

UNIVERSIDADE FEDERAL DE ALFENAS
CURSO DE ESPECIALIZAÇÃO ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA

THAIS MENDES RODRIGUES

**PLANO DE AÇÃO PARA IMPLANTAR O PROGRAMA “DEIXANDO
DE FUMAR SEM MISTÉRIOS” EM UMA ESTRATÉGIA DE SAÚDE DA
FAMÍLIA DO MUNICÍPIO DE MONTES CLAROS – MINAS GERAIS**

MONTES CLAROS – MINAS GERAIS

2017

THAIS MENDES RODRIGUES

PLANO DE AÇÃO PARA IMPLANTAR O PROGRAMA “DEIXANDO DE FUMAR SEM MISTÉRIOS” EM UMA ESTRATÉGIA DE SAÚDE DA FAMÍLIA DO MUNICÍPIO DE MONTES CLAROS – MINAS GERAIS

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado ao Curso de Especialização Estratégia Saúde da Família, Universidade Federal de Alfenas, para obtenção do Certificado de Especialista

Orientadora: Profa. Dra. Maria Rizioneide Negreiros de Araújo

MONTES CLAROS – MINAS GERAIS

2017

THAIS MENDES RODRIGUES

PLANO DE AÇÃO PARA IMPLANTAR O PROGRAMA “DEIXANDO DE FUMAR SEM MISTÉRIOS” EM UMA ESTRATÉGIA DE SAÚDE DA FAMÍLIA DO MUNICÍPIO DE MONTES CLAROS – MINAS GERAIS

Banca examinadora

Profa. Dra. Maria Rizoneide Negreiros de Araújo – orientadora

Profa. Dra. Matilde Meire Miranda Cadete- UFMG

Aprovado em Belo Horizonte, em: 04/09/2017

DEDICATÓRIA

À Deus, meu grande mestre. A quem em tudo me impulsiona, tornando-me uma profissional mais atenta para as necessidades do ser humano; compadecida com suas dores e fragilidades.

AGRADECIMENTOS

À equipe do ESF Conjunto Vitória – em especial, as agentes comunitárias de saúde Isabela Valério S. S. Andrade e Renata Nunes – por me ajudarem na busca ativa dos pacientes para colocar em prática este plano de ação. A experiência de em uma produção compartilhada sempre é mais prazerosa e frutuosa.

RESUMO

O tabagismo é o principal causador do câncer de pulmão, que continua a ser o tipo de câncer que mais mata no Brasil e a segunda causa de morte de câncer entre as mulheres. Diante do quadro de evidência do tabagismo como importante problema de saúde pública, ao longo dos anos, foi construído, no Brasil, o Programa Nacional de Controle do Tabagismo. Uma vez identificado como um problema de grande importância na saúde pública o controle do tabagismo faz-se relevante na comunidade local para redução de danos à saúde de seus usuários. Este trabalho tem como objetivo elaborar um plano de ação para implantar o Programa “Deixando de fumar sem mistérios” na Estratégia Saúde da Família Conjunto Vitória. Para subsidiar a elaboração do programa foi realizada uma revisão bibliográfica para levantar evidências já existentes sobre o problema de forma a contribuir na elaboração do plano de ação. O plano de ação foi elaborado seguindo os passos do planejamento estratégico situacional. Com a implantação deste programa espera-se que haja um aumento na adesão dos usuários de tabaco e assim uma redução significativa do número de fumantes da comunidade.

Palavras-chave: Atenção à Saúde. Tabagismo. Atenção Primária à Saúde.

ABSTRACT

Smoking is the main cause of lung cancer, which continues to be the type of cancer that kills most in Brazil and the second cause of death of cancer among women. In view of the evidence of smoking as an important public health problem, the National Tobacco Control Program was built in Brazil over the years. Once identified as a problem of great importance in public health, tobacco control becomes relevant in the local community to reduce the damage to the health of its users. This work aims to elaborate an action plan to implement the "Quitting Smoking without Mysteries" Program in the Vitória Joint Family Health Strategy. To support the preparation of the program, a bibliographical review was carried out to collect existing evidence on the problem in order to contribute to the elaboration of the action plan. The action plan was developed following the steps of the strategic situation planning. With the implementation of this program it is expected that there will be an increase in the adherence of tobacco users and thus a reduction means the number of smokers in the community.

Key-words: Health Care. Smoking. Primary Health Care.

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO.....	9
2 JUSTIFICATIVA.....	.12
3 OBJETIVO.....	.13
4 MÉTODO.....	.14
5 REVISÃO BIBLIOGRÁFICA.....	16
6 PLANO DE AÇÃO.....	19
7 CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	.22
REFERÊNCIAS.....	.23

1 INTRODUÇÃO

1.1 Descrição do município

O município de Montes Claros corresponde a um dos 853 municípios que compõem o Estado de Minas Gerais e a um dos 89 municípios que integra a mesorregião Norte de Minas. Destaca-se por ser aquele que contém o centro urbano mais desenvolvido dessa região (CASTRO; THEÓPHILO, 2009).

Montes Claros está localizado na Bacia do Rio Verde Grande, região do Alto Médio São Francisco, ao Norte do Estado de Minas Gerais (Figura 1), sendo dotado de várias nascentes e cursos d'água de regime perene e semi perene, numa altitude média de 638m Sua área é de 3 582,034 km², sendo 38,7000 km² de zona urbana e 3543,334 km² de zona rural (MONTES CLAROS, 2016).

Figura 1 - Mapa de Minas Gerais destacando o município de Montes Claros.



Fonte: http://pt.org/wiki/Montes_Claros

1.2 O Sistema Municipal de Saúde do Município

O Sistema de Saúde do município de Montes Claros está enquadrado na modalidade de Gestão Plena do Sistema Municipal. A cidade é polo da macro e da microrregião de saúde, e está organizada territorialmente em oito microrregiões, abrangendo oitenta e sete municípios e uma população de mais de 1,5 milhões de habitantes (MONTES CLAROS, 2016).

O município conta com sete hospitais, sendo que cinco são de grande porte: Santa Casa de Misericórdia, Hospital Aroldo Tourinho, Hospital Universitário Clemente Faria, Hospital Dilson Godinho e Hospital das Clínicas Mario Ribeiro; um de médio porte: Hospital Pronto Socor; e um de pequeno porte: Hospital Alfeu de Quadros. A Santa Casa e o Hospital Aroldo Tourinho funcionam como hospitais filantrópicos e o Hospital Universitário como hospital-escola; no entanto, todos os outros são conveniados com as faculdades particulares para receberem futuros profissionais de saúde. Com exceção do Hospital Pronto Socor, os demais são credenciados pelo Sistema Único de Saúde (SUS) e atendem a média e a alta complexidade tanto da demanda própria do município como do referenciamento dos municípios que integram a região assistencial.

De maneira descentralizada há serviços que contribuem para a atenção terciária, com organização de procedimentos terapêuticos que envolvem alta tecnologia e/ou alto custo, como oncologia, cardiologia, oftalmologia, transplantes, traumatologia, neurocirurgia, diálise, otologia e de diagnóstico como tomografia computadorizada, ressonância magnética, entre outros. Integrado ao sistema hospitalar há também o Serviço de Atenção à Urgência e Emergência (SAMU). O município de Montes Claros desempenha função de município polo macrorregional, onde está a Central de Regulação de Urgência e a Central de Regulação Assistencial.

A Estratégia Saúde da Família teve início no município de Montes Claros no ano de 1998 com seis equipes, porém, a consolidação oficial das mesmas aconteceu apenas em 1999, ano que já contempla informações consolidadas no Sistema de Informação da Atenção Básica (SIAB).

A cobertura da população pela Estratégia Saúde da Família tem se expandido, embora nem toda a população montesclarensense seja coberta por essa estratégia. Vale ressaltar que 14 unidades de saúde existentes no município estão em processo de substituição pela Estratégia Saúde da Família (MONTES CLAROS, 2016).

O município de Montes Claros tem como principais causas de morbimortalidade as doenças cerebrovasculares, as agressões, os acidentes de trânsito, o infarto agudo do miocárdio, o diabetes mellitus, as neoplasias malignas (mama e colo do útero) e a AIDS (SECRETARIA DE SAÚDE DE MONTES CLAROS, 2016).

2 JUSTIFICATIVA

O tabagismo é uma condição multifatorial que apresenta alta prevalência e baixas taxas de controle, sendo considerado um dos principais fatores de risco modificáveis e um importante problema de saúde pública.

Cerca de 30% dos casos de câncer encontrados no país são causados pelo tabaco. Outras doenças graves estão intimamente ligadas ao uso do cigarro, tais como enfisema pulmonar, bronquite e doenças cardiovasculares. Além disso, úlceras do estômago e do duodeno, osteoporose, infecções respiratórias – inclusive pneumonias – e diversos problemas dentários podem ter como origem ou agravamento o uso do cigarro. O tabagismo também afeta o desenvolvimento da gravidez, como redução do peso fetal, deslocamento prematuro da placenta, sangramento e aborto (GIGLIOTTI; CARNEIRO; FERREIRA, 2001).

O tabagismo foi identificado, portanto, como um problema de grande importância na saúde pública e no território da unidade e, o seu controle, faz-se relevante na comunidade local para redução de danos a saúde de seus usuários.

3 OBJETIVO

Elaborar um plano de ação para implantar o Programa “Deixando de fumar sem mistérios” na Estratégia Saúde da Família Conjunto Vitória, no município de Montes Claros.

4 MÉTODO

Para o desenvolvimento deste trabalho, foram feitas reuniões com a equipe da Estratégia Saúde da Família (ESF) Conjunto Vitória, para a realização do Diagnóstico Situacional por Estimativa Rápida. As fontes de informação foram: informantes chave da população local, registros da Prefeitura Municipal de Montes Claros, dados do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), Sistema de Informação da Atenção Básica (SIAB) e Banco de Dados do Sistema Único de Saúde (DATASUS). Assim, foi elencada uma lista de problemas e chegou-se a um problema prioritário que foi a alta prevalência do tabagismo na área de abrangência da unidade.

O Planejamento Estratégico Situacional (PES) prevê alguns passos, como a definição do problema, priorização, descrição do problema principal, explicação e seleção dos “nós críticos”, desenho das operações, com identificação dos recursos críticos, análise de viabilidade e elaboração do plano operativo. Raciocinando estrategicamente, devem-se estabelecer objetivos que reflitam a opinião de todos os atores sociais envolvidos (CAMPOS; FARIA; SANTOS, 2010). Neste trabalho, isso foi realizado através de reuniões com todos os membros da ESF Conjunto Vitória.

Para desenvolver este trabalho, primeiramente foi realizada a busca ativa dos fumantes da área de abrangência da ESF Conjunto Vitória, com colaboração dos Agentes Comunitários de Saúde (ACS).

Após a identificação desses usuários, os mesmos foram convidados a participar de grupos de acompanhamento num total de quatro sessões do programa “Deixando de Fumar sem mistérios”. As reuniões aconteceram semanalmente e, após os quatro módulos, foi iniciada as sessões de manutenção do tratamento, concomitantemente poderão surgir novos grupos, de acordo com a demanda local. As sessões contaram com a participação da médica da equipe, que é a coordenadora.

Na primeira reunião foram apresentados os objetivos e funcionamento do programa e realizado o cadastro dos usuários participantes, acolhida dos mesmos, bem como o estímulo a participação no programa. Na segunda reunião foi aplicado o teste de

Fagerstrom (Anexo 1), que auxilia a estimar o grau de dependência da nicotina e é utilizado como ferramenta na terapia para ajudar a parar de fumar. Ainda na segunda reunião foi realizada consulta individual para entender a história prévia, medicações em uso e avaliar contra indicações a medicação Bupropiona e adesivo de nicotina. Nas duas primeiras sessões foram expostas as informações e aplicadas as técnicas sugeridas nas sessões 1 e 2 do programa, respectivamente.

Na terceira e quarta reuniões foram realizadas as sessões 3 e 4, respectivamente e a coordenadora observou a evolução do grau de dependência dos usuários e a adesão ao tratamento repetindo, sempre que necessário as etapas anteriores. Além disso, nas duas últimas sessões a coordenadora reavaliou a conduta para cada paciente, fazendo alterações e adequações necessárias. Ao final das sessões recomendadas pelo programa, o grupo inicial foi acompanhado mensalmente pela coordenadora em reuniões de manutenção.

A aplicação do programa, portanto, caracteriza-se como o Projeto de Intervenção da autora deste estudo, diante do problema levantado.

Para o desenvolvimento deste trabalho foi feita também uma pesquisa nos bancos de dados da Bibliográfica na Biblioteca Virtual em Saúde por meio dos seguintes descritores:

Atenção à Saúde.

Tabagismo.

Atenção Primária à Saúde.

Isso proporcionará a fundamentação científica necessária, conforme os recursos cognitivos previstos no Projeto de Intervenção.

4 REVISÃO BIBLIOGRÁFICA

De uma forma geral, no quadro epidemiológico brasileiro, percebe-se uma transição do perfil de agravos à saúde, que são influenciados pelo envelhecimento, a urbanização, as mudanças sociais e econômicas e a globalização que impactam no modo de vida, trabalho e na forma de se alimentar dos brasileiros. Como consequência, fatores de risco como a obesidade, sedentarismo, consumo abusivo de álcool e tabaco tem se destacado, favorecendo o desenvolvimento das doenças crônicas não transmissíveis (DCNT). Dados de uma pesquisa realizada em 2010 indicaram que as DCNT responderam a 73,9% dos óbitos no Brasil, dos quais 80,1% foram devido à doença cardiovascular, câncer, doença respiratória crônica ou diabetes. Esses dados reafirmam a relevância das DCNT neste momento de transição epidemiológica do Brasil (BRASIL, 2012).

Entretanto, diante dessa realidade das últimas décadas houve também exemplos de sucesso para o controle dos principais fatores de risco para as DCNT. É o caso da política de controle do tabagismo, que fez cair a prevalência de fumantes de 35,6% em 1986 para 15,0% em 2010. Estimativas recentes calculam que essa queda preveniu cerca de 420 mil (260 mil a 715 mil) mortes (SZKLO *et al.*, 2012).

O número de fumantes no Brasil alcançou a marca de cerca de 35 milhões (MARQUES *et al.*, 2001). Dentre esses, morrem no país cerca de 200.000 pessoas por ano devido ao tabagismo, tendo como provável consequência os efeitos tardios da expansão do consumo de tabaco que teve início na década de 50 e 60 (PAHO, 2002).

O tabagismo é o principal causador do câncer de pulmão, que continua a ser o tipo de câncer que mais mata no Brasil, e a segunda causa de morte de câncer entre as mulheres. Apesar de muitas dessas mortes serem potencialmente evitáveis se essas pessoas pararem de fumar; contudo as pessoas continuam fumando, mesmo que a maioria já esteja em alerta acerca dos malefícios que o cigarro traz à saúde (GIGLIOTTI; CARNEIRO; FERREIRA, 2001).

Segundo Gigliotti; Carneiro e Ferreira (2001), o início do consumo de tabaco, em sua maioria, se dá na adolescência, entre os 13 e 15 anos, muitas vezes levados a experimentar o cigarro e outras drogas por fatores sociais, como uma forma de se tornarem mais sociáveis e com melhor capacidade de interação com seus pares.

A etiologia do tabagismo é multifatorial, isto quer dizer que não existe uma causa única para que o indivíduo se torne tabagista, mas sim um conjunto de fatores ambientais, biológicos e psicológicos. Além disso, o uso do tabaco é favorecido por diversos fatores, como: aceitação cultural, fácil acesso ao cigarro, baixo custo, “marketing”, o alto poder aditivo da nicotina, impulsividade, influências sociais, desconhecimento e negação do problema, entre outros (HUGHES, 2000)”.

No Brasil, a partir da década de 70, tornaram-se evidentes as primeiras manifestações para o controle do tabagismo por iniciativa de profissionais isolados, associações médicas, religiosas e outras ONGs, sem nenhum apoio governamental. Também nessa época surgiram os primeiros projetos de lei, manifestações públicas, divulgação na mídia e campanhas de educação em saúde. Diante desse quadro de evidencia do tabagismo como importante problema de saúde pública, ao longo desse período, foi construído o Programa Nacional de Controle do Tabagismo (PNCT) com dois grandes grupos: prevenção da iniciação do tabagismo, tendo como público-alvo, crianças e adolescentes; ações de estímulo os fumantes a deixarem de fumar. Ambos os enfoques são reforçados por ações legislativas, econômicas e ações de comunicação social (BRASIL, 2001).

O Instituto Nacional do Câncer (INCA) é o órgão do Ministério da Saúde responsável pelo PNCT e pela articulação da Rede de Tratamento do Tabagismo no SUS, em parceria com Estados e Municípios e Distrito Federal. A Rede foi organizada, seguindo a lógica de descentralização do SUS para que houvesse o gerenciamento regional do Programa tendo como premissa a intersetorialidade e a integralidade das ações. Cabe lembrar que desde 1989, o INCA desenvolve ações voltadas para o tratamento do tabagismo (INCA, 2011).

Nesse contexto, o PNCT trouxe como principal objetivo a implantação do Programa de Controle do Tabagismo nas Unidades de Saúde em todo o país. O Programa

inclui ações para que essas unidades se tornem um ambiente favorável à cessação de fumar. Isto implica na implementação de uma política de restrição ao consumo de derivados de tabaco em unidades de saúde, para o que foi desenvolvido o Programa Unidades de Saúde Livres de Tabaco (BRASIL, 2001).

Em relação ao tratamento do tabagismo, há duas abordagens que são consideradas eficazes, segundo diversos estudos, são elas: abordagens cognitivo-comportamental e farmacoterápica. As estratégias cognitivas envolvem o autoconhecimento sobre seu comportamento de fumar e a percepção sobre as consequências negativas de continuar fumando e positivas de parar de fumar. As estratégias comportamentais envolvem técnicas de relaxamento (como respiração), atividade física, ingestão de alimentos de baixo teor calórico, restrição aos horários e locais para fumar e o desenvolvimento de habilidades sociais, como pedir para que outros não fumem perto ou que não ofereçam cigarros (HUGHES, 2000).

Em 2007 o INCA implantou o Programa “Deixando de Fumar sem Mistérios” que consiste na aplicação de uma série de quatro sessões de abordagem comportamental, que orientam os pacientes acerca das etapas do tratamento, sendo que, as sessões são: 1 - Entender por que se fuma e como isso afeta a saúde; 2 - Os primeiros dias sem fumar; Sessão 3 - Como vencer os obstáculos para permanecer sem fumar; 4 - Benefícios obtidos após parar de fumar. O enfoque é dividido em dois grupos: Manual do Coordenador, voltado para os profissionais de saúde e Manual do Participante, voltado para aqueles que desejam parar de fumar (BRASIL, 2004).

A bibliografia consultada agregou conhecimentos necessários à execução do plano de ação.

5 PLANO DE AÇÃO E RESULTADOS

O tabagismo constitui um sério problema de saúde pública em todo o mundo, é comprovadamente fator de risco para uma série de doenças e agravos à saúde. O tratamento baseia-se em medidas não farmacológicas (comportamentais) e farmacológicas. Para o adequado controle e prevenção do tabagismo é fundamental cadastrar e acompanhar os pacientes hipertensos a fim de se obter informações necessárias para o melhor conhecimento dessas pessoas e suas condições de saúde, bem como planejar as melhores formas de intervenção, a fim de reduzir os índices de morbimortalidade no território. A partir disso, a ESF Conjunto Vitória tem como agravante a necessidade de cadastramento e acompanhamento da população de fumantes adscrita.

No quadro I encontra-se a descrição do problema selecionado.

Quadro 1 – Adesão de fumantes ao programa “Deixando de fumar se mistérios” na ESF Conjunto Vitória - Montes Claros (MG).

VARIÁVEL	QUANTIDADE
População cadastrada	2800
Fumantes cadastrados	67
Fumantes que aderiram ao programa	23

Fonte: Busca ativa dos ACS, Maio, 2015.

Quadro 2- Operações sobre o “nó crítico”: Implantação do programa “Deixando de fumar sem mistério” da ESF Conjunto Vitória- Montes Claros – Minas Gerais.

Nó crítico I	Usuários fumantes
Operação	Realizar busca ativa dos fumantes da área de abrangência e convidá-los a participar das sessões do programa “Deixando de fumar sem mistérios”.
Projeto	“Deixando de fumar sem mistério”
Resultados esperados	Controle do tabagismo na população local com redução de riscos aos usuários de tabaco.
Produtos esperados	<ul style="list-style-type: none"> - Verificar a eficácia do programa; - Relatar a experiência de aplicação do programa; - Reduzir a morbimortalidade causada pelo tabagismo; - Reduzir a prevalência de fumantes; - Promover a cessação de fumar; - Prevenir a iniciação do uso do tabaco.
Atores sociais/ responsabilidades	Equipe multiprofissional de saúde da ESF Conjunto Vitória.
Recursos necessários	<p>Estrutural: Garantir horários nas agendas da equipe multiprofissional para o acolhimento e atendimento dos usuários fumantes;</p> <p>Cognitivo: Articulação entre os vários setores de saúde e adesão entre os profissionais de saúde;</p> <p>Financeiro: Maior oferta de medicamentos e insumos para o tratamento, se necessário;</p> <p>Político: articulação intersetorial e aumento de recursos estruturais para atender a demanda.</p>
Controle dos recursos críticos / Viabilidade	<p>Ator que controla: Secretaria Municipal de saúde juntamente com a equipe de saúde Conjunto Vitória..</p> <p>Motivação: Favorável</p>

Ação estratégica de motivação	Plano de Ação sobre Controle do Tabagismo para a ESF Conjunto Vitória.
Responsáveis:	Equipe Multiprofissional de saúde da ESF Conjunto Vitória. - A intervenção ocorrerá através de busca ativa nas visitas domiciliares dos ACS, para detecção dos fumantes. - Reuniões para aplicação das sessões. - Consultas médicas.
Cronograma / Prazo	- Início: Maio de 2015; - Término: Dezembro de 2015.
Gestão, acompanhamento e avaliação	- Monitorar a demanda de fumantes por busca ativa constante. - Realizar capacitação de pessoal (equipe multidisciplinar). - Realizar vigilância através dos indicadores do SIAB. - Inicialização de novos grupos. - Realização dos grupos de manutenção.

A primeira reunião aconteceu no mês de maio de 2015. Nesse dia havia 23 usuários presentes; destes, quatro pessoas desistiram após a primeira sessão e duas pessoas desistiram após a segunda sessão. Os 17 usuários que sobraram foram acompanhados durante um período de sete meses.

Em relação ao grau de dependência de nicotina (Teste de Fagerstrom), revelou-se: **muito baixo**: nenhuma; **baixo**: duas pessoas; **médio**: três pessoas; **elevado**: cinco pessoas; **muito elevado**: sete pessoas (FAGERSTROM; SCHNEIDER, 1989).

Em relação à anamnese, cinco usuários foram contra indicados ao uso de Bupropiona devido a crise convulsiva prévia, AVE prévio, esquizofrenia, etilismo e uso de Metformina. Duas pessoas interromperam o uso da medicação, um devido a condições sociais e outro pelos efeitos colaterais.

Ao final das sessões oito usuários pararam completamente de fumar e nove pessoas reduziram em mais de 50% a carga de consumo do tabaco.

7 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Diante do plano de ação para a ESF Conjunto Vitória no Município de Montes - MG observou-se a importância das ações executadas pela equipe multiprofissional para atingir o objetivo principal, ou seja, o controle do tabagismo na população local.

Percebeu-se durante a busca ativa que a maioria dos usuários fumantes ainda encontra-se resistente em relação à adesão a programas de controle do tabagismo, mesmo tendo ciência dos danos e riscos que o tabaco provoca a sua saúde.

A implantação do programa “**Deixando de fumar sem mistérios**” foi considerada satisfatória e eficaz neste estudo, pois impactou de forma positiva em 100% dos participantes que permaneceram durante os sete meses de acompanhamento.

Vale ressaltar que para garantir o sucesso no controle do tabagismo faz-se necessário adotar a prática estabelecida por esse plano de intervenção de maneira constante e de acordo com a demanda local. É importante que se realize busca ativa frequente e cadastramento dos fumantes identificados para que novos grupos sejam iniciados e é imprescindível que haja, principalmente, a manutenção dos grupos finalizados.

REFERÊNCIAS

BRASIL. Ministério da Saúde. Instituto Nacional de Câncer - INCA. Coordenação de Prevenção e Vigilância (CONPREV). Prevenção e Vigilância (CONPREV). **Abordagem e Tratamento do Fumante**. Consenso 2001. Rio de Janeiro: INCA, 2001.

BRASIL. Ministério da Saúde. Saúde Brasil 2011: **uma análise da situação de saúde e a vigilância da saúde da mulher**. Brasília: Ministério da Saúde. 2012.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Instituto Nacional de Câncer. Coordenação de Prevenção e Vigilância. **Deixando de fumar sem mistérios: os primeiros dias sem fumar**. 2. ed. Rio de Janeiro: INCA, 2004.

CAMPOS, F. C. C.; FARIA, H. P.; SANTOS, M. A. **Planejamento e avaliação das ações em saúde**. 2 ed. Belo Horizonte: Nescon/UFMG, 2010.

CASTRO, G.F; THEÓPHILO, C.R. **Estudo dos processos de territorialização-desterritorialização-reterritorialização e exclusão de um território com duas faces: o “Bairro Chiquinho Guimarães”**. Universidade Estadual de Montes Claros, Montes Claros, MG. 2009. 162f.

FAGERSTROM, K.; SCHNEIDER, N. G. Measuring nicotine dependence: a review of the Fagerstrom Tolerance Questionnaire. **J. Behav. Med.** v. 12, p. 159-182, 1989.

GIGLIOTTI, A.; CARNEIRO, E.; FERREIRA, M. Tratamento do Tabagismo. In RANGÉ, B. **Psicoterapias Cognitivo-Comportamentais: um diálogo com a psiquiatria**. Porto Alegre: Artmed, 2001.

HUGHES, J.R. **Nicotine related disorders**. Kaplan & Sadock's Comprehensive Textbook of Psychiatry. Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins, 7th , p. 1033 - 8. 2000.

INSTITUTO NACIONAL DE CÂNCER. INCA. **Vigilância de Tabagismo em Escolares**. Realizado no Brasil, entre 2002 e 2009. Rio de Janeiro: 2011.

MARQUES, A.C.P.R.; CAMPANA, A.; GIGLIOTTI, A. P.; LOURENÇO, M.T.C.; FERREIRA, M. P.; LARANJEIRA, R. Consenso sobre o tratamento da Dependência de Nicotina. **Rev Bras Psiq**, v. 23, n.4, p. 200-14, 2001.

PAN AMERICAN HEALTH ORGANIZATION. PAHO. **Profits Over People** – Tobacco Industry Activities to Market Cigarettes and Undermine Public Health in Latin America and Caribbean. 2002.

PREFEITURA MUNICIPAL DE MONTES CLAROS. Disponível em <www.montesclaros.mg.gov.br>. 2016. Acesso em: 16 de janeiro de 2016.

SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE DE MONTES CLAROS. **Centro de Controle Epidemiológico**. 2016. <www.montesclaros.mg.gov.br>. Acesso em: 17 de janeiro de 2016.

SZKLO, A.S. *et al.* A snapshot of the striking decrease in cigarette smoking prevalence in Brazil between 1989 and 2008. **Preventive Medicine**. v. 54, n. 2, p. 162-167, 2012.

FAGERSTROM, K.; SCHNEIDER, N. G. Measuring nicotine dependence: a review of the Fagerstrom Tolerance Questionnaire. **J. Behav. Med.** v. 12, p. 159-182, 1989.

ANEXO 1 – TESTE DE FAGESTROM

1. Quanto tempo após acordar você fuma seu primeiro cigarro?

Dentro de 5 minutos (3)

Entre 6 e 30 minutos (2)

Entre 31 e 60 minutos (1)

Após 60 minutos (0)

2. Você acha difícil não fumar em lugares proibidos como igrejas, bibliotecas, etc?

Sim (1)

Não (0)

3. Qual o cigarro do dia que traz mais satisfação?

O primeiro da manhã (1)

Outros (0)

4. Quantos cigarros você fuma por dia?

Menos de 10 (0) _____

De 11 a 20 (1) _____

De 21 a 30 (2) _____

Mais de 31 (3) _____

5. Você fuma mais freqüentemente pela manhã?

Sim (1)

Não (0)

6. Você fuma mesmo doente, quando precisa ficar de cama a maior parte do tempo?

Sim (1)

Não (0)

Conclusão sobre o grau de dependência:

0 – 2 pontos = muito baixo

3 – 4 pontos = baixo

5 pontos = médio

6 – 7 pontos = elevado

8 – 10 pontos = muito elevado