

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

**IARLEY PERON FARIA**

**ADESÃO À TERAPIA MEDICAMENTOSA EM UM PROGRAMA  
ANTITABAGISMO E PROPOSIÇÃO DE UMA REDE SOCIAL COMO  
INTERVENÇÃO PARA CESSAÇÃO DO TABACO.**

**IPATINGA- MINAS GERAIS**

**2014**

**IARLEY PERON FARIA**

**ADESÃO À TERAPIA MEDICAMENTOSA EM UM PROGRAMA  
ANTITABAGISMO E PROPOSIÇÃO DE UMA REDE SOCIAL COMO  
INTERVENÇÃO PARA CESSAÇÃO DO TABACO.**

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

Orientador: Prof<sup>a</sup> Dr<sup>a</sup> Regina Maura Rezende

IPATINGA-MG

2014

**IARLEY PERON FARIA**

**ADESÃO À TERAPIA MEDICAMENTOSA EM UM PROGRAMA  
ANTITABAGISMO E PROPOSIÇÃO DE UMA REDE SOCIAL COMO  
INTERVENÇÃO PARA CESSAÇÃO DO TABACO.**

**Banca examinadora**

Examinador 1: Prof. Regina Maura Rezende – Universidade Federal do Triângulo Mineiro - UFTM

Examinador 2 – Prof. Ms. Maycon Sousa Pegorari - Universidade Federal do Triângulo Mineiro - UFTM

Aprovado em Uberaba, 12 de janeiro de 2015.

## **AGRADECIMENTOS**

Agradeço primeiramente à Deus pelo dom da sabedoria e por ter me dado forças para ter chegado até aqui. Aos meus pais pelos ensinamentos e conselhos, aos meus irmãos pela amizade e companheirismo. E à minha namorada Sabrina Rezende pelos momentos de compreensão e felicidade.

## RESUMO

**Introdução:** Ipaba é um município da região leste de Minas Gerais, o qual apresenta uma população de 17.729 habitantes e o distrito de Vale Verde que possui vários problemas relacionados à saúde pública e, dentre eles, o elevado número de tabagistas. **Justificativa:** O trabalho se justifica pela quantidade significativa de pessoas que fumam no município e, assim, pelos prejuízos causados às pessoas e, somada a baixa adesão e insucesso das campanhas anteriores para cessar o tabagismo. **Objetivo geral:** O objetivo geral do projeto de intervenção é combater o tabagismo no distrito do Vale Verde através de uma campanha que se torne um modelo de atendimento no local em que o próprio paciente seja o incentivador do combate ao vício. **Método:** O método utilizado foi a criação de uma rede social antitabagismo, bem como a utilização da padronização de farmacoterapia associada à psicoterapia. **Plano de intervenção:** Primeiramente houve um cadastro, informação aos pacientes sobre o assunto, em seguida, foram realizadas reuniões semanais para acompanhamento e esclarecimento de dúvidas a respeito do tratamento; por último, a adesão de novos participantes. **Conclusão:** A utilização de uma padronização da farmacoterapia associada à psicoterapia foi fundamental para a adesão e sucesso do projeto. Com a iniciativa de criar uma rede social antitabagismo, percebeu-se que a motivação dos pacientes aumentou. O fato de um indivíduo ser o responsável pelo outro, fez com que a adesão e vigilância contra o fumo aumentasse e com isso houve o fortalecimento do sucesso da terapia medicamentosa.

**Palavras-chave:** Tabaco, Epidemiologia; Terapia Combinada; Psicoterapia, Nicotina.

## ABSTRACT

**Introduction:** Ipaba is a municipality in the eastern region of Minas Gerais, which has a population of 17,729 inhabitants and the Vale Verde district has several problems related to public health and, among them, the high number of smokers. **Rationale:** The work is justified by the significant number of people who smoke in the city and thus the damage to people and, coupled with poor compliance and failure of previous campaigns for smoking cessation. **General Objective:** The general objective of the intervention project is to combat smoking in the Vale Verde district through a campaign to become an on-site service model in which the patient is the supporter of the fight against addiction. **Method:** The method used was the creation of an anti-smoking social network, and the use of pharmacotherapy of standardization associated with psychotherapy. **Intervention plan:** First there was a registration, information for patients on the subject, then, there were weekly meetings to monitor and answer questions about the treatment; finally, the accession of new participants. **Conclusion:** The use of a standardized pharmacotherapy associated with psychotherapy was fundamental for membership and success of the project. With the initiative to create a smoke-free social network, it was realized that the motivation of patients increased. The fact that an individual is responsible for the other, made the membership and surveillance against smoking increased and with it there was the strengthening of the success of drug therapy.

Keywords: Tobacco, Epidemiology; Combined therapy; Psychotherapy, Nicotine.

## LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

AVE- Acidente Vascular Encefálico

CENIBRA – Celulose Nipo-Brasileira

CNPJ – Cadastro Nacional de Pessoa Jurídica

COPASA- Companhia de Saneamento de Minas Gerais

DML- Depósito de Material de Limpeza

DPOC- Doença Pulmonar Obstrutiva Crônica

ESF- Estratégia em Saúde da Família

IDEB- Índice de Desenvolvimento da Educação Básica

IDH- Índice de desenvolvimento humano

MS- Ministério da Saúde

PNSN – Pesquisa Nacional de Saúde e Nutrição

PSF- Programa Saúde da Família

PMAQ - Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade

SUS- Sistema Único de Saúde

TFD- Tratamento Fora do Domicílio

USF- Unidade de saúde da Família

VIGITEL - Sistema Nacional de Vigilância de Doenças Crônicas por Inquérito Telefônico

## LISTA DE ILUSTRAÇÕES

<b>Quadro 1.</b> Planejamento de ações a partir do nó crítico 1.....	<b>26</b>
<b>Quadro 2.</b> Planejamento de ações a partir do nó crítico 2.....	<b>27</b>
<b>Quadro 3.</b> Planejamento de ações a partir do nó crítico 3.....	<b>28</b>
<b>Quadro 4.</b> Planejamento de ações a partir do nó crítico 4.....	<b>29</b>



## SUMÁRIO

<b>1 INTRODUÇÃO.....</b>	<b>10</b>
<b>2 JUSTIFICATIVA.....</b>	<b>15</b>
<b>3 OBJETIVO.....</b>	<b>17</b>
<b>4 METODOLOGIA.....</b>	<b>18</b>
<b>5 BASES CONCEITUAIS.....</b>	<b>21</b>
<b>6 PLANO DE AÇÃO.....</b>	<b>26</b>
6.1 Priorização de problemas.....	26
6.2 Seleção dos nós críticos.....	27
6.3 Desenho das operações.....	27
<b>7 CONSIDERAÇÕES FINAIS.....</b>	<b>34</b>
<b>REFERÊNCIAS.....</b>	<b>36</b>

## 1 INTRODUÇÃO

Ipaba é um município localizado na região do leste de Minas Gerais e fica a cerca de 230 km da capital do estado. O município tem como prefeito o Sr. Edimarques Gonçalves Teixeira, como secretária municipal de saúde a Sr<sup>a</sup>. Graciely Aparecida da Silva e como coordenador da atenção básica o Sr. Herick Ferreira Campos (IBGE, 2013).

São cidades limítrofes do município Ipaba: ao norte Belo Oriente; ao sul Bugre; ao leste Santana do Paraíso e ao oeste Caratinga (IBGE, 2013).

O nome Ipaba vem de origem indígena Tupi (Guarani) que quer dizer IPA, (Água). BA, (muito), ou seja, muita água. Isto por causa da abundância de água, como o rio Doce, lagos e córregos (IBGE, 2013).

No ano de 1936, com o crescimento populacional do povoado de Ipaba, o então prefeito de Catinga, Sr. Omar Coutinho solicitou demarcar os trinta e três alqueires de terra oficializando assim a existência de mais um povoado em seu município. A medição foi feita pelo agrimensor Paulo Franklin (IBGE, 2013).

.O Distrito Ipaba foi elevado à categoria de distrito em 08 de outubro de 1982 (IBGE, 2013). Em seguida ocorreu a emancipação de município em 27/04/1992. A instalação se deu em 01/01/1993 na posse do primeiro prefeito. Sua comarca passou a pertencer à comarca de Ipatinga em 14 de março de 1995. (IBGE, 2013).

A cidade de Ipaba está inserida na região administrativa do Vale do Aço sendo banhada pelo Rio Doce, seu córrego mais importante é o Córrego da Água Limpa, pois fornece água para COPASA, que abastece o município com água tratada. Os demais são: Córrego Água Limpa dos Gonçalves, Água Limpa dos Vieiras, Água Limpa dos Antunes, Beija Flor, Boachá e Vila dos Viana. A rodovia de acesso à cidade é a BR-458. Sua topografia apresenta área predominante de planícies e algumas encostas e planaltos (PREFEITURA MUNICIPAL DE IPABA, 2013).

A população do município é de 17.729 habitantes segundo a estimativa do IBGE, para o ano de 2013, e ocupam uma área de 113,128 km<sup>2</sup>, com uma

densidade populacional de 156,72 hab/km<sup>2</sup> e taxa de crescimento anual de 4% no período 2005 à 2013 (IBGE, 2013).

As principais atividades socioeconômicas de Ipaba são: Agricultura (milho, arroz, feijão, amendoim, mandioca, etc.), Pecuária (asininos, bovinos suínos) (PREFEITURA MUNICIPAL DE IPABA, 2013).

A cidade ainda conta com uma empresa produtora de extração de madeira (CENIBRA) e uma fábrica de doces, que se tornam fonte de emprego e trazem benefícios para o município. As fontes de recursos financeiros para a saúde são: Ministério da saúde e impostos arrecadados pelo município (PREFEITURA MUNICIPAL DE IPABA, 2013).

O Índice de Desenvolvimento Humano (IDH) da cidade de Ipaba para o ano 2010 foi de 0,665 sendo que o IDH Médio de longevidade (saúde) foi de 0,829, de renda média foi de 0.678 e de educação 0.562 (PREFEITURA MUNICIPAL DE IPABA, 2013).

Ainda de acordo com o Censo Demográfico de 2010, 81,07% das pessoas residentes no município se encontram acima da linha de pobreza, 15,3% entre a linha de indigência e pobreza e 3.63% abaixo da linha de indigência. A estrutura de saneamento básico na área de abrangência do PSF (Programa Saúde da Família) Vale verde é boa e conta-se com a coleta de lixo e instalação sanitária na maioria das residências. Vale lembrar que a área de abrangência é grande e possui famílias em situação de risco de moradia (PREFEITURA MUNICIPAL DE IPABA, 2013).

Com relação à educação, o município conta com quatro escolas. No período de 2009 a 2011, ressalta-se a taxa de analfabetismo entre os maiores de quinze anos chega a 20% e o percentual de crianças em idade escolar fora da escola é de 10%, segundo Índice de Desenvolvimento da Educação Básica (IDEB) – 2011(PREFEITURA MUNICIPAL DE IPABA, 2013).

Já o IDEB nacional, em 2011 foi de 5.3 para os anos iniciais do ensino fundamental em escolas públicas e de 3.8 para os anos finais (IDEB, 2013).

Quanto ao sistema de saúde, verifica-se que 79% da população do município é dependente do SUS (Sistema Único de Saúde). Para prestar o atendimento o município conta com seis Unidades de Saúde da Família (USF). A USF, a qual o presente projeto se direciona, encontra-se no distrito de Vale Verde, com uma equipe de quinze profissionais, sendo 0% efetivos e 100%

contratados (PREFEITURA MUNICIPAL DE IPABA, 2013). Nessa Unidade, são realizados atendimentos de primeiros socorros bem como atendimentos de rotina. Conforme destacado, a equipe de saúde conta com quinze profissionais, sendo um médico atuando trinta e duas horas semanais, uma enfermeira com carga horária de quarenta horas/semanais, uma técnica de enfermagem em regime de quarenta horas por semana, um dentista com vinte horas de jornada semanal, um auxiliar de consultório odontológico quarenta horas/ semanais e um recepcionista e um auxiliar serviços gerais com quarenta horas semanais, além dos cinco agentes comunitários de saúde, um fisioterapeuta e um nutricionista.

No posto de Saúde do distrito Vale Verde o atendimento médico é realizado cinco vezes por semana, de segunda à sexta-feira. O município conta com sete ambulâncias e dois microônibus para o Tratamento Fora do Domicílio (TFD). A referência para a média e alta complexidade são os municípios de Ipatinga e Belo-Horizonte. Quanto ao sistema de referência e contra referência, este se encontra ativo e em funcionamento adequado nesta gestão. Desta forma, as cidades em questão oferecem serviços de cirurgia geral, otorrinolaringologia, dermatologia, oftalmologia, neurologia, neurocirurgia, angiologia, cirurgia vascular, medicina por imagem, ortopedia, reumatologia, urologia, infectologia, cardiologia, pneumologia e medicina do trabalho (PREFEITURA MUNICIPAL DE IPABA, 2013).

De acordo com a Secretaria Municipal de Saúde, o orçamento destinado à saúde encontra-se no CNPJ (Cadastro Nacional de Pessoa Jurídica) desta secretaria (CNPJ 66229543/0001-93). A mesma destaca que os valores repassados fundo a fundo para o município de Ipaba, por setor, no ano de 2013 foram: R\$ 1.476.154,12 para a Atenção Básica, R\$ 118.041,83 da Vigilância à saúde, R\$ 186.600,00 para a Assistência Farmacêutica, R\$ 112.000,00 para Investimentos, totalizando R\$ 1.892.795,95, sendo que os itens de média e alta complexidade, Gestão do SUS não receberam recursos (PREFEITURA MUNICIPAL DE IPABA, 2013).

O município aplicou, no ano de 2013, 1.892.795,95 reais em saúde, correspondendo a 15,3 % do orçamento municipal. Para o ano de 2015 espera-se uma redução dos gastos absolutos com saúde em função do aumento de

campanhas e ações de prevenção e promoção da saúde (PREFEITURA MUNICIPAL DE IPABA, 2013).

Somando os recursos próprios e os recursos de transferência fundo a fundo, os gastos totais com saúde foram da ordem de 1.892.795,95 reais correspondendo a investimento de R\$ 359,45 /per capita/ano. Esta estrutura de financiamento limita de forma significativa o enfrentamento dos graves problemas identificados pela ESF (PREFEITURA MUNICIPAL DE IPABA, 2013).

Destaca-se ainda, que o município de Ipaba possui um Conselho Municipal de Saúde atuante, constituído por um presidente e outros membros, sendo eles dois líderes religiosos, quatro civis, quatro políticos e quatro trabalhadores da saúde. As reuniões ordinárias acontecem uma vez por mês regularmente (PREFEITURA MUNICIPAL DE IPABA, 2013).

A USF está situada no distrito do Vale Verde da cidade de Ipaba/MG; a região correspondente à área de abrangência da Equipe de Saúde da Família, da ESF distrito Vale Verde, tem relevo plano com ruas não pavimentadas. A USF foi implantada em 2006 tendo o seu funcionamento em uma sede própria, funcionando de segunda a sexta-feira de 07h00min às 17h00min. O prédio (próprio) inaugurado a cerca de oito anos tem área adequada e amplo espaço físico. Existe sala para reuniões, recepção com quantidade suficiente de cadeiras para a demanda espontânea e programada, uma sala para consulta médica, uma para consulta de enfermagem, pré-consulta, almoxarifado, farmácia, sala dos agentes de saúde, DML, sala de expurgo. Além da estrutura física, também se encontra bem equipada e com ótimos recursos para o funcionamento da equipe. Possui a atenção da farmácia popular a qual começou a funcionar juntamente com a inauguração da unidade do Vale Verde

Destaca-se que no Município não existem hospitais e este possui duas clínicas privadas, além disso, conta com dois laboratórios onde são realizados os exames por meio de convênios com a prefeitura. Com relação aos aspectos epidemiológicos, o município têm cadastrado no final de 2013, 1.575 portadores de hipertensão arterial sistêmica, 381 portadores de diabetes, 25 portadores de tuberculose e registraram no ano todo 61 casos de alcoolismo, número que vem crescendo com o passar dos anos. Além de 40 casos de

epilepsia, número que também vem aumentando durante os últimos anos (SIAB, 2013)

Segundo dados da Secretaria Municipal de Saúde (PREFEITURA MUNICIPAL DE IPABA, 2013), as principais causas de internação foram as complicações do uso crônico do tabaco, complicações do diabetes, acidente vascular encefálico (AVE), cânceres de próstata, mama e pele e infarto agudo do miocárdio. As principais causas de óbito no município foram infarto agudo do miocárdio, acidentes de motocicleta, morte por arma de fogo e armas brancas, além do câncer de próstata, mama e pele. A taxa de mortalidade infantil foi de 0/1000 nascidos vivos, e este número tem se mantido estável desde 2008 (IBGE, 2014).

Destaca-se que a cobertura vacinal da população de menores de cinco anos de idade foi de 97% (PREFEITURA MUNICIPAL DE IPABA, 2013). Embora com cinco meses de tempo de atuação na Unidade de Saúde do distrito do Vale Verde no município de Ipaba, notam-se alguns pontos deficientes que podem ser melhorados, tanto estruturalmente, como em relação à abordagem dos problemas de saúde mais prevalentes na população. Dentre os problemas identificados no diagnóstico situacional, a equipe destacou o alto índice de tabagistas no local e doenças relacionadas ao fumo como o câncer, enfisema pulmonar, infarto agudo do miocárdio entre muitas outras. A maior parte destas doenças poderão ser evitadas caso haja uma forma eficaz que combata o tabagismo na maior parcela da população em estudo, o que está diretamente relacionado a presente proposta.

## 2 JUSTIFICATIVA

Este trabalho se justifica pela necessidade de avaliação da forma adequada do tratamento antitabagismo, uma vez que, das campanhas anteriores para parar de fumar, uma grande parcela da população que iniciou o programa, não cessou por completo o vício do tabagismo. Estes projetos foram um incentivo aos pacientes, no entanto é necessário dar uma continuidade ao processo de educação e tratamento já iniciados anteriormente.

Ao realizar a priorização dos problemas a equipe de saúde levou em consideração a importância, urgência e capacidade de enfrentamento. Desse modo, o problema priorizado para a realização do projeto de intervenção foi o tabagismo no local, devido alto índice de fumantes e doenças relacionadas ao fumo.

As principais causas do alto índice de tabagismo no local são a falta de informação sobre os malefícios do cigarro, o uso de outras drogas como o álcool, maconha e crack, bem como o incentivo pelas pessoas que fumam e a presença de doenças psiquiátricas como a depressão e ansiedade. No entanto, existem muitas pessoas que já tentaram parar de fumar e não conseguiram. Como consequências, destacam-se o alto índice de doenças cardiorrespiratórias e câncer.

Com o objetivo de identificar os nós críticos do problema, a Equipe de Saúde destacou a grande quantidade de pessoas que desejam parar de fumar, a disposição que os pacientes mostraram e a grande quantidade de pessoas na mesma família que fumam. Observou-se também um elevado índice de jovens no local que iniciaram o hábito de fumar. Há uma dificuldade de adesão medicamentosa por falta de recursos da população para adquirir os remédios para se obter um tratamento farmacológico combinado (Bupropiona e o adesivo de Nicotina). Visto que a unidade de saúde não possui algumas medicações para oferecer aos seus usuários. O SUS oferece tanto a Bupropiona (Comprimidos de 150 mg) como os adesivos de Nicotina (7,14 e 21 mg), no entanto somente os adesivos são disponibilizados pela Unidade de Saúde.

A relevância deste projeto tem como justificativa a proposta de uma abordagem diferenciada, devido o elevado índice de pessoas que fumam na comunidade.

Destaca-se que Equipe de Saúde participou da análise dos problemas levantados e considerou que o município de IPABA-MG apresenta uma estrutura adequada para a realização do projeto, pois a unidade de saúde conta com profissionais capacitados para uma abordagem sistemática e infraestrutura adequada.

Por essas considerações justifica-se a realização deste estudo para propor ações que possam ser implantadas e/ou melhoradas, a fim de otimizar o processo de trabalho das equipes de saúde da família quanto à abordagem do tratamento antitabagismo. Assim, a proposta foi colocada em execução a partir de 14 de abril de 2014.



### 3 OBJETIVOS

O objetivo geral do projeto de intervenção é combater o tabagismo no distrito do Vale Verde através de uma campanha que se torne um modelo de atendimento no local em que o próprio paciente seja o incentivador do combate ao vício.

#### 3.1 Objetivos Específicos

- Comparar os tipos de tratamento farmacológicos disponíveis pelo Sistema Único de Saúde e a sua eficácia nos pacientes, fazendo um estudo aprofundado de tais medicamentos e como os mesmos poderão ser disponibilizados aos usuários para que haja o máximo de resolutividade no projeto
- Realizar uma campanha para educação continuada e sensibilização da população sobre os malefícios do cigarro.
- Promover o acompanhamento dos pacientes oferecendo suporte e tratamento eficaz para a interrupção permanente do tabagismo.
- Incentivar outras pessoas a pararem de fumar criando uma rede social antitabagismo.
- Viabilizar ações interdisciplinares para que 100% dos participantes do projeto parem de fumar. Obtendo apoio da psicoterapia, equipe de enfermagem e agentes comunitários de saúde.

#### 4 METODOLOGIA

Esta proposta se caracteriza como um projeto de intervenção que tem como objetivo propor uma campanha antitabagismo eficaz na área de abrangência Unidade do Distrito do Vale Verde, no Município de Ipaba/MG. Inicialmente o projeto foi realizado com um grupo de quarenta e cinco pacientes os quais foram acompanhados por um período de oito meses recebendo orientações e tratamentos. O projeto teve início no dia 14 de abril de 2014.

Neste projeto destaca-se que houve o compromisso permanente de busca aos dados de literatura, que foram levantados por procura sistemática em artigos e resultados de pesquisas anteriores já publicados sobre o assunto abordado. A busca foi guiada utilizando-se os seguintes descritores: Tabagismo, Nicotina, Epidemiologia, Terapia Combinada, Psicoterapia. O período de busca foi por publicações entre os anos de 2000 a 2014, exceto legislações e outras publicações básicas anteriores. Por fim, as informações contidas nos artigos e os dados do diagnóstico situacional serviram de base para o desenvolvimento do plano de ação. O trabalho foi constituído por seleção e análise de publicações relativas ao tema.

Os dados utilizados na realização do diagnóstico situacional foram utilizados na construção do plano de ação do Projeto de Intervenção, tendo como referencia os dez passos propostos no Módulo Planejamento e Avaliação das Ações de Saúde do Curso de Especialização em Estratégia Saúde da Família e que nortearam todo o processo, sendo eles:

- a) Primeiro passo: definição dos problemas (o que causou os problemas e suas consequências).
- b) Segundo passo: priorização dos problemas (avaliar a importância do problema, sua urgência, capacidade de enfrentamento da equipe, numerar os problemas por ordem de prioridade a partir do resultado da aplicação dos critérios).

- c) Terceiro passo: descrição do problema selecionado (caracterização quanto a dimensão do problema e sua quantificação).
- d) Quarto passo: explicação do problema (causas do problema e qual a relação entre elas).
- e) Quinto passo: seleção dos “nós críticos” (causas mais importantes a serem enfrentadas).
- f) Sexto passo: desenho das operações (descrever as operações, identificar os produtos e resultados, recursos necessários para a concretização das operações).
- g) Sétimo passo: identificação dos nós críticos (identificar os recursos críticos que devem ser consumidos em cada operação).
- h) Oitavo passo: análise de viabilidade do plano (construção de meios de transformação das motivações dos atores através de estratégias que busquem mobilizar, convencer, cooptar ou mesmo pressionar estes, a fim de mudar sua posição).
- i) Nono passo: elaboração do plano operativo (designar os responsáveis por cada operação e definir os prazos para a execução das operações).
- j) Décimo passo: desenhar o modelo de gestão do plano de ação; discutir e definir o processo de acompanhamento do plano e seus respectivos instrumentos. (CAMPOS, 2010)

Inicialmente foi realizado o cadastramento dos pacientes que tinham interesse e firmaram o compromisso em parar de fumar. Em seguida realizou-se uma palestra educativa mostrando e informando os pacientes sobre os malefícios do cigarro, bem como os benefícios de se parar de fumar e, para tal, através de ajuda especializada, propor formas de tratamento medicamentoso. Sendo assim foram feitas reuniões semanais para o acompanhamento do tratamento e esclarecimento de dúvidas a respeito do mesmo, e, que

porventura apareceram. Estas reuniões eram realizadas com participação da equipe de enfermagem e agentes comunitários de saúde.

A medicação, como o adesivo de nicotina na dosagem de 21,14 e 7 mg foi fornecida pelo governo federal e as demais medicações como a Bupropiona de 150 mg e gomas de mascar contendo nicotina, foram adquiridas pelo paciente.

Cada paciente teve que escolher um parceiro de tratamento desta forma um era o responsável pelo o outro sendo que isso foi esclarecido desde o primeiro encontro. A parceria é permanente e teve o objetivo de aumentar o incentivo mútuo dos pacientes a pararem de fumar. Os pacientes que não apresentavam condições de comprar as outras medicações receberam uma ajuda dos próprios colegas que estão participando do projeto que no caso é o seu parceiro de tratamento, lembrando que a finalidade do projeto é fazer com que 100% dos participantes parem de fumar.

Como o projeto apresentou boa aceitação pelos pacientes, no futuro, se tentará parcerias com empresas produtoras e/ou distribuidoras dos medicamentos para que estas ofereçam descontos na compra dos mesmos facilitando a aquisição do medicamento pelos pacientes em tratamento.

## 5 BASES CONCEITUAIS

Atualmente, o tabagismo é considerado um problema de saúde pública, em razão da alta prevalência de fumantes e da mortalidade decorrente das doenças relacionadas ao tabaco (REICHERT et al., 2008)

A mortalidade anual relacionada ao tabaco no mundo é de 5,4 milhões de pessoas, sendo um óbito a cada 10 adultos, dos quais 70% encontram-se em países em desenvolvimento. No Brasil, ocorrem 200 mil óbitos por ano. A mortalidade nos adultos está sendo maior que o número de óbitos por alcoolismo, HIV, Malária, tuberculose, causas maternas, homicídios e suicídios combinados (REICHERT et al., 2008)

Desta forma, percebe-se que o tabaco é um dos causadores dos grandes gastos em saúde pública. E que os recursos utilizados no tratamento dos malefícios do cigarro poderiam ser utilizados no tratamento de outras doenças ou mesmo em melhorias do atendimento no setor público. (Autor, 2014)

O consumo do tabaco geralmente se inicia na adolescência, em média entre 13 e 14 anos de idade. Quanto mais precoce o seu início, maior a gravidade da dependência aos problemas a ela associadas. Hoje existem mais de 50 doenças relacionadas ao tabagismo, todas elas passíveis de prevenção caso haja uma interrupção do vício (REICHERT et al., 2008).

A prevenção é a pedra fundamental para o combate ao tabagismo, pois se percebe que quanto mais informada estiver a população fumante e não fumante, sobre os riscos e prejuízos de se fumar maior é o grau de desistência do vício e menor são as intenções de se começar a utilizar o tabaco (Autor, 2014).

A contribuição do tabaco para o risco de doenças está mais do que bem documentada, no entanto, pouca atenção se tem dado à relação existente entre o tabagismo e a pobreza. O tabaco tende a ser consumido por aqueles que vivem em condições de pobreza, e quanto mais pobre maior é a associação.

Juntos o tabaco e a pobreza formam um ciclo vicioso o qual é difícil de escapar. Há várias maneiras que o tabaco aumenta a pobreza em nível individual, familiar e nacional. Em nível individual e familiar, o dinheiro gasto com tabaco pode ter um valor elevado. É um dinheiro que poderia ser gasto com necessidades básicas como moradia, alimentação e vestimenta (World Health Organization, 2004).

Além disso, considerando que seus usuários irão sofrer de algumas enfermidades, estes indivíduos não terão dinheiro para arcar com as suas despesas médicas e farmacêuticas, podendo evoluir para o óbito. A nível nacional, os países poderão sofrer com perdas econômicas enormes devido aos altos custos com gastos em saúde, bem como queda na produção devido às perdas de mão de obra causadas pelas doenças relacionadas ao tabaco e mortes pré-maturas. E para os países que cultivam a folha do tabaco há um grande prejuízo ao meio ambiente (World Health Organization, 2004).

Não restam dúvidas que a nicotina contida no cigarro é a chave para a dependência química e a conseqüente dificuldade de cessar o tabagismo. É a nicotina que torna o fumante escravo do cigarro. Entretanto, para o estabelecimento da dependência e seus graus de intensidade, existem fatores associados, características fisiológicas orgânicas, psicológicas, genéticas e comportamentais. (ROSEMBERG, 2003)

A nicotina é psicoativa, é reforçadora da vontade de fumar e com a repetição de seu uso desenvolve-se tolerância, exigindo doses progressivamente maiores para desencadear o mesmo efeito. A nicotina liga-se a receptores específicos do sistema nervoso; no cérebro interage com todos os centros alterando o metabolismo energético cerebral; as alterações incluem ativação elétrica, relaxamento muscular, efeitos sobre o sistema cardiovascular e endócrino. O processo determinante da dependência é similar ao de outras drogas como a cocaína e a heroína. A supressão do uso da nicotina acompanha-se coorte de sintomas desagradáveis os quais são quase sempre insuportáveis, que desaparecem após uma nova dose de nicotina. (ROSEMBERG, 2003)

A prevalência de tabagistas entre estressados e deprimidos é alta. Em geral a depressão é um fator que dificulta o abandono do tabaco e, nos que deixam de fumar, é maior a frequência de recaídas. Os indivíduos com desordens nervosas como a ansiedade têm associação estreita com o tabagismo. Doentes mentais fumam muito e a nicotino-dependência é elevada. Cerca de 70% dos pacientes que fazem o uso do álcool são fumantes pesados. A associação de qualquer tipo de desordem mental surge em 100% dos casos, sendo a depressão com maior frequência (ROSEMBERG, 2003).

Na prática percebe-se que existe uma forte ligação da intensidade do vício com o grau do distúrbio mental, o qual muitas das vezes está associado a problemas de ordem familiar e trabalhistas. Sendo assim, muitos pacientes utilizam o cigarro como válvula de escape de seus problemas e no final das contas tornam-se dependentes da nicotina pela sensação de alívio que ela traz. (Autor, 2014)

Entre 1996 e 2005, as hospitalizações relacionadas ao tabagismo corresponderam a aproximadamente 1,1 Bilhões de reais – em torno de meio bilhão de dólares, ou 1,6 % dos recursos disponibilizados para o pagamento de internações no âmbito do SUS. Tendo em vista este custo elevado e as inúmeras consequências do tabagismo, faz-se imperioso o seu controle e combate sistemático (IGLESSIAS et al., 2007).

O Ministério da Saúde vem aumentando os recursos para tratamento de pessoas que desejam parar de fumar. Em 2011, foram investidos R\$ 33 milhões na aquisição dos medicamentos para tratar cerca de 340 mil usuários de cigarros atendidos pelo Sistema Único de Saúde. O valor investido neste ano foi 470% maior na comparação com 2005 (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2013).

O consenso atual sobre os programas de controle ao tabaco sugere que as medidas mais eficazes são aquelas destinadas a reduzir a demanda, que incluem: Impostos elevados dos cigarros, medidas independentes de preço para controle do consumo (informações aos consumidores, proibição de propaganda e promoção de cigarros, advertências e proibições sobre o fumo

em locais públicos) e maior acesso aos programas de cessação (IGLESSIAS et al, 2007).

O Ministério da Saúde está realizando a ampliação do tratamento contra o fumo oferecido pelo Programa Nacional de Controle do Tabagismo no Sistema Único de Saúde (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2013).

O objetivo da ampliação é incentivar o abandono do tabaco, uma vez que, segundo dados do Ministério da Saúde (MS), em 2012, foram gastos R\$ 12 milhões no tratamento de doenças causadas pelo cigarro. No ano de 2013 foram R\$ 12 milhões só na primeira parte do programa, referente aos medicamentos. Mas a projeção do MS é de que o valor possa chegar a R\$ 60 milhões, conforme for transcorrendo a adesão das unidades de saúde (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2013).

A habilitação de serviços ocorrerá por meio do Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade (PMAQ), do ministério, que já assiste 30 mil unidades em 5,1 mil municípios do País. Todas elas poderão optar por oferecer o serviço. Atualmente, três mil unidades e serviços do SUS oferecem o tratamento, que inclui apoio psicológico e medicamentos, atendimentos educativos e terapêuticos, além de prevenção. Ao longo dos anos, mais de 600 mil pessoas já aderiram ao programa. (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2013).

Dados do Sistema Nacional de Vigilância de Doenças Crônicas por Inquérito Telefônico (Vigitel) 2011, realizado nas 27 capitais brasileiras, demonstram que o percentual de fumantes passou de 16,2%, em 2006, para 14,8%, em 2011. A frequência é menos da metade do índice de 1989, quando a Pesquisa Nacional de Saúde e Nutrição (PNSN), realizada pelo Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), apontou 34,8% de fumantes na população. A incidência de homens fumantes no período 2006-2011 diminuiu a uma taxa média de 0,6 % ao ano, sendo esta tendência de queda constatada em todas as faixas etárias e independentemente do grau de escolaridade (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2013).



Assim, o projeto que foi realizado é um passo a ser dado contra o tabagismo e os seus malefícios visto que o objetivo principal do projeto é fazer com que os próprios pacientes sensibilizem de que o cigarro traz sérios prejuízos à saúde e que eles próprios sejam disseminadores desta ideia, fazendo com que cada vez menos haja pessoas adeptas ao vício.

## **6 PLANO DE AÇÃO**

O consumo do tabaco é um dos maiores problemas de saúde pública, mas, que possui condições de controle e reversão. O combate ao fumo e a seus malefícios ganhou um grande impulso nos últimos 20 anos, além da prevenção, novas técnicas terapêuticas e farmacoterápicas eficazes que foram desenvolvidas tornando o tratamento deste vício bastante promissor e de fácil acesso às pessoas que precisam dele (World Health Organization, 2004).

Na unidade básica de saúde do Vale Verde, o primeiro passo dado no plano de ação foi o cadastramento e acolhimento de todos os pacientes que tinham a real intenção de parar de fumar. A informação aos usuários de que a unidade de saúde iria disponibilizar profissionais e medicamentos para o início e manutenção do tratamento foi algo que chamou a atenção de outras pessoas que não estavam motivadas. As equipes de agentes comunitários de saúde e enfermagem foram as responsáveis pela divulgação do projeto e o acolhimento dos pacientes bem como o acompanhamento dos pacientes durante o período de tratamento e participação das reuniões.

Em seguida foram realizadas consultas individuais com cada paciente que fez o seu cadastro. Neste momento foram coletadas informações a respeito da quantidade de cigarros consumida, o tempo de uso ou dependência, outras patologias associadas como depressão, diabetes e hipertensão, o uso de álcool e medicamentos em geral. A associação com moradia e problemas familiares também foi levada em consideração, além do nível de escolaridade. Também eram passadas informações acerca do funcionamento do projeto e os benefícios de se participar dele.

### **6.1 Priorização dos problemas**

A escolha do vício do tabagismo como primeira prioridade foi baseada no seu alto grau de importância, visto que ele interfere diretamente e negativamente no tratamento de outras doenças como a hipertensão, o câncer,

DPOC (Doença Pulmonar Obstrutiva Crônica) diabetes e, entre muitas outras doenças.

O principal critério para a escolha do tema foram os grandes benefícios que estes trariam para a sociedade com relação à saúde da população local e a sua capacidade de resolutividade gastando poucos recursos.

## **6.2 Seleção dos Nós Críticos**

Os nós críticos são as causas fundamentais de um problema. Quando as ações recaem sobre um nó crítico, é possível impactar e transformar efetivamente um problema (CAMPOS, 2010).

Os nós críticos foram selecionados considerando a capacidade de intervenção da equipe e o quanto eles interferem para manter o tabagismo, a saber:

1. Desmotivação de iniciar o tratamento e o medo de não conseguir se tratar.
2. Falta (ou insuficiência) de condições econômicas de adquirir a medicação para o tratamento.
3. Presença de doenças psiquiátricas associadas como a depressão, ansiedade e estresse;
4. Cultura de que o cigarro não faz mal à saúde e a associação ao prazer e juventude eterna.

## **6.3 Desenho das operações**

A partir dos nós críticos, foram elaboradas ações com os atores envolvidos, os recursos necessários e os resultados esperados (quadros 1,2,3 e 4).

**Quadro 1: Planejamento de ações a partir do nó crítico 1**

<b>Nó crítico</b>	<b>Desmotivação e medo de não conseguir se tratar</b>
<b>Operação/ Projeto</b>	Projeto amizade sem Fumo
<b>Resultados esperados</b>	Cada paciente deve ter um companheiro para aconselhar e vigiar o seu tratamento. Esta dupla foi formada no primeiro dia de reuniões.
<b>Produtos esperados</b>	Que se crie uma rede social antitabaco e que 100% dos participantes parem de fumar.
<b>Recursos necessários</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• <b>Organizacional:</b> espaço físico com a associação comunitária.</li> <li>• <b>Econômico:</b> Recursos audiovisuais e medicamentos como o adesivo de nicotina, a bupropiona e a goma de mascar.</li> <li>• <b>Cognitivo:</b> Formação e participação de toda a equipe.</li> <li>• <b>Político administrativo:</b> Adoção de um dia da semana para atendimento exclusivo aos pacientes do grupo para esclarecimento de dúvidas e discussão sobre o assunto, e, ainda consolidação de ideias.</li> </ul>

**Fonte:** Autor, 2014.

**Quadro 2: Planejamento de ações a partir do nó crítico 2**

<b>Nó crítico</b>	<b>Falta de condições econômicas para aquisição da medicação para o tratamento adequado</b>
<b>Operação/ Projeto</b>	Projeto amizade sem Fumo
<b>Resultados esperados</b>	No início do programa cada paciente teve que formar a sua dupla de terapia com isso um tinha que ajudar o outro no seu tratamento. Caso o paciente não tivesse condições de adquirir a bupropiona de 150 mg o seu colega deveria ajuda-lo a conseguir a medicação.
<b>Produtos esperados</b>	Que todos os pacientes utilizem todas as medicações necessárias para que o sucesso no grupo seja de 100%
<b>Recursos necessários</b>	Uma política de crédito ou desconto à vista na compra da medicação pelo paciente na farmácia do município. O paciente deverá se comprometer a pagar o seu tratamento mesmo que demore certo tempo para isso. O local conta com três farmácias as quais já se dispuseram a oferecer um desconto na compra da medicação necessária.

**Fonte:** Autor, 2014.

**Quadro 3: Planejamento de ações a partir do nó crítico 3**

<b>Nó crítico</b>	<b>Doenças psiquiátricas associadas como a Depressão, ansiedade e estresse.</b>
<b>Operação/ Projeto</b>	Projeto vida Saudável
<b>Resultados esperados</b>	Redução e controle de doenças psiquiátricas por meio de ações de tratamento do tabagismo.
<b>Produtos esperados</b>	Que as pessoas que estão no grupo tenham uma qualidade de vida melhor e que vivam livres do vício.
<b>Recursos necessários</b>	<b>Apoio da equipe da Psicologia:</b> No tratamento do tabagismo é mais do que necessário e fundamental o apoio da psicologia. Além do apoio da equipe de enfermagem e agentes comunitários de saúde, uma vez que os mesmos realizam visita domiciliar e averigam a adesão ao tratamento e a eficácia do mesmo

**Fonte:** Autor, 2014.

**Quadro 4: Planejamento de ações a partir do nó crítico 4**

<b>Nó crítico</b>	<b>Cultura de que o cigarro não faz mal à saúde e associação ao prazer e a ideia de juventude eterna</b>
<b>Operação/ Projeto</b>	Educação continuada em malefícios do tabagismo e seu tratamento.
<b>Resultados esperados</b>	Conhecimento aprofundado sobre os riscos do tabaco e os benefícios de uma vida sem cigarro.
<b>Produtos esperados</b>	Que os próprios participantes sejam divulgadores da ideia de que o tabaco é prejudicial à saúde e incentivem outras pessoas a pararem de fumar.
<b>Recursos necessários</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• <b>Organizacional:</b> espaço físico disponível pela associação comunitária.</li> <li>• <b>Econômico:</b> Recursos audiovisuais e medicamentos como o adesivo de nicotina, a bupropiona e a goma de mascar.</li> <li>• <b>Cognitivo:</b> A Formação e participação de toda a equipe.</li> <li>• <b>Político administrativo:</b> Retirar um dia de atendimento da semana para atendimento exclusivo aos pacientes do grupo para esclarecimento de dúvidas e discussão sobre o assunto e consolidação de ideias.</li> </ul>

**Fonte:** Autor (2014)

Após a definição do problema, a seleção do grupo de tratamento e os meios de trata-lo, iniciaram-se as reuniões semanais. No primeiro encontro foi realizada uma palestra educativa sobre os malefícios e informações sobre o tratamento do tabagismo, esclarecendo todas as dúvidas dos quarenta e cinco pacientes. Em seguida foram distribuídos os adesivos de nicotina de 21 mg. A cada semana eram realizadas discussões sobre o assunto como o esclarecimento de dúvidas e adequação da dosagem da medicação. Alguns pacientes relatavam melhora significativa de seu quadro como a cessação completa já na primeira semana de tratamento, já outros relatavam que não estavam se adequando à medicação devido a problemas pessoais, ou a efeitos colaterais da medicação.

A equipe da Psicologia foi fundamental na questão da terapia cognitiva comportamental e contribuiu de forma relevante nos casos de depressão e ansiedade gerados por problemas pessoais.

A equipe de enfermagem e agentes comunitários de saúde foi responsável pelo acompanhamento domiciliar e participação em todas as reuniões semanais com os pacientes.

Durante dois meses utilizou-se, em todos os pacientes, a associação da Bupropiona 150 mg (1X ao dia) + adesivo de nicotina (21 mg). No mês seguinte Bupropiona 150 mg (1X ao dia) + adesivo de nicotina (14 mg) e no último mês Bupropiona 150 mg (1X ao dia) + adesivo de nicotina (07 mg). Utilizando essa padronização observou-se um rendimento melhor no tratamento, e uma boa aceitação em todos os pacientes, mesmo naqueles que relatavam efeitos colaterais no início da terapia.

Depois de dois meses iniciais de acompanhamento todos os pacientes já estavam livres do vício. Muitos estavam felizes e diziam que sem a contribuição do projeto nunca iriam conseguir.



Mesmo após o término do tratamento medicamentoso as reuniões ainda continuarão de forma que a próxima etapa será fazer com que o paciente que se livrou do vício terá que trazer um novo amigo dependente de tabaco ao grupo, para que ele inicie o seu tratamento e inicie assim, um novo ciclo de terapia com novos pacientes. Trata-se de empreender ações junto aos pacientes antigos que servirão de exemplo para os novos pacientes. Neste próximo grupo de pessoas será utilizada também, uma parceria com as empresas produtoras e ou distribuidoras de medicamentos para tratamento do tabagismo. A intenção será criar uma rede de crédito para que os pacientes tenham descontos significativos na compra desta medicação facilitando a aquisição do mesmo e conseqüente melhor adesão à farmacoterapia. Lembrando que a unidade de saúde não possui todas as medicações necessárias para oferecer aos seus pacientes o que foge um pouco do princípio da integralidade do SUS. Estas medicações não são disponibilizadas por falta de empenho da secretaria de saúde em requisitá-las aos seus fornecedores de medicamentos.

## 7 CONSIDERAÇÕES FINAIS

A dependência química relacionada ao tabaco é algo difícil de ser controlada ou mesmo interrompida, pois envolve fatores associados à vida pessoal do paciente e a doenças psiquiátricas. A cada dia aumenta o número de pessoas que fumam e, ao mesmo tempo, as doenças associadas ao vício como o câncer. Portanto, o tabagismo tem que ser compulsoriamente evitado e combatido.

Com a iniciativa de criarmos uma rede social antitabagismo foi possível perceber que a motivação dos pacientes aumentou. O fato de um paciente ser o responsável por outro paciente, fez com que a adesão e vigilância contra o fumo aumentasse e, com isso, aumentou-se o sucesso da terapia medicamentosa.

O sucesso do tratamento foi de 100%, até o momento nenhum paciente afirmou ter fumado novamente após o início do programa. A terapia medicamentosa associada da bupropiona (150mg) ao adesivo de nicotina com doses regressivas, para todos os pacientes, potencializou o tratamento dos mesmos de forma que não houve desistências da terapia.

O apoio da psicoterapia foi fundamental para o sucesso do programa. As doenças psiquiátricas são um dos principais fatores que levam ao vício e a sua manutenção. Portanto, devem ser assistidas e controladas.

A equipe de enfermagem e agentes comunitários de saúde também trabalhou muito na questão do controle do tratamento e acompanhamento dos pacientes.

No momento em que vivemos o número de casos de doenças não transmissíveis vêm causando cada vez mais mortes prematuras e invalidez; assim, o estímulo à vida saudável pelos profissionais de saúde torna-se essencial. No entanto, poucas unidades básicas de saúde preocupam-se com a qualidade do atendimento dos seus pacientes dando prioridades aos atendimentos de livre demanda, servindo apenas como apaziguadores de problemas, ficando aquém da necessidade de resolução dos problemas. Dessa

forma, este projeto foi um exemplo de que é possível realizarmos campanhas preventivas de elevado grau de eficiência com poucos recursos. Quanto mais envolvido e informado estiver o paciente, melhores serão os resultados de projetos e planos de intervenção.

**REFERÊNCIAS:**

CAMPOS, F. et al. **Planejamento e avaliação das ações em saúde**. 2ª edição. Belo horizonte. NESCON/UFMG, 2010. Pág 02-23. Disponível em:<[https://plataforma.nescon.medicina.ufmg.br/moodle/pluginfile.php/32476/mod\\_scorm/content/6/UNIDADE3.pdf](https://plataforma.nescon.medicina.ufmg.br/moodle/pluginfile.php/32476/mod_scorm/content/6/UNIDADE3.pdf)>. Acesso em: 20/12/2014

IBGE. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. **Dados populacionais,históricos,estatísticos e geográficos relacionados ao município de Ipaba – MG**; Brasília, IBGE, 2013. Disponível em: <<http://cidades.ibge.gov.br/xtras/perfil.php?codmun=313115>>.Acesso em: 18 jun 2014.

IBGE. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. **Dados populacionais,históricos,estatísticos e geográficos relacionados ao município de Ipaba-MG**: Brasília IBGE, 2013. Disponível em: <[http://www.cidades.ibge.gov.br/painel/historico.php?lang=\\_EN&codmun=313115&search=%7Cipaba](http://www.cidades.ibge.gov.br/painel/historico.php?lang=_EN&codmun=313115&search=%7Cipaba)>. Acesso em: 28 ago 2014.

IBGE. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística– **Dados sobre mortalidade infantil do município de Ipaba-MG**, São Paulo; 2014. Disponível em: <<https://www.deepask.com/goes?page=ipaba/MG-Confira-o-numero-de-obitos-e-a-taxa-de-mortalidade-infantil-no-seu-municipio>>. Acesso em: 29 jul 2014.

IDEB. Índice de Desenvolvimento da Educação Básica, **Dados do desenvolvimento e qualidade educacional do município de Ipaba –MG**, Brasil: IDEB 2013. Disponível em:< <http://www.portalideb.com.br/cidade/1458-ipaba/ideb>>. Acesso em: 29 jul 2014.

IGLESSIAS, R. et al, Controle do Tabagismo no Brasil. **Banco Internacional para Reconstrução e Desenvolvimento /Banco Mundial**, 2007.Pág 07-12.

MINISTÉRIO DA SAÚDE, Portal Brasil, Saúde, **Controle do tabagismo ampliado na rede pública**, Brasil, Ministério da Saúde 2013. Disponível em:<<http://www.brasil.gov.br/saude/2013/04/controlado-tabagismo-sera-ampliado-na-rede-publica-de-saude>>. Acesso em: 14 de jan 2015.

MINISTÉRIO DA SAÚDE, Portal Brasil, Saúde, **Controle do tabagismo ampliado na rede pública**, Brasil, Ministério da Saúde 2013. Disponível em:<<http://www.brasil.gov.br/saude/2012/06/recursos-para-tratamento-de-fumantes-cresce-470-segundo-ministerio-da-saude>>. Acesso em 14 de Jan 2015.

PREFEITURA MUNICIPAL DE IPABA. Relatório anual de gestão. **Secretaria Municipal de Saúde –Janeiro a Dezembro 2013** Pág 07-34

REICHERT et al. Diretrizes para a cessação do tabagismo. **J. Bras. De Pneumologia** Vol 34. Nº 10. São Paulo. Out. 2008. Disponível em:<<http://sbpt.org.br/consensos-e-diretrizes-da-sbpt-101101>>/Acesso em: 16/12/2014

ROSEMBERG, j. **Nicotina: Droga Universal**. São Paulo: SES/CVE, 2003, Pág.14-60. Disponível em <<http://www.inca.gov.br/tabagismo/publicacoes/nicotina.pdf>>. Acesso em :16/12/2014

SIAB. Sistema de Informação da Atenção Básica. **Dados epidemiológicos do município de Ipaba-MG**. Brasília SIAB, 2013. Disponível em: <<http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/tabcgi.exe?siab/cnv/SIABFMG.def>>. Acesso em: 29 jul 2014.

WHO. World Health Organization. World o Tobacco Day. **Tobacco and poverty: a vicious circle**, 2004, p.05-12. Disponível em: <[http://www.who.int/tobacco/communications/events/wntd/2004/en/wntd2004\\_brochure\\_en.pdf?ua=1](http://www.who.int/tobacco/communications/events/wntd/2004/en/wntd2004_brochure_en.pdf?ua=1)> Acesso em: 16/12/2014

