

Universidade Federal de Minas Gerais  
Faculdade de Medicina - Núcleo de Educação em Saúde Coletiva  
Curso de Especialização em Medicina de Família e Comunidade  
Projeto de Intervenção

GUILHERME ANTONIO ZAMBINI

## **Cessaçãõ do tabagismo na APS: Promoçãõ da saúde e prevençãõ do tabagismo**

Belo Horizonte

2026

GUILHERME ANTONIO ZAMBINI

**Cessação do tabagismo na APS: Promoção da saúde e  
prevenção do tabagismo**

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado ao Curso de Especialização em Medicina de Família e Comunidade, da Universidade Federal de Minas Gerais, para obtenção do Certificado de Especialista.

Orientador: KENIO CÁSSIO TEIXEIRA DE TOLEDO PEREIRA

Belo Horizonte  
2026



UNIVERSIDADE FEDERAL DE MINAS GERAIS  
FACULDADE DE MEDICINA  
NESCON - NÚCLEO DE EDUCAÇÃO EM SAÚDE COLETIVA

### FOLHA DE APROVAÇÃO

Aos 10 do mês de Julho de 2025, a Comissão Examinadora designada pela Coordenação do Curso de Especialização em Medicina de Família e Comunidade (CEMFC) se reuniu para avaliar o Trabalho de Conclusão de Curso do(a) aluno(a) **GUILHERME ANTONIO ZAMBINI** intitulado "Cessação do tabagismo na APS: Promoção da saúde e prevenção do tabagismo", requisito parcial para a obtenção do Título de Especialista em Medicina de Família e Comunidade. A Comissão Examinadora foi composta pelos avaliadores Kenio Cassio Teixeira de Toledo Pereira e Sandra Soares Pereira. O TCC foi aprovado com a nota 100.

Esta Folha de Aprovação foi homologada pela coordenação do CEMFC nos 24 do mês de outubro de 2025 pelo então coordenador Prof. Marcelo Pellizzaro Dias Afonso.

Belo Horizonte, data da assinatura eletrônica.

PROF. MARCELO PELLIZZARO DIAS AFONSO

Coordenador do Curso de Especialização em Medicina de Família e Comunidade - CEMFC



Documento assinado eletronicamente por **Marcelo Pellizzaro Dias Afonso, Professor do Magistério Superior**, em 24/11/2025, às 19:13, conforme horário oficial de Brasília, com fundamento no art. 5º do [Decreto nº 10.543, de 13 de novembro de 2020](#).



Documento assinado eletronicamente por **Gabriel Henrique Silva Teixeira, Secretário(a) administrativo(a)**, em 25/11/2025, às 08:38, conforme horário oficial de Brasília, com fundamento no art. 5º do [Decreto nº 10.543, de 13 de novembro de 2020](#).



A autenticidade deste documento pode ser conferida no site [https://sei.ufmg.br/sei/controlador\\_externo.php?acao=documento\\_conferir&id\\_orgao\\_acesso\\_externo=0](https://sei.ufmg.br/sei/controlador_externo.php?acao=documento_conferir&id_orgao_acesso_externo=0), informando o código verificador **4680980** e o código CRC **B0F432D2**.

*Dedico esse trabalho a Equipe de Saúde da Família da UBS Catanduvas, que foram de grande importância para a execução e elaboração deste trabalho, pois sem o apoio dela este projeto não teria obtido êxito.*

# Agradecimentos

Agradeço primeiramente a Deus e meus familiares pelo apoio em todo o trabalho desenvolvido até aqui. Aos amigos e a toda equipe de funcionários da UBS Catanduvas que me apoiaram durante toda a construção deste trabalho.

# Resumo

O consumo de tabaco representa um desafio significativo para a saúde pública a nível global, com repercussões econômicas, sociais, e culturais em diversas comunidades. É considerada a principal causa de morte evitável, estando frequente no centro de tratados internacionais, convenções e políticas de saúde. Apesar dos avanços legislativos e institucionais, estas iniciativas mostram-se insuficientes não forem acompanhadas por uma sólida educação em saúde e por um acompanhamento contínuo dos fumantes. Investigações na área do comportamento humano evidenciam que o desejo explícito de parar de fumar, aliado ao apoio de profissionais da saúde e intervenção de equipe multidisciplinar, são elementos fundamentais no processo de cessação tabágica. Com base nessa perspectiva pode-se constatar que a elevada presença de comorbidades entre fumantes atendidos nas unidades básicas de saúde do município em que atuo, surgiu uma estratégia local para combater o tabagismo. A iniciativa constitui em uma melhoria da equipe multidisciplinar, composta por agentes de saúde, técnicos de enfermagem, enfermeiros e médicos com o objetivo comum de apoiar os fumantes na tomada de decisão de parar de fumar. Terá como missão identificar e recrutar o maior número possível de fumantes que tenham o desejo de parar de fumar. A captação foi efetuada através de abordagem dos agentes de saúde, tanto no acolhimento na unidade de saúde como nas consultas médicas. Os participantes formam um grupo no qual receberão acompanhamento clínico, aconselhamento, informações e acompanhamento psicológico. Serão realizadas reuniões em grupo com palestras informativas, escuta ativa para que consigam sinalizar suas dificuldades e consultas orientadas para o objetivo de parar de fumar.

**Palavras-chave:** abandono do uso de tabaco; prevenção do hábito de fumar; tabagismo

# Abstract

Tobacco consumption represents a significant challenge to public health globally, with economic, social, and cultural repercussions on diverse communities. It is considered the main cause of preventable death, and is frequently at the center of international treaties, conventions and health policies. Despite legislative and institutional advances, these initiatives are insufficient if they are not accompanied by solid health education and continuous monitoring of smokers. Research in the area of human behavior shows that the explicit desire to stop smoking, combined with the support of health professionals and the intervention of a multidisciplinary team, are fundamental elements in the smoking cessation process. Based on this perspective, it can be seen that the high presence of comorbidities among smokers treated in basic health units in the municipality in which I work, a local strategy to combat smoking has emerged. The initiative constitutes an improvement in the multidisciplinary team, made up of health agents, nursing technicians, nurses and doctors with the common objective of supporting smokers in making the decision to quit smoking. Its mission will be to identify and recruit as many smokers as possible who want to quit smoking. The capture was carried out through an approach by health agents, both during reception at the health unit and during medical consultations. Participants form a group in which they will receive clinical support, counseling, information and psychological support. Group meetings will be held with informative lectures, active listening so that they can signal their difficulties and consultations aimed at stopping smoking.

**Keywords:** cessation of tobacco use; prevention of smoking; smoking

# Sumário

1	<b>INTRODUÇÃO</b> . . . . .	8
2	<b>JUSTIFICATIVA</b> . . . . .	10
3	<b>FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA</b> . . . . .	11
4	<b>OBJETIVOS</b> . . . . .	20
5	<b>METODOLOGIAS</b> . . . . .	21
6	<b>RESULTADOS ESPERADOS</b> . . . . .	23
7	<b>CONSIDERAÇÕES FINAIS</b> . . . . .	24
	<b>REFERÊNCIAS</b> . . . . .	25

# 1 Introdução

## 1.1 Aspectos gerais do município

O presente Projeto de Intervenção (PI) tem como base a realidade vivenciada na Unidade Básica de Saúde (UBS) Catanduvas, localizada no município de Contenda, no estado do Paraná.

Contenda é um município localizado no estado do Paraná, pertencente à Região Metropolitana de Curitiba, com uma área territorial de aproximadamente 300 km. De acordo com o Censo Demográfico de 2022, sua população é de 19.128 habitantes. O município é amplamente conhecido como a Capital da Batata, título concedido pelo Governo Federal na década de 1960, devido à expressiva produção do tubérculo, prática tradicional mantida por diversas famílias da região até os dias atuais.

Com uma economia historicamente voltada à agricultura, Contenda possui uma zona rural extensa, formada por lavouras e comunidades que ainda concentram a maior parte da população produtiva local. Dentre os principais bairros rurais destacam-se Serrinha, Catanduvas do Sul, Campestre, Pocinho, Poço Grande, Fundo do Mato, São Pedro, Mato Dentro, Rio do Cacho, Passo da Cruz, Passa Passa, Lagoa das Almas e Vila Vernick.

Apesar de sua vocação agrícola, nos últimos anos o município tem buscado diversificar sua economia. A gestão pública local vem incentivando a instalação de indústrias no território contendense, o que tem contribuído para a geração de empregos e uma gradual transformação do perfil socioeconômico da população. Ainda assim, uma parcela significativa dos habitantes segue dedicada ao trabalho no campo, contribuindo para o abastecimento local e de municípios vizinhos, mesmo diante de desafios e da pouca valorização da atividade agrícola.

## 1.2 O sistema municipal de saúde

O sistema municipal de saúde de Contenda no município, a rede da Atenção Básica é composta por 04 Unidades Básicas de Saúde (UBS), sendo cinco Unidades de referência de Saúde da Família, ao passo que a atenção especializada ocorre cinco Centros de consultas especializadas (Cardiologista, Pediatra, Ginecologista, Obstetra e Odontologia). No que se refere ao atendimento de urgência e emergência, há disponível somente uma Unidades de Pronto Atendimento (Hospital e Maternidade Miquilina Franco e Elisa Padilha), Na assistência farmacêutica existem uma Farmácia distrital, uma Farmácia hospitalar, uma Farmácia CAPS, uma Farmácia de medicamentos especiais.

## 1.3 A UBS Catanduvas do Sul

A UBS Catanduvas possui cadastrados 3500 usuários. A unidade encontra-se bem estruturada com uma área destinada à recepção, e com uma pequena sala de espera. Apresenta uma sala de curativo/observação, sala de vacina, dois consultórios, uma sala de

reunião, uma cozinha e um banheiro. Há uma rede de conexão para internet o que facilita o trabalho das equipes. A população tem muito apreço pela Unidade de Saúde, fruto de anos de luta da associação.

Atualmente está bem equipada e conta com os recursos adequados para o trabalho da equipe. O maior tempo da equipe está voltado para atividades de atendimento agendado, demanda espontânea e com o atendimento de alguns programas, como: saúde bucal, pré-natal, puericultura, controle de câncer de mama e ginecológico, atendimento a hipertensos e diabéticos, e acompanhamento de crianças abaixo de dois anos.

A equipe já tentou desenvolver outras ações de saúde, como por exemplo, grupos de hipertensos e diabéticos, que, com o tempo, se mostraram pouco frutíferas. No início essas iniciativas conseguiram despertar algum interesse da comunidade, mas logo as pessoas sumiam das reuniões e o trabalho morria. Em relação aos grupos de hipertensos e diabéticos, a equipe resolveu condicionar a troca das receitas à participação nas reuniões, o que provocou questionamentos por parte da população e não mudou qualitativamente a participação nas reuniões.

A ausência de um projeto e de avaliação do trabalho tem sido motivo de alguns conflitos entre os membros da equipe. Uma queixa geral é a falta de tempo, devido à demanda de atendimento. Com o passar dos anos essa situação e a falta de perspectivas de mudanças têm provocado um desgaste grande na equipe.

#### 1.4 Problemas de saúde do território e da comunidade

A equipe realiza periodicamente reuniões para discussão de assuntos diversos, como os principais problemas identificados no território e na comunidade. É um espaço aberto a reclamações e sugestões de melhorias.

Dentre os problemas levantados, talvez o tabagismo seja um dos que mais mereçam atenção, tanto pela alta prevalência como pelas consequências deletérias que causa, preveníveis pela cessação de seu uso.

Dentre os diversos desafios enfrentados no cotidiano da Atenção Primária à Saúde (APS), o tabagismo destaca-se como um dos problemas que mais exigem atenção, não apenas pela sua elevada prevalência, mas também pelos graves impactos que acarreta à saúde da população.

O consumo do tabaco é responsável por uma série de doenças crônicas não transmissíveis (DCNT), além de prejuízos sociais e econômicos significativos. Embora seja uma condição prevenível, o hábito de fumar permanece enraizado em muitos contextos culturais e sociais, dificultando as estratégias de cessação do seu uso. Considerando essa realidade, torna-se essencial a implementação de ações efetivas que estimulem o abandono do tabagismo e promovam a saúde integral dos indivíduos, especialmente em comunidades com histórico elevado de consumo.

## 2 Justificativa

O presente Projeto de Intervenção, voltado à cessação do tabagismo com ênfase na prevenção, tem como base a identificação, no cotidiano da Atenção Primária à Saúde (APS), de um cenário recorrente: o uso do tabaco por uma parcela significativa da população, com impactos diretos sobre a saúde individual e coletiva. Como médico atuante em uma Unidade de Saúde da Família, observa-se com frequência a chegada de usuários com doenças diretamente associadas ao tabagismo, como Doença Pulmonar Obstrutiva Crônica (DPOC), hipertensão, doenças cardiovasculares e diferentes tipos de câncer. Ainda mais preocupante é a crescente exposição de jovens e adolescentes a fatores de risco que os tornam potenciais novos fumantes.

O tabagismo é uma doença crônica, prevenível e tratável, que permanece como uma das principais causas de morte evitável no Brasil e no mundo. Além das perdas humanas, o consumo de tabaco gera elevado custo econômico ao sistema público de saúde, agravando o cenário de sobrecarga dos serviços, especialmente na rede de atenção primária, onde se concentram os atendimentos e o acompanhamento longitudinal dos pacientes com Doenças Crônicas Não Transmissíveis (DCNT).

Nesse contexto, a importância do projeto está em romper o ciclo de iniciação e dependência do tabaco por meio de ações educativas, comunitárias e interdisciplinares, promovendo não apenas a cessação entre fumantes, mas também a conscientização e a prevenção entre os não fumantes — especialmente adolescentes, grupo vulnerável à influência da indústria do tabaco e do ambiente social.

A relevância do PI também se justifica pela potência da APS como espaço de promoção da saúde, com equipes próximas da realidade da população, capazes de desenvolver ações integradas com escolas, famílias e redes comunitárias. A prevenção do tabagismo na infância e adolescência, por exemplo, pode representar uma mudança duradoura nos padrões de saúde pública, reduzindo significativamente a carga futura de doenças relacionadas ao tabaco.

Além disso, a atuação em grupo com enfoque multiprofissional (envolvendo médico, enfermeiro, psicólogo e agentes comunitários de saúde) favorece a construção de vínculos, a escuta qualificada e o empoderamento do usuário no processo de mudança de comportamento. O projeto também fortalece a autonomia da equipe de saúde para conduzir ações educativas eficazes, com base em evidências e práticas integradas.

### 3 Fundamentação teórica

O tabagismo é reconhecido como uma Doença Crônica Não Transmissível (DCNT) que envolve dependência física, psicológica e comportamental, sendo atualmente considerada a maior causa evitável isolada de mortes precoces em todo o mundo (DROPE; SCHLUGER, 2018). Essa condição não se limita ao uso de cigarros tradicionais, abrangendo também outros produtos derivados do tabaco que contêm nicotina, substância química responsável pela dependência. No Brasil, a forma predominante de consumo do tabaco é a fumada, como cigarros industrializados, cigarro de palha, narguilé e charuto.

A composição da fumaça do tabaco é altamente nociva, contendo mais de 7.000 compostos e substâncias químicas. Estudos indicam que pelo menos 69 dessas substâncias têm potencial comprovadamente cancerígeno (ASSOCIATION, 2020), representando sérios riscos à saúde de quem fuma e também de quem convive com fumantes.

Além de ser uma doença em si, o tabagismo é considerado um dos principais fatores de risco modificáveis para o desenvolvimento de diversas DCNT, como cânceres de diferentes tipos, diabetes, doenças cardiovasculares e doença pulmonar obstrutiva crônica (DPOC). Importante destacar que os fumantes passivos, incluindo crianças — inclusive no período intrauterino — e outros conviventes, também sofrem os efeitos nocivos do tabaco, mesmo sem fazer uso direto da substância.

De acordo com a Organização Mundial da Saúde, em 2017 cerca de oito milhões de mortes no mundo foram atribuídas a doenças causadas pelo uso do tabaco, e aproximadamente 884.000 mortes foram consequência da exposição ao fumo passivo em 2016 (WHO, 2019). Entre essas doenças, destacam-se o câncer de pulmão e a doença pulmonar crônica, que têm forte associação com o uso prolongado do tabaco, sendo que aproximadamente 45% dos casos de doença pulmonar crônica no mundo estão diretamente ligados ao tabagismo (DROPE; SCHLUGER, 2018).

Importa destacar que não existe uma forma segura de consumo de tabaco (VIEGAS, 2008). Todas as variantes e produtos derivados representam riscos graves à saúde. O tabagismo é um fator de risco significativo para seis das oito principais causas de morte no mundo, incluindo doenças cardiovasculares, AVC, infecções respiratórias, DPOC, tuberculose e vários tipos de cancro, como os pulmão, traqueia e brônquios (OLIVEIRA; VALENTE; LEITE, 2007).

Metade dos fumantes regulares corre o risco de morrer devido a doenças relacionadas com uso do tabaco. Os fumantes perdem, em média, dez anos de vida, sendo que essa perda pode ser revertida em grande parte se o hábito for abandonado. Existe uma correlação clara entre a quantidade e o tempo de consumo e o surgimento de doenças. Por exemplo, o risco de enfarte é cinco vezes maior em indivíduos com menos de 50 anos que fumam

(NUNES, 2006).

Parar de fumar proporciona benefícios evidentes para a saúde, reduzindo drasticamente o risco de desenvolver doenças graves. No entanto, para que esse processo seja eficaz, é essencial reconhecer o fumador como um dependente químico da nicotina. Esta dependência é uma condição complexa, que envolve múltiplas dimensões — genéticas, fisiológicas, psicológicas e ambientais (PETO et al., 2000).

A motivação pessoal desempenha um papel determinante na superação do vício, embora os sintomas de abstinência constituam um obstáculo frequente. A dependência de nicotina é complexa, tanto no plano físico como psicológico, e a cessação exige motivação, suporte profissional e acompanhamento adequado, pois os sintomas de abstinência irão aparecer, tornando o processo de abandonar o vício desafiador, sendo essencial a intervenção contínua da equipe de saúde (RONDINA; GORAYEB; BOTELHO, 2007).

Com as mudanças nas políticas de saúde, observa-se um novo olhar sobre o tabagismo, encorajando com uma questão de promoção da saúde e não apenas de tratamento. A abordagem atual privilegia medidas preventivas e educativas para combater o vício (ROSE, 2001).

A abordagem sistemática do tabagismo durante as avaliações de saúde é uma estratégia essencial na promoção da cessação do uso do tabaco. Por exemplo, considerando a realidade brasileira, com uma média de 500 mil médicos atuando no país e cada um realizando cerca de dez atendimentos diários, é possível alcançar uma quantidade significativa de fumantes anualmente. Caso ao menos um paciente atendido por dia seja tabagista, seriam mais de 125 milhões de contatos com fumantes ao longo de um ano. Se, desses, apenas 10% forem efetivamente motivados a parar de fumar, haveria um impacto direto sobre a vida de mais de 12 milhões de pessoas — um número expressivo tanto para a saúde coletiva quanto para a redução dos custos no sistema público de saúde.

A atuação não deve se restringir apenas à categoria médica, profissionais de diversas áreas da equipe multiprofissional — como enfermeiros, psicólogos, terapeutas ocupacionais, assistentes sociais e fonoaudiólogos — também possuem papel fundamental na identificação, abordagem e acompanhamento dos usuários que fazem uso de produtos derivados do tabaco. Quanto mais integrado for esse trabalho, maior será o alcance das ações de cessação.

Para que a intervenção seja efetiva, é fundamental que o profissional de saúde compreenda a relação que o usuário estabelece com o cigarro. Investigar quando se iniciou o hábito, quais produtos são consumidos, qual a frequência e quais os contextos que favorecem o uso são passos importantes no plano de cuidado. Solicitar ao paciente que descreva como se dá o uso do cigarro em um dia típico pode trazer informações valiosas sobre os chamados "gatilhos", que são situações, emoções ou hábitos que estimulam o desejo de fumar.

Uma ferramenta amplamente utilizada para mensurar o grau de dependência da nicotina é o Teste de Fagerström, o qual ajuda a direcionar as estratégias de intervenção, tanto comportamentais quanto farmacológicas. Da mesma forma, conhecer as tentativas

anteriores de parar de fumar — incluindo os métodos usados e os fatores que levaram à recaída — permite que a equipe de saúde compreenda melhor as barreiras enfrentadas pelo paciente e ofereça uma abordagem mais personalizada.

Outro ponto fundamental é compreender o nível de motivação do indivíduo para mudar seu comportamento. Nesse sentido, o modelo transteórico proposto por Prochaska e DiClemente (1983) se mostra bastante eficaz, ao dividir o processo de mudança em seis fases: pré-contemplação, contemplação, preparação, ação, manutenção e recaída. Esse modelo orienta o profissional a adaptar sua abordagem de acordo com a etapa em que o paciente se encontra. (PROCHASKA; DICLEMENTE, 1983).

Na fase de pré-contemplação ou contemplação, o paciente geralmente não demonstra intenção de parar de fumar ou ainda se mostra ambivalente. Nesses casos, é necessário fornecer informações sobre os riscos do tabagismo e os benefícios da cessação, respeitando o tempo do indivíduo e sem adotar uma postura impositiva.

Durante a preparação para a ação, o paciente já aceita que precisa mudar e começa a buscar estratégias para isso. Nessa fase, é indicado que ele defina uma data para interromper o uso do tabaco e que sejam trabalhadas ações práticas, como evitar situações de risco, reduzir o estresse e adotar hábitos mais saudáveis, como a prática de exercícios físicos e alimentação balanceada.

Na fase de ação, o paciente já tomou a decisão de parar de fumar. Aqui, o papel da equipe de saúde é essencial para oferecer suporte intensivo, acompanhar os sintomas de abstinência e ajudar a manejar as crises de fissura — momentos críticos em que há forte desejo de fumar.

Durante a fase de manutenção, é importante reforçar os ganhos já conquistados e trabalhar estratégias para evitar recaídas. Parabenizar o paciente pelo progresso contribui para o fortalecimento de sua autoconfiança e adesão ao processo.

Em casos de recaída, é fundamental que o episódio não seja encarado como um fracasso. O retorno ao uso do tabaco é comum e deve ser compreendido como parte do processo de cessação. O acolhimento e a análise do que levou à recaída são determinantes para que o paciente possa tentar novamente com mais chances de sucesso.

No enfrentamento ao tabagismo, especialmente no contexto da Atenção Primária à Saúde (APS), é essencial que os profissionais disponham de estratégias práticas, sistemáticas e efetivas para conduzir a abordagem dos pacientes fumantes. Nesse sentido, destacam-se dois métodos amplamente recomendados e validados: o modelo dos 5 As e a estratégia dos 5 Rs. Essas ferramentas auxiliam não apenas na organização das ações clínicas, mas também na construção de um vínculo terapêutico mais sólido e eficaz com o usuário, respeitando sua motivação, fase de mudança e singularidade.

O modelo dos 5 As é voltado principalmente para os pacientes que demonstram interesse em parar de fumar e pode ser aplicado em qualquer atendimento de rotina. A primeira etapa, "Arguir", consiste em questionar de forma sistemática todos os pacientes sobre

o uso de produtos derivados do tabaco, registrando essa informação no prontuário. A identificação precoce e constante permite que o tema seja abordado com naturalidade e frequência. A etapa seguinte, "Aconselhar", envolve orientar o paciente sobre a importância da cessação. O conselho deve ser direto, personalizado e baseado na realidade do paciente, destacando os riscos do tabagismo e os benefícios da interrupção do uso. Em "Avaliar", o profissional deve investigar tanto o grau de motivação do indivíduo quanto o nível de dependência à nicotina, utilizando ferramentas apropriadas como o Teste de Fagerström. O quarto passo, "Assistir", implica oferecer suporte adequado aos pacientes motivados a cessar o uso do tabaco, com uso de abordagens cognitivo-comportamentais, orientação sobre tratamento medicamentoso, quando indicado, e, se necessário, encaminhamento a outros membros da equipe de saúde. Por fim, em "Acompanhar", é fundamental manter o seguimento após o início da cessação, especialmente na primeira semana, período em que a fissura e os sintomas de abstinência tendem a ser mais intensos.

Já a estratégia dos 5 Rs é voltada a fumantes que ainda não estão prontos para parar de fumar e tem como objetivo principal estimular a motivação para mudança. O primeiro passo, "Relevância", consiste em ajudar o paciente a refletir sobre os motivos pessoais que tornam importante a cessação do tabagismo. Quanto mais significativos forem esses motivos para o próprio indivíduo, maior será sua disposição para considerar a mudança. Na etapa de "Risco", o profissional deve apoiar o paciente na identificação dos danos à saúde relacionados ao consumo de tabaco em sua vida cotidiana, como agravamento de doenças pré-existentes, riscos cardiovasculares, respiratórios e oncológicos. Em seguida, "Recompensa" propõe destacar os benefícios da cessação, como melhora da respiração, aumento da disposição física, ganho no paladar e olfato, economia financeira e melhor exemplo para familiares, especialmente filhos. No item "Resistência", são discutidas as principais barreiras enfrentadas pelo paciente, como medo de engordar, sintomas de abstinência, falta de apoio familiar ou social, entre outras. O profissional deve oferecer escuta qualificada e estratégias práticas para lidar com essas dificuldades. Por fim, "Repetição" reforça que, mesmo diante da ausência de motivação, a abordagem deve ser continuamente retomada em cada nova consulta, respeitando o tempo e o processo individual do paciente. É fundamental destacar que a maioria dos tabagistas precisa de múltiplas tentativas antes de alcançar a abstinência definitiva, e que recaídas fazem parte do processo de superação da dependência.

A integração dessas estratégias à prática clínica da APS permite não apenas ampliar o alcance das ações de cessação, como também oferecer suporte contínuo, individualizado e realista aos pacientes. Cabe aos profissionais de saúde manterem-se motivados, persistentes e bem preparados para lidar com um processo que, embora desafiador, apresenta grande potencial de impacto positivo na saúde coletiva. Além disso, o uso de terapias medicamentosas específicas pode ser um importante aliado para pacientes com alto grau de dependência, desde que bem indicadas e acompanhadas.

O aconselhamento deve ser considerado o primeiro e mais essencial recurso terapêutico

a ser oferecido ao tabagista. Estudos indicam que, embora o uso de medicamentos possa auxiliar significativamente no processo de cessação, os melhores resultados são obtidos quando há associação entre aconselhamento e tratamento farmacológico, sendo essa combinação mais eficaz do que a utilização isolada dos fármacos (MIRRA et al., 2011). Dessa forma, ambos os recursos devem ser integrados e oferecidos de forma complementar ao paciente.

Entre as abordagens não medicamentosas mais efetivas está o aconselhamento motivacional, uma técnica fundamental no estímulo à mudança de comportamento. A motivação do indivíduo para deixar de fumar é um fator decisivo no sucesso da cessação, devendo ser trabalhada em todas as fases do atendimento, desde o primeiro contato com o fumante até as etapas mais avançadas de tratamento (HALLAL; CAMPOS, 2016). O aconselhamento motivacional busca justamente ampliar esse desejo de mudança, respeitando o momento atual do paciente e favorecendo sua progressiva disposição para interromper o uso do tabaco.

Essa abordagem pode ser realizada por qualquer profissional de saúde, independentemente da formação específica, e é aplicável em diversos contextos: desde consultas individuais e atendimentos em grupo, até interações em acolhimento, visitas domiciliares, ligações telefônicas e outras formas de contato com o usuário. Não existe um modelo rígido a ser seguido, o que permite uma abordagem personalizada e adaptável à realidade de cada serviço e perfil de paciente .

O fundamento teórico do aconselhamento motivacional parte do entendimento de que a motivação não é uma característica fixa ou inata, mas sim um estado de prontidão para a mudança que pode oscilar e ser influenciado ao longo do tempo. Assim, ela pode e deve ser estimulada durante o processo terapêutico. Essa concepção rompe com abordagens tradicionais, que associavam a mudança de comportamento apenas à força de vontade do indivíduo e, muitas vezes, adotavam posturas confrontativas diante da resistência (MILLER; ROLLNICK, 2001).

Um dos grandes diferenciais do aconselhamento motivacional é sua eficácia em situações onde o paciente apresenta pouca ou nenhuma motivação inicial para cessar o tabagismo. Ao invés de impor mudanças, essa técnica atua no fortalecimento da autonomia do usuário, ajudando-o a refletir sobre sua ambivalência — um estado muito comum entre fumantes. Essa ambivalência se caracteriza pelo conflito interno entre os benefícios percebidos no ato de fumar (como alívio da ansiedade e prazer) e os prejuízos reconhecidos (como os impactos negativos à saúde e à qualidade de vida) (INCA, 2001).

Com base nessa dualidade, o papel do profissional de saúde é ajudar o paciente a refletir, de forma empática e sem julgamentos, sobre seus próprios motivos para considerar a cessação. Essa abordagem, centrada no usuário, tem como objetivo diminuir a resistência à mudança e promover o fortalecimento da motivação interna, reconhecendo que a decisão final cabe sempre ao próprio indivíduo (HALLAL; CAMPOS, 2016).

A maioria dos fumantes abordados em serviços de saúde, especialmente na Atenção Primária, se encontra nos estágios iniciais do modelo transteórico de mudança — pré-contemplação ou contemplação. Isso significa que muitos usuários não buscaram ativamente ajuda para parar de fumar, sendo identificados durante atendimentos de rotina, visitas domiciliares ou ações de rastreamento. Nestes casos, o aconselhamento motivacional torna-se ainda mais valioso, ao permitir intervenções respeitosas, realistas e centradas na escuta qualificada.

É fundamental compreender que o profissional de saúde não deve buscar resolver, por si só, o conflito interno do paciente. A função terapêutica está em facilitar esse processo, promovendo um espaço seguro para reflexão e tomada de decisão. Ao oferecer suporte sem pressionar, o profissional contribui para que o próprio indivíduo descubra, no seu tempo, o caminho mais viável para a mudança (HALLAL; CAMPOS, 2016).

Outra prática utilizada na cessação do tabagismo é a Abordagem Cognitivo-Comportamental (ACC), que é reconhecida como uma das estratégias mais eficazes no tratamento do tabagismo, por considerar o ato de fumar um comportamento aprendido e condicionado a situações emocionais e ambientais. Parte-se do princípio de que esse comportamento é reforçado pelas propriedades psicoativas da nicotina e mantido por associações cognitivas construídas ao longo do tempo (FIORE; JAÉN; BAKER, 2008; INCA, 2001).

Baseada nos fundamentos da Terapia Cognitivo-Comportamental, desenvolvida por Beck e colaboradores na década de 1980, essa abordagem entende que os comportamentos não são respostas diretas aos fatos, mas sim às interpretações que o indivíduo faz desses acontecimentos. Dessa forma, emoções como ansiedade, raiva ou frustração — frequentemente associadas ao desejo de fumar — resultam de pensamentos distorcidos ou crenças disfuncionais, e não necessariamente da situação em si (BECK, 1982). Assim, o pensamento influencia diretamente o sentimento, que, por sua vez, orienta o comportamento.

A proposta terapêutica da ACC é justamente intervir nesse ciclo, promovendo mudanças cognitivas e o desenvolvimento de habilidades comportamentais que ajudem o indivíduo a romper com a associação entre emoções negativas e o uso do cigarro. Isso inclui identificar pensamentos automáticos ligados ao desejo de fumar, desconstruir crenças errôneas sobre o tabaco e treinar o paciente para enfrentar situações de risco sem recorrer ao fumo (FIORE; JAÉN; BAKER, 2008).

Entre os principais objetivos dessa abordagem estão: preparar o fumante para lidar com os desafios do cotidiano sem utilizar o cigarro como recurso; desenvolver estratégias para resistir às tentações; promover mecanismos de enfrentamento ao estresse; e prevenir recaídas. Essa intervenção pode ser aplicada por qualquer profissional de saúde capacitado, não sendo exclusividade de psicólogos, o que amplia sua viabilidade na Atenção Primária (INCA, 2001).

A ACC pode ser realizada em diferentes níveis de intensidade: mínima (ou breve), básica e intensiva, variando de acordo com o tempo dedicado ao atendimento. A intervenção

breve ocorre em menos de três minutos, a básica entre três e dez minutos, e a intensiva ultrapassa esse tempo. Existe uma relação direta entre a intensidade da abordagem e a taxa de sucesso na cessação do tabagismo, ou seja, quanto maior o tempo e o número de sessões, maior a chance de abstinência sustentada (FIORE; JAÉN; BAKER, 2008).

Apesar de a forma intensiva ser considerada a mais eficaz, não se deve subestimar o impacto da intervenção mínima. Estudos de meta-análise apontam que mesmo breves orientações feitas por profissionais de saúde aumentam significativamente as taxas de abandono do tabagismo. Por isso, é recomendado que todos os profissionais da APS aproveitem suas consultas de rotina para, no mínimo, oferecer aconselhamento breve, contribuindo para ampliar o alcance das ações de cessação (FIORE; JAÉN; BAKER, 2008).

O modelo intensivo proposto pelo Instituto Nacional de Câncer (INCA) consiste em grupos terapêuticos estruturados, com encontros semanais de aproximadamente 90 minutos conduzidos por pelo menos dois profissionais de saúde. A estrutura inclui quatro sessões semanais, seguidas de duas quinzenais e, posteriormente, uma sessão mensal a partir do terceiro mês. Essa abordagem favorece o suporte contínuo e fortalece o vínculo com o paciente, aspectos essenciais para a adesão e sucesso do tratamento (INCA, 2001).

Em situações especiais — como pacientes com transtornos psiquiátricos não estabilizados, deficiências cognitivas, auditivas ou limitações funcionais — o formato grupal pode ser substituído por sessões individuais, desde que mantenham a mesma estrutura terapêutica. Essa flexibilização permite adaptar a intervenção às necessidades específicas do usuário, sem comprometer sua eficácia (ZIEDONIS; GEORGE, 2008; LANCASTER; STEAD, 2005).

Outro aspecto relevante é a importância do acompanhamento prolongado, especialmente na fase de manutenção, considerada a mais desafiadora do processo. A recaída é um risco constante, particularmente nos primeiros meses, e não há evidências de que medicamentos ou aconselhamento isolado possam preveni-la completamente. Por isso, recomenda-se o seguimento por pelo menos um ano, utilizando estratégias variadas como contato telefônico, visitas domiciliares por agentes comunitários de saúde ou outros meios viáveis para a equipe (FIORE; JAÉN; BAKER, 2008).

Cabe destacar que parar de fumar é apenas a primeira etapa; o maior desafio está em manter a abstinência e sustentar a mudança de comportamento a longo prazo. Dessa forma, a abordagem cognitivo-comportamental se mostra uma ferramenta indispensável na condução do cuidado integral ao tabagista, especialmente dentro da lógica da Atenção Primária, onde o vínculo e o acolhimento são pilares fundamentais do processo terapêutico.

No que toca ao tratamento medicamentoso, existem várias opções no mercado, incluindo gomas, adesivos e comprimidos. Estes medicamentos dividem-se entre os de primeira linha (como a bupropiona e a Terapia de Reposição de Nicotina - TRN) e os de segunda linha (como a clonidina e a nortriptilina) (BALBANI; MONTOVANI, 2005). A TRN é

particularmente eficaz na atenuação dos sintomas de abstinência e pode ser usada por fumadores que consomem mais de 10 cigarros por dia (MAZONI et al., 2008). A duração do tratamento pode estender-se por seis meses ou mais, sendo ainda mais eficaz quando combinada com aconselhamento ou outros métodos terapêuticos (MARQUES et al., 2001).

Além disso, alguns antidepressivos têm sido utilizados para atenuar os efeitos depressivos associados à abstinência, contribuindo para o sucesso da cessação. De forma geral, independentemente do perfil do fumador, a probabilidade de sucesso aumenta significativamente com o apoio adequado (HUGHES, 2003).

A combinação entre a bupropiona e a terapia de substituição da nicotina tem demonstrado resultados positivos no aumento da taxa de sucesso na cessação do tabagismo, além de contribuir para a redução das recaídas (SALES et al., 2006). Apesar de os homens apresentarem maior prevalência no consumo de tabaco, estudos apontam que são as mulheres que mais procuram tratamento para deixar de fumar, mesmo com a elevada morbimortalidade observada entre fumadores do sexo masculino (AZEVEDO, 2009).

A bupropiona, um antidepressivo não tricíclico, é considerada uma das opções terapêuticas mais eficazes no combate à dependência da nicotina. Atua inibindo a recaptção das catecolaminas dopamina e noradrenalina, o que reduz significativamente os sintomas associados à abstinência. A sua eficácia, segurança, boa tolerância e baixo risco de abuso fazem dela uma escolha privilegiada no tratamento (ARAÚJO et al., 2004; HUGHES, 2003).

O principal desafio no processo de cessação continua a ser a manutenção da abstinência. Em programas de cessação do tabagismo, a recaída – entendida como o retorno ao padrão habitual de consumo após um ou mais lapsos – deve ser abordada como etapa previsível do processo de mudança, e nunca como fracasso moral. A experiência clínica mostra que muitos fumantes precisam de cinco a sete tentativas antes de alcançar abstinência sustentada, situação que reforça a importância de normalizar o risco de recaída desde o início do tratamento (FIORE; JAÉN; BAKER, 2008).

Quando o paciente volta a fumar, sentimentos de vergonha e desânimo costumam dificultar a procura por ajuda. Por isso, a equipe de Atenção Primária deve adotar postura acolhedora, livre de críticas, reafirmando a motivação do usuário para retomar o plano terapêutico. Esse momento é valioso para revisar o percurso: quais circunstâncias precipitaram o primeiro cigarro? Que pensamentos e emoções estavam presentes? O que poderia ser feito de forma diferente? Essa análise orienta a redefinição de metas, a eventual revisão da farmacoterapia e o reforço de estratégias comportamentais já bem-sucedidas.

O Modelo de Prevenção de Recaídas, derivado da terapia cognitivocomportamental, incentiva o fumante a mapear situações de alto risco do cotidiano e a planejar, de antemão, maneiras de evitá-las ou enfrentá-las (MARLATT; DONOVAN, 1985). Mais recentemente, a MindfulnessBased Relapse Prevention (MBRP) incorporou técnicas de atenção plena a esse raciocínio, ajudando o usuário a reconhecer, sem julgamento, sensações desconfortáveis

ligadas à fissura e a responder com mais flexibilidade (BOWEN et al., 2015).

Uma ferramenta didática da MBRP é o protocolo SOBER:

Stop – pare: interrompa o que estiver fazendo no auge da fissura.

Observe – observe: note pensamentos, emoções e sensações corporais sem reagir imediatamente.

Breath – respire: foque a atenção na respiração, conectando-se a uma sensação interna de segurança.

Expand – expanda: amplie o campo de percepção, lembrando valores e objetivos de longo prazo.

Respond – responda: escolha conscientemente uma forma alternativa de lidar com o desconforto.

Dadas as altas taxas de recaída observadas em dependências químicas, o seguimento a longo prazo é parte obrigatória da estratégia assistencial. Contatos telefônicos, visitas domiciliares de agentes comunitários ou sessões presenciais de reforço são instrumentos que mantêm o vínculo e oferecem suporte oportuno para ajustes do plano terapêutico. Reconhecer pequenos avanços, negociar novas datas alvo e celebrar conquistas parciais fortalecem a autoeficácia do paciente e potencializam a manutenção da abstinência.

Na atenção básica, além de diagnosticar e apoiar fumadores, é fundamental também promover ações de prevenção junto à população não fumadora, desencorajando o início do consumo (LOPES, 2008).

Dada a elevada carga de doenças graves associadas ao uso do tabaco, e reconhecendo que o tabagismo é um comportamento adquirido, e não uma condição determinada geneticamente como outras doenças crônicas, torna-se evidente a necessidade de estratégias proativas de intervenção. Com base nisso, investiu-se na educação em saúde, apoio psicológico e tratamento medicamentoso, com o objetivo de reduzir o número de fumadores e prevenir novos casos. Esta abordagem está alinhada com as orientações da Organização Mundial da Saúde (OMS), que propõe seis medidas principais para combater o tabagismo, dentre elas, oferecer ajuda para parar de fumar, alertar e educar sobre os perigos do consumo de tabaco, bem como implementar políticas públicas eficazes (SILVA et al., 2012).

No mesmo sentido, a Política Nacional de Promoção da Saúde do Brasil estrutura-se através de ações educativas, econômicas e legislativas, visando reduzir a aceitação social do tabagismo e apoiar mudanças sustentáveis no comportamento da população (MESQUITA, 2013).

Neste contexto, o presente Projeto de Intervenção (PI) tem como foco a promoção da cessação do tabagismo como estratégia de enfrentamento do uso do tabaco no território coberto pela UBS Catanduvás. A proposta surgiu a partir da observação prática, enquanto médico atuante na Atenção Primária à Saúde (APS), de um número expressivo de usuários que fazem uso do tabaco ou apresentam quadros clínicos relacionados ao seu consumo, incluindo doenças respiratórias crônicas, cardiovasculares e oncológicas. Diante disso, o

PI é uma resposta concreta a uma situação-problema percebida diretamente na rotina de trabalho e reforça o papel da APS como espaço estratégico para ações educativas, preventivas e integradas à realidade da comunidade.

## 4 Objetivos

### Objetivo geral

Promover a cessação e a prevenção do tabagismo por meio da implementação de ações educativas e de apoio multiprofissional na Atenção Primária à Saúde (APS), contribuindo para a redução da prevalência do tabagismo na população adstrita à unidade de saúde.

### Objetivos específicos

1. Identificar usuários tabagistas da área adstrita à unidade de saúde, por meio de busca ativa, consultas e visitas domiciliares realizadas pelas equipes da Estratégia Saúde da Família (ESF).
2. Oferecer acompanhamento clínico e terapêutico individualizado e em grupo para usuários tabagistas, com envolvimento da equipe multiprofissional (médico, enfermeiro, psicólogo e agentes comunitários de saúde).
3. Realizar ações educativas em escolas e espaços comunitários com foco na prevenção da iniciação do tabagismo entre adolescentes e jovens.
4. Sensibilizar a comunidade sobre os riscos do tabagismo ativo e passivo, por meio de campanhas informativas e rodas de conversa.
5. Capacitar a equipe de saúde para abordagem breve e encaminhamento de usuários ao tratamento do tabagismo conforme protocolos do Ministério da Saúde.
6. Monitorar a adesão dos usuários às ações de cessação do tabagismo e avaliar os resultados ao longo do tempo, por meio de registros em prontuário e indicadores de acompanhamento.
7. Fortalecer o vínculo entre os profissionais de saúde e os usuários, promovendo um ambiente acolhedor e motivador para a mudança de comportamento.

## 5 Metodologias

### 5.1 Local da Intervenção

O projeto será executado na UBS Catanduvas localizada no município de Contenda, estado do Paraná, cuja área descrita é caracterizada por uma população vulnerável, com demandas expressivas relacionadas a doenças crônicas e fatores de risco comportamentais, entre eles, o tabagismo.

### 5.2 Período de Execução

O Projeto de Intervenção (PI) será desenvolvido ao longo de seis meses, com início previsto para julho de 2025 e encerramento em dezembro de 2025, distribuído em três fases: planejamento, execução e avaliação.

### 5.3 Participantes da Intervenção

Público-alvo:

- Usuários tabagistas cadastrados na unidade de saúde (população estimada de aproximadamente 80 a 100 indivíduos);

Equipe executora:

- Médico da família e comunidade,
- Enfermeiro,
- Agentes comunitários de saúde (ACS),
- Educadores das escolas locais (em parceria com ações de prevenção).

### 5.4 Ações e Etapas da Intervenção

Etapa 1 – Levantamento e planejamento (Julho)

- Identificação dos usuários tabagistas cadastrados por meio de prontuário eletrônico, visitas domiciliares e escuta qualificada em consultas e grupos.
- Elaboração do cronograma de encontros do grupo de apoio à cessação.
- Planejamento das ações preventivas nas escolas em articulação com a coordenação pedagógica.
- Reunião da equipe multiprofissional para divisão de tarefas e alinhamento metodológico.

Etapa 2 – Execução das ações (Agosto a Dezembro)

Grupo de Apoio à Cessação do Tabagismo:

- Encontros semanais ou quinzenais com usuários fumantes, com sessões conduzidas por médico, enfermeiro e psicólogo.
- Discussão de temas como dependência, motivação, estratégias de enfrentamento, controle da ansiedade e uso de medicações (quando indicadas).
- Apoio do ACS no acompanhamento domiciliar e reforço das orientações.

Ações de Prevenção nas Escolas e Comunidade:

- Oficinas e rodas de conversa com adolescentes e jovens sobre os malefícios do tabagismo e a influência da indústria do tabaco.

- Distribuição de materiais educativos elaborados em linguagem acessível.

- Inserção do tema em campanhas locais de saúde (Semana da Saúde, Outubro Rosa, etc.).

Etapa 3 – Avaliação e Monitoramento (Dezembro)

- Verificação dos indicadores clínicos e registros no prontuário: número de participantes ativos no grupo, adesão ao tratamento, número de cessações completas ou redução do consumo.

- Realização de reunião final com a equipe para análise dos resultados e elaboração de relatório técnico.

- Discussão sobre a possibilidade de continuidade da intervenção como ação permanente da unidade.

#### 5.5 Formas de Avaliação e Monitoramento

Monitoramento mensal:

- Frequência dos participantes nos encontros do grupo

- Registro da evolução clínica dos pacientes no prontuário eletrônico da unidade

- Relatos dos ACS sobre visitas e adesão às orientações

Avaliação final:

Redução ou cessação do uso de tabaco entre os participantes

Participação dos jovens nas oficinas educativas e conhecimento sobre os riscos do tabaco (avaliação por questionário)

Envolvimento da equipe de saúde e integração com a rede escolar.

## 6 Resultados esperados

Com a implantação do projeto de intervenção voltado à cessação do tabagismo na Unidade Básica de Saúde, espera-se alcançar mudanças significativas tanto no comportamento dos usuários quanto no fortalecimento das ações educativas e preventivas no território. Entre os resultados mais imediatos, prevê-se a redução do número de fumantes ativos cadastrados na unidade, bem como o aumento da procura por acompanhamento para cessação do tabaco por parte dos usuários.

Além disso, espera-se que os participantes adquiram maior consciência sobre os malefícios do tabagismo, seus impactos à saúde e os benefícios relacionados à interrupção do uso do tabaco. Acredita-se que, por meio de atividades educativas, orientações personalizadas e acompanhamento multiprofissional, os usuários se sintam mais motivados e amparados no processo de parar de fumar.

Refletindo sobre o potencial do projeto, acredita-se que ele pode contribuir de forma significativa para a qualidade de vida da população atendida, reduzindo a incidência de doenças crônicas relacionadas ao tabagismo, como DPOC, câncer e doenças cardiovasculares. Também é esperado um impacto positivo nos indicadores de saúde da unidade e no vínculo entre equipe e comunidade, fortalecendo a confiança no cuidado prestado pela Atenção Primária à Saúde.

Outro resultado importante esperado é a criação de uma cultura de prevenção dentro da UBS, com incentivo à promoção da saúde e à adoção de hábitos de vida mais saudáveis. Com isso, a unidade pode se tornar uma referência local no enfrentamento ao tabagismo, ampliando sua atuação para grupos escolares, familiares e demais atores da comunidade.

Por fim, espera-se que, ao final da execução do projeto, parte dos participantes consiga cessar completamente o uso do tabaco, enquanto outros avancem significativamente em sua redução ou no preparo para a interrupção. O mais importante, porém, é que todos tenham acesso à escuta, ao cuidado e ao suporte necessário para que esse processo ocorra de forma acolhedora, ética e eficaz.

## 7 Considerações finais

A execução da atividade permitiu alcançar avanços significativos, apesar dos obstáculos enfrentados ao longo do processo. Um dos resultados mais notáveis foi a cessação do consumo de tabaco por parte de sete participantes, o que representa uma redução importante no número de fumadores da comunidade.

Durante as consultas e momentos de acolhimento, foi possível perceber um aumento da consciência sobre os malefícios do tabagismo. Os próprios pacientes demonstraram maior interesse pelo tema e chegaram até a incentivar familiares e amigos a procurarem ajuda na unidade de saúde para também deixarem de fumar. A presença de filhos acompanhando os pais nas consultas evidenciou ainda como o tabaco afeta as dinâmicas familiares.

A equipe de trabalho permanece ativa e motivada, mas entende que a colaboração de outros profissionais, como psicólogos, seria extremamente benéfica para proporcionar um apoio emocional mais qualificado aos pacientes. Este reforço poderia potencializar os resultados obtidos.

Além disso, a dificuldade de acesso a medicamentos foi identificada como um entrave relevante. Muitos pacientes, por limitações econômicas, não conseguem iniciar o tratamento farmacológico, já que nem sempre os medicamentos estão disponíveis no Sistema Único de Saúde (SUS). A facilitação da oferta desses fármacos certamente contribuiria para a adesão ao tratamento.

Apesar dos desafios, os resultados obtidos foram bastante encorajadores e renovaram a motivação da equipe. A recente reforma da unidade de saúde e a criação de uma nova sala de reuniões abriram caminho para a continuidade e fortalecimento das atividades, garantindo um espaço apropriado para encontros e seguimento do grupo de apoio à cessação do tabagismo.

# Referências

- ARAÚJO, A. J. d. et al. *Diretrizes para Cessação do Tabagismo*. 2004. Disponível em: <<https://www.scielo.br/j/jbpneu/a/7FnPvJcmH9pM76YgR659qdM/>>. Acesso em: 2025. Citado na página 18.
- ASSOCIATION, A. L. A. A. L. *State of Lung Cancer*. Chicago: American Lung Association, 2020. v. 1. 10 p. Citado na página 11.
- AZEVEDO, R. C. S. d. *Abordagem do tabagismo: estratégia para redução de fator de risco modificável para AVC*. 2009. Disponível em: <[https://comciencia.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1519-76542009000500020&lng=pt&nrm=iso](https://comciencia.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1519-76542009000500020&lng=pt&nrm=iso)>. Acesso em: 2025. Citado na página 18.
- BALBANI, A. P. S.; MONTOVANI, J. C. *Métodos para abandono do tabagismo e tratamento da dependência da nicotina*. R. 2005. Disponível em: <<https://www.scielo.br/j/rboto/a/j6XXCNLvCWVpVcqGbPxcFbx/>>. Acesso em: 2025. Citado na página 17.
- BECK, A. T. B. *Cognitive Therapy of Depression*. 1982. Disponível em: <[https://books.google.com.br/books/about/Cognitive\\_Therapy\\_of\\_Depression.html?id=L09cRS0xWj0C&redir\\_esc=y](https://books.google.com.br/books/about/Cognitive_Therapy_of_Depression.html?id=L09cRS0xWj0C&redir_esc=y)>. Acesso em: 2025. Citado na página 16.
- BOWEN, S. et al. *Mindfulness based relapse prevention for addictive behaviors: a clinician's guide*. 2015. Disponível em: <<https://psycnet.apa.org/record/2015-10563-021>>. Acesso em: 2025. Citado na página 18.
- DROPE, J.; SCHLUGER, N. W. *The tobacco atlas*. Atlanta: American Cancer Society and Vital Strategies. Atlanta: American Cancer Society, Inc, 2018. v. 1. 20 p. ISBN 978-1-60443-257-2. Acesso em: 2025. Citado na página 11.
- FIGLIORE, M.; JAÉN, C.; BAKER, T. *Treating Tobacco Use and Dependence*. 2008. Disponível em: <<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK63952/>>. Acesso em: 2025. Citado 3 vezes nas páginas 16, 17 e 18.
- HALLAL, A. L. C.; CAMPOS, R. d. C. *Controle do tabagismo na atenção básica*. 2016. Disponível em: <[https://ares.unasus.gov.br/acervo/html/ARES/13959/1/TABAGISMO\\_LIVRO.pdf](https://ares.unasus.gov.br/acervo/html/ARES/13959/1/TABAGISMO_LIVRO.pdf)>. Acesso em: 2025. Citado 2 vezes nas páginas 15 e 16.
- HUGHES, J. R. *Motivating and helping smokers to stop smoking*. 2003. Disponível em: <<https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC1494968/>>. Acesso em: 2025. Citado 2 vezes nas páginas 17 e 18.
- INCA, M. d. S. *Abordagem e tratamento do fumante: consenso 2001*. BRASIL. Ministério da Saúde. Instituto Nacional de Câncer - INCA. 2001. Disponível em: <<https://www.inca.gov.br/sites/ufu.sti.inca.local/files/media/document/tratamento-consenso.pdf>>. Acesso em: 2025. Citado 3 vezes nas páginas 15, 16 e 17.
- LANCASTER, T. L.; STEAD, T. L. *Individual behavioural counselling for smoking cessation*. 2005. Disponível em: <<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/28361496/>>. Acesso em: 2025. Citado na página 17.

LOPES, A. L. M. L. *Processos de educação em saúde na cessação do tabagismo: revisão sistemática e metassíntese*. 2008. Disponível em: <<https://teses.usp.br/teses/disponiveis/7/7137/tde-13062008-110538/pt-br.php>>. Acesso em: 2025. Citado na página 19.

MARLATT, G. A.; DONOVAN, D. M. *Relapse prevention: maintenance strategies in the treatment of addictive behaviors*. 1985. Disponível em: <<https://www.guilford.com/excerpts/marlatt.pdf?t=1>>. Acesso em: 2025. Citado na página 18.

MARQUES, A. C. P. R. et al. *Marques ACP, Campana A, Gigliotti ADP, Lourenço MTC, Ferreira MP, & Laranjeira R. Consenso sobre o tratamento da dependência de nicotina. Revista Brasileira de Psiquiatria 2001; 23(4), 200-214*. 2001. Disponível em: <<https://www.scielo.br/j/rbp/a/TZ7KcqWscdwF7cMYcBjKp4G/>>. Acesso em: 2025. Citado na página 17.

MAZONI, C. G. et al. *Mazoni CG, Fernandes S, Pierozan OS, Moreira T, Freese L, Ferigolo M, & Barros HM. A eficácia das intervenções farmacológicas e psicossociais para o tratamento do tabagismo: revisão da literatura. EstudPsicol (Natal), 2008, 13(2), 133-40*. 2008. Disponível em: <<https://www.scielo.br/j/epsic/a/qhKPbbqtDQNBrB5RWVB5L8S/?format=pdf&lang=pt>>. Acesso em: 2025. Citado na página 17.

MESQUITA, A. A. *Avaliação de um programa de tratamento do tabagismo*. 2013. Disponível em: <[https://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1517-55452013000200004](https://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1517-55452013000200004)>. Acesso em: 2025. Citado na página 19.

MILLER, W. R.; ROLLNICK, S. R. *Entrevista Motivacional*. Porto Alegre: Artmed, 2001. ISBN 9788573077384. Citado na página 15.

MIRRA, A. et al. *Diretrizes clínicas na saúde suplementar: tabagismo. ASSOCIAÇÃO MÉDICA BRASILEIRA; AGÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE SUPLEMENTAR*. 2011. Disponível em: <<https://amb.org.br/files/ans/tabagismo.pdf>>. Acesso em: 2025. Citado na página 15.

NUNES, E. *Consumo de tabaco. Efeitos na saúde*. 2006. Disponível em: <<https://www.esjcff.pt/profs/clubproj/peses15/book-tabagismo.pdf>>. Acesso em: 2025. Citado na página 11.

OLIVEIRA, A.; VALENTE, J.; LEITE, I. *Aspectos da mortalidade atribuível ao tabaco: revisão sistemática*. 2007. Disponível em: <<https://www.scielo.br/j/rsp/a/kntpmjx8X6hk dYVvkShC8r4D/>>. Acesso em: 2025. Citado na página 11.

PETO, R. et al. *Smoking, smoking cessation, and lung cancer in the UK since 1950: combination of national statistics with two case-control studies*. 2000. Disponível em: <<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/10926586/>>. Acesso em: 2025. Citado na página 12.

PROCHASKA, J. O.; DICLEMENTE, C. C. *Stages and processes of self-change of smoking: toward an integrative model of change*. 1983. Disponível em: <<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/6863699/>>. Acesso em: 2025. Citado na página 13.

RONDINA, R. d. C.; GORAYEB, R.; BOTELHO, C. *Características psicológicas associadas ao comportamento de fumar tabaco*. 2007. Disponível em: <<https://www.scielo.br/j/jbpneu/a/4dnqCRBQwKWSrZnR6z5kdfG/abstract/?lang=pt>>. Acesso em: 2025. Citado na página 12.

ROSE, N. *Rose N. The politics of life itself. Theory, culture & society* 2001; 18(6), 1-30. 2001. Disponível em: <[https://www.researchgate.net/publication/247948450\\_The\\_Politics\\_of\\_Life\\_Itself](https://www.researchgate.net/publication/247948450_The_Politics_of_Life_Itself)>. Acesso em: 2025. Citado na página 12.

SALES, M. P. U. et al. *Ambulatório de apoio ao tabagista no Ceará: perfil dos pacientes e fatores associados ao sucesso terapêutico. Jornal Brasileiro de Pneumologia* 2006. 2006. Disponível em: <<https://www.scielo.br/j/jbpneu/a/jYPJN7363QwfPSfTJ4kP3bC/abstract/?lang=pt&format=html>>. Acesso em: 2025. Citado na página 18.

SILVA, S. T. d. et al. *Combate ao Tabagismo no Brasil: a importância estratégica das ações governamentais*. 2012. Disponível em: <<https://www.scielo.br/j/csc/a/Wq3hFwwN8m8JBfZ3sd4nCvF/>>. Acesso em: 2025. Citado na página 19.

VIEGAS, C. A. d. A. *Formas não habituais de uso do tabaco*. 2008. Disponível em: <<https://www.scielo.br/j/jbpneu/a/JntqsDPZFrmLJWLJDCTL79b/?lang=pt>>. Acesso em: 2025. Citado na página 11.

WHO, W. *WHO global report on trends in prevalence of tobacco use 2000-2025, third edition*. 2019. Disponível em: <<https://www.who.int/publications/i/item/who-global-report-on-trends-in-prevalence-of-tobacco-use-2000-2025-third-edition.>> Acesso em: 2025. Citado na página 11.

ZIEDONIS, D. M.; GEORGE, T. P. *Addressing tobacco use through organizational change: A case study of successful tobacco dependence treatment in addiction treatment settings*. 2008. Disponível em: <<https://journals.sagepub.com/doi/pdf/10.1177/070674370905400602>>. Acesso em: 2025. Citado na página 17.