<http://dx.doi.org/10.1155/2015/491514>> Acesso em: 20 de maio de 2015.

BRASIL. Ação Direta de Inconstitucionalidade : **ADI 3311 DF BRASIL**. Disponível em: stf - ação direta de inconstitucionalidade: [adi3311df.stf.jusbrasil.com.br/.../acao-direta-de-inconstitucionalidade-adi-3311-df-s...](http://adi3311df.stf.jusbrasil.com.br/.../acao-direta-de-inconstitucionalidade-adi-3311-df-s...) Acesso em: 12/01/2016.

BRASIL. PRESIDÊNCIA DA REPÚBLICA. Casa Civil. Subchefia para Assuntos Jurídicos. **Lei Federal. Lei Federal nº 9.782, de 26 de janeiro de 1999**. Disponível em: <[http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/1929496](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/1929496)>. Acesso em: 20 jan. 2016.

BRASIL. Presidência da República. Casa Civil. Subchefia para Assuntos Jurídicos. **Lei Federal nº 12.546, de 14/12/2011**. Disponível em: <[http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/1929496](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/1929496)>. Acesso em: 20 jan. 2016.

BRASIL. Presidência da República. Casa Civil. Subchefia para Assuntos Jurídicos. **Constituição da República Federativa do Brasil, 1988**. Disponível em: <[http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/1929496](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/1929496)>. Acesso em: 20 jan. 2016.

BRASIL, PROGRAMA NACIONAL DE CONTROLE DO TABAGISMO (PNCT) Disponível em: Programa Nacional de Controle do Tabagismo (PNCT ... 189.28.128.100/dab/docs/portaldab/documentos/pnct\_tabagismo.pdf Acesso em: 31/01/2016.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Brasil recebe prêmio internacional pelo controle ao tabagismo**. 2015. Disponível em: <<http://www.brasil.gov.br/saude/2015>>. Acesso em: 29 de março de 2015a.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Vigilância de fatores de risco e proteção para doenças crônicas por inquérito telefônico (VIGITEL)**. Disponível em: <<http://portalsaude.saude.gov.br/index.php/publicacoes-svs#>> Acesso em: 20 de maio de 2015b.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Plano de Implantação da Abordagem e Tratamento do Tabagismo**. Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas – Dependência à Nicotina. Brasília-DF: MS/SUS, 2004.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Consumo do tabaco cai pela metade em 20 anos**. 2013. Disponível em: <<http://www.brasil.gov.br/saude/2013>> Acesso em: 29 de março de 2015

CAMPOS, F. C. C.; FARIA, H. P.; SANTOS, M. A. **Planejamento e avaliação das ações em saúde**. Curso de Especialização em Atenção Básica em Saúde da Família. 2. ed. Belo Horizonte: Nescon/UFMG, 2010. 110 p.

CAVALCANTE, T. M. O controle do tabagismo no Brasil. **Rev. Psiqu. Clín.** 32 (5); 283-300, 2005. Disponível em: [http://www.tabacozero.net.br/uploads/conteudo/17\\_O-Controle-do-Tabagismo-no-Brasil.pdf](http://www.tabacozero.net.br/uploads/conteudo/17_O-Controle-do-Tabagismo-no-Brasil.pdf). Acesso em 13 Jan. 2015.

CHATKIN J. M. A influência da genética na dependência tabágica e o papel da farmacogenética no tratamento do tabagismo. **Jornal Brasileiro de Pneumologia**, v.32, n. 6, p. 573-9, 2006.

COSTA, G. D. *et al.* Saúde da Família: desafios no processo de reorientação do modelo assistencial. **Revista Brasileira de Enfermagem**. São Paulo: Vol. 62, n. 01, maio, pp. 113-118, 2009.

FOCCHI, G. R. A., SILVA, I. D. C. G., SCIVOLETTO, S. Associação entre polimorfismo SLC6A3 3'UTR VNTR e a resposta ao tratamento da dependência de nicotina. **Jornal Brasileiro de Psiquiatria**, v. 60, n. 4, p. 259-65, 2011.

GUIMARÃES JÚNIOR, J. L. Aspectos da Responsabilidade Civil dos Fabricantes de Cigarros. **Revista Científica Virtual da Escola Superior de Advocacia da OAB-SP**, São Paulo, n. 17, vol. 2014, 2014. Disponível em: <[http://www.actbr.org.br/uploads/conteudo/950\\_Revista\\_ESA\\_publicada.pdf](http://www.actbr.org.br/uploads/conteudo/950_Revista_ESA_publicada.pdf)> Acesso em: 10 de janeiro de 2015.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA (IBGE). **Pesquisa nacional de saúde. 2013**. Percepção do estado de saúde, estilos de vida e doenças crônicas. Rio de Janeiro, 2014.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA (IBGE). **Divisão Territorial do Brasil e Limites Territoriais**. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE). 1 de julho de 2008. Consult. 11 de outubro de 2011.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA (IBGE). **Efeitos do consumo de tabaco**. Disponível em: <<http://www.ibge.gov.br/home/>>. Acesso em: 10 jan. 2016.

INSTITUTO NACIONAL DE CÂNCER JOSÉ ALENCAR GOMES DA SILVA (INCA) Tabagismo. Um grave problema de saúde pública. Rio de Janeiro, Ed. 1, 2007. JAIN, R. K. Clearing the smoke on nicotine and angiogenesis. **Nature Medicine**, v. 7, n. 7, p. 775-776, 2001.

INSTITUTO NACIONAL DE CÂNCER JOSÉ ALENCAR GOMES DA SILVA (INCA). **A situação do tabagismo no Brasil**: dados dos inquéritos do Sistema Internacional de Vigilância, da Organização Mundial da Saúde, realizados no Brasil, entre 2002 e 2009. Rio de Janeiro, p. 76, 2011.

INSTITUTO NACIONAL DE CÂNCER JOSÉ ALENCAR GOMES DA SILVA (INCA). **Dados sobre Tabagismo no Mundo**. Disponível em: <<http://www.inca.gov.br/tabagismo/frameset.asp?item=dadosnum&link=mundo.htm>>. Acesso em: 10 jan. 2016.

MESSIAS, R.B. **Reorientação do Enfoque Assistencial de uma Equipe de Saúde da Família no Norte de Minas Gerais**. Disponível em: <<http://www.nescon.medicina.ufmg.br/>>. Acesso em: 11 jan. 2016.

MOREIRA, M. W. G. Assistência de enfermagem ao paciente tabagista com crise de insuficiência respiratória. FIGESC - **Revista Internacional em Saúde Coletiva**, vol. 7, n. 7, 2015.

ÖBERG, M. *et al.* Worldwide burden of disease from exposure to second-hand smoke: a retrospective analysis of data from 192 countries. **The Lancet**, v. 377, n. 9760, p.139-146, 2011.

OBSERVATÓRIO NACIONAL DE CONTROLE DE POLÍTICA DO TABACO. **Convenção-Quadro para o Controle do Tabaco**. Disponível em: [www2.inca.gov.br/wps/wcm/...tabaco/site/.../convencao\\_quadro/o\\_que\\_e](http://www2.inca.gov.br/wps/wcm/...tabaco/site/.../convencao_quadro/o_que_e) 12, p. 1069-1073, 2008. Acesso em: 31/01/2016

OLIVEIRA, A. F. **Direito de não[fumar]- uma abordagem humanista**. Rio de Janeiro: Renovar,

2008.

OLIVEIRA, R. M., SANTOS, J. L. F., FUREGATO, A. R. F. Perfil sociodemográfico de tabagistas internados em enfermaria psiquiátrica de hospital geral. **Rev. Brasileira de Enfermagem, Ribeirão Preto**, v. 67, n. 3, p. 381-5, 2014.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE (OMS). **População Mundial de Fumantes**. Disponível em: <<http://www.oms.com.br/populacao-fumantes-mundial/html>>. Acesso em: 10 jan. 2016.

ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DE SAÚDE (OPAS). **Recife respira melhor: a implantação de ambientes livres de fumo**. Brasília: Organização Pan-Americana de Saúde, 2010. 68 p.:Il.- (estudo de caso).

PASQUALOTTO, A. A proibição da publicidade de tabaco no Brasil: com a palavra o STF. **Revista Científica Virtual da Escola Superior de Advocacia da OAB-SP**, São Paulo, v. 2014, n. 17, 2014. Disponível em: <[http://www.actbr.org.br/uploads/conteudo/950\\_Revista\\_ESA\\_publicada.pdf](http://www.actbr.org.br/uploads/conteudo/950_Revista_ESA_publicada.pdf)> Acesso em: 10 de janeiro de 2015.

REIS, R. C. M., FORTES, R. C. Fatores associados a não cessação do tabagismo em participantes do grupo de terapia de um centro de saúde do Distrito Federal. **Revisa**, v. 2012, n. 1, p. 3-8, 2012.

ROSEMBERG, J. **Nicotina Droga Universal**. [online] Disponível em: <http://www1.inca.gov.br/tabagismo/publicacoes/nicotina.pdf>. Acesso em 28 outubro de 2014.

WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO). Institute for Global Tobacco Control, Johns Hopkins School of Public Health. Women and the Tobacco Epidemic. **Challenges for the 21st Century**. Geneva: WHO, 2001. 234 p. Disponível em: [http://whqlibdoc.who.int/hq/2001/WHO\\_NMH\\_TFI\\_01.1.pdf](http://whqlibdoc.who.int/hq/2001/WHO_NMH_TFI_01.1.pdf)

WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO). **Tabacco Free Initiative World Health**. Disponível em: <[http://www.who.int/nmh/publications/ncd\\_report\\_chapter4.pdf](http://www.who.int/nmh/publications/ncd_report_chapter4.pdf)>. Acesso em: 12 jan. 2016.

WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO). **Who Framework Convention on Tabacco**. Disponível em: <<http://www.who.int/tobacco/>>. Acesso em: 11 jan. 2016.

WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO) [homepage on the Internet].Genebra: WHO; 2004 [cited 2016 Jan 30]. **The future**. Available from: <http://www.who.int/tobacco/en/atlas38.pdf>:

WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO). **global report on trends in prevalence of tobacco smoking**, 2015. Disponível em <<http://www.who.int/tobacco/publications/surveillance/reportontrendstobaccosmoking/en/>> Acesso em 08 de maio de 2015.

WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO). **Report on the global tobacco epidemic**, 2008. The MPOWER package. Disponível em 62<[http://www.who.int/tobacco/mpower/mpower\\_report\\_full\\_2008.pdf](http://www.who.int/tobacco/mpower/mpower_report_full_2008.pdf)> Acesso em 08 de maio de 2015.

WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO). **Report on the global tobacco epidemic**, 2009. Implementing smoke-free environments. Disponível em <[http://whqlibdoc.who.int/publications/2009/9789241563918\\_eng\\_full.pdf?ua=>](http://whqlibdoc.who.int/publications/2009/9789241563918_eng_full.pdf?ua=>) Acesso em 08 de maio de 2015.