

**UNIVERSIDADE FEDERAL DE MINAS GERAIS
FACULDADE DE MEDICINA NÚCLEO DE EDUCAÇÃO EM SAÚDE COLETIVA
CURSO DE ESPECIALIZAÇÃO GESTÃO DO CUIDADO EM SAÚDE DA FAMÍLIA**

Bruno Antunes Fianco

**PROJETO DE INTERVENÇÃO PARA O CONTROLE DO TABAGISMO PARA OS
USUÁRIOS ATENDIDOS PELA EQUIPE SAÚDE DA FAMÍLIA “VILA ESPERANÇA”,
EM NANUQUE – MINAS GERAIS**

Belo Horizonte

2021

Bruno Antunes Fianco

**PROJETO DE INTERVENÇÃO PARA O CONTROLE DO TABAGISMO PARA OS
USUÁRIOS ATENDIDOS PELA EQUIPE SAÚDE DA FAMÍLIA “VILA ESPERANÇA”,
EM NANUQUE – MINAS GERAIS**

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado ao Curso de Especialização Gestão do Cuidado em Saúde da Família, Universidade Federal de Minas Gerais, como requisito parcial para obtenção do Certificado de Especialista.

Orientadora: Profa. Dra. Paula Cambraia de Mendonça Vianna

Belo Horizonte

2021

Bruno Antunes Fianco

**PROJETO DE INTERVENÇÃO PARA O CONTROLE DO TABAGISMO PARA OS
USUÁRIOS ATENDIDOS PELA EQUIPE SAÚDE DA FAMÍLIA “VILA ESPERANÇA”,
EM NANUQUE – MINAS GERAIS**

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado ao Curso de Especialização Gestão do Cuidado em Saúde da Família, Universidade Federal de Minas Gerais, como requisito parcial para obtenção do Certificado de Especialista.

Orientadora: Profa. Dra. Paula Cambraia de Mendonça Vianna

Banca examinadora

Profa. Dra. Paula Cambraia de Mendonça Vianna – UFMG

Profa. Dra. Maria Marta Amancio Amorim – Centro Universitário Unifacvest

Aprovado em Belo Horizonte, em 24 de abril de 2021.



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

FOLHA DE APROVAÇÃO

Aos vinte e quatro dias do mês de abril de 2021, a Comissão Examinadora designada pela Coordenação do Curso Especialização Gestão do Cuidado em Saúde da Família – CEGCSF se reuniu online para avaliar o Trabalho de Conclusão de Curso do aluno **BRUNO ANTUNES FIANCO** intitulado: “PROJETO DE INTERVENÇÃO PARA O CONTROLE DO TABAGISMO PARA OS USUÁRIOS ATENDIDOS PELA EQUIPE SAÚDE DA FAMÍLIA “VILA ESPERANÇA”, EM NANUQUE – MINAS GERAIS”, requisito parcial para a obtenção do Título de Especialista em Gestão do Cuidado em Saúde da Família. A Comissão Examinadora foi composta pelas professoras: Dra. PAULA CAMBRAIA DE MENDONÇA VIANNA e DRA. MARIA MARTA AMANCIO AMORIM. O TCC foi aprovado com a nota 84.

Esta Folha de Aprovação foi homologada pela Coordenação do CEGCSF no dia vinte e quatro, do mês de abril, do ano de dois mil e vinte e um e devidamente assinada pelo seu Coordenador, Prof. Dr. Tarcísio Márcio Magalhães Pinheiro

Belo Horizonte, 29 de abril de 2021.

PROF. DR. TARCÍSIO MÁRCIO MAGALHÃES PINHEIRO
Coordenador do Curso de Especialização Gestão do Cuidado Saúde da Família



Documento assinado eletronicamente por **Tarcísio Marcio Magalhaes Pinheiro, Coordenador(a) de curso de pós-graduação**, em 05/05/2021, às 11:53, 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, informando o código verificador **0699751** e o código CRC **B5BADE29**.

Dedico à minha mãe, meu exemplo de vida, maior colaboradora e incentivadora da minha vida acadêmica e realização deste trabalho.

AGRADECIMENTOS

Agradeço primeiramente a Deus, pela minha vida e por me ajudar superar todos os obstáculos. Aos meus pais Emilson e Graça, irmãs Juliana e Júnior, cunhado Carlos, sobrinhos Lívia e Pedro Henrique, por sempre me apoiarem e acreditarem em mim.

Ao meu recém-chegado sobrinho e afilhado Otávio, por me fazer sorrir em momentos difíceis da vida.

“A persistência é o caminho do êxito.”
(Charles Chaplin)

RESUMO

O tabagismo e a exposição passiva ao tabaco são responsáveis por 428 mortes diárias no Brasil e aproximadamente 156 mil óbitos anuais. Em 2015, as doenças cardiovasculares e o câncer, que têm o tabagismo como importante fator de risco, foram a primeira e segunda causas de óbitos atribuíveis ao tabaco no país. A mortalidade por câncer correspondeu a 32,27% do total de óbitos atribuídos ao tabagismo. Na Estratégia de Saúde da Família Vila Esperança, local de realização deste estudo, o número de casos de pacientes tabagistas é preocupante. Este estudo tem como objetivo elaborar um projeto de intervenção para o controle do tabagismo para os usuários da equipe de saúde da família Vila Esperança, em Nanuque, Minas Gerais. A metodologia para o projeto de intervenção é realizada a partir do diagnóstico situacional usando o planejamento estratégico situacional e da revisão teórica em bases de dados como o Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística, Biblioteca Eletrônica Científica Online, Centro Latino-Americano e do Caribe de Informação em Ciências da Saúde (Bireme), Biblioteca Virtual de Saúde, Ministério da Saúde e nos registros da Estratégia de Saúde da Família Vila Esperança. Os nós críticos levantados foram a conscientização da população, falta de conhecimento da equipe para abordagem ao tabagista e ainda a dificuldade do paciente abandonar a dependência. Pretende-se, a partir da elaboração e implementação do projeto de intervenção, reduzir os casos de pacientes tabagistas na Estratégia de Saúde da Família Vila Esperança em Nanuque, Minas Gerais.

Palavras-chave: Estratégia Saúde da Família. Tabagismo. Educação em Saúde.

ABSTRACT

Smoking and passive tobacco exposure are responsible for 428 daily deaths in Brazil and approximately 156 thousand deaths annually. In 2015, cardiovascular diseases and cancer, which have smoking as an important risk factor, were the first and second causes of deaths attributable to tobacco in the country. Cancer mortality corresponded to 32.27% of the total deaths attributed to smoking. In the Vila Esperança Family Health Strategy, where this study was conducted, the number of cases of smoking patients is worrying. This study aims to develop an intervention project for the control of smoking for users of the health team of the Vila Esperança family, in Nanuque, Minas Gerais. The methodology for the intervention project is based on situational diagnosis using strategic situational planning and theoretical review in databases such as the Brazilian Institute of Geography and Statistics, Online Electronic Scientific Library, Latin American and Caribbean Information Center in Health Sciences (Bireme), Virtual Health Library, Ministry of Health and in the records of the Vila Esperança Health Strategy. The critical nodes raised were the population's awareness, the team's lack of knowledge to approach the smoker and the patient's difficulty to abandon the addiction. Based on the elaboration and implementation of the intervention project, the intention is to reduce the cases of smoking patients in the Vila Esperança Family Health Strategy in Nanuque, Minas Gerais.

Keywords: Family Health Strategy. Smoking. Health education.

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

ABS	Atenção Básica à Saúde
ACS	Agente Comunitário de Saúde
APS	Atenção Primária à Saúde
CEAE	Centro Estadual de Atendimento Especializado
CA	Câncer
CAPS	Centro de Assistência Psicossocial
CEO	Centro de Especialidades Odontológicas
CID - 10	Classificação Internacional de Doenças e Problemas Relacionados à Saúde
DM	<i>Diabetes mellitus</i>
DPOC	Doença Pulmonar Obstrutiva Crônica
ECG	Eletrocardiograma
ESF	Estratégia Saúde da Família
eSF	Equipe de Saúde da Família
HAS	Hipertensão Arterial Sistêmica
IBGE	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
IDEB	Índice de Desenvolvimento da Educação Básica
MS	Ministério da Saúde
NASF	Núcleo de Apoio à Saúde da Família
OMS	Organização Mundial da Saúde
PA	Pressão Arterial
REMUNE	Relação Municipal de Medicamentos Essenciais
PNCT	Programa Nacional de Controle do Tabagismo
UTI	Unidade de Terapia Intensiva

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	11
1.1 Aspectos gerais do município	11
1.2 O sistema municipal de saúde	11
1.3 Aspectos da comunidade	12
1.4 A Unidade Básica de Saúde Vila Esperança	12
1.5 A Equipe de Saúde da Família da Unidade Básica de Saúde Vila Esperança	14
1.6 O funcionamento da Unidade de Saúde da Equipe Vila Esperança	14
1.7 O dia a dia da equipe Vila Esperança	14
1.8 Estimativa rápida: problemas de saúde do território e da comunidade (primeiro passo)	15
1.9 Priorização dos problemas – a seleção do problema para plano de intervenção (segundo passo)	16
2 JUSTIFICATIVA	20
3 OBJETIVOS	21
3.1 Objetivo geral	21
3.2 Objetivos específicos	21
4 METODOLOGIA	22
5 REVISÃO BIBLIOGRÁFICA	22
5.1 Tabagismo	19
6 PLANO DE INTERVENÇÃO	23
6.1 Descrição do problema selecionado (terceiro passo)	23
6.2 Explicação do problema (quarto passo)	23
6.3 Seleção dos nós críticos (quinto passo)	23
6.4 Desenho das operações sobre nó crítico – operações, projeto, resultados e produtos esperados, recursos necessários e críticos (sexto passo) e viabilidade e gestão (7º a 10º passo)	28
7 CONSIDERAÇÕES FINAIS	32
REFERÊNCIAS	33

1.INTRODUÇÃO

1.1 Aspectos gerais do município

Nanuque é uma cidade do interior do estado de Minas Gerais. Localiza-se na mesorregião do Vale do Mucuri. Possui população estimada de 40.665 habitantes, em uma área territorial de 1.518,166 Km², tendo, portando, uma densidade demográfica de 26,9 hab/Km² (IBGE, 2020). Como polo regional para dez municípios, sua microrregião soma 122.104 habitantes e uma área total de 8.471.872 km². Está situada a 605 km a nordeste da capital estadual Belo Horizonte e a 1.164 km a sudeste da capital federal Brasília (IBGE, 2020).

O município de Nanuque possuía dois distritos: o distrito sede e o de Serra dos Aimorés que, em 30/12/1962, alcançou autonomia municipal pela Lei n° 2.764. Houve retificação de Divisas do Município de Nanuque, comprovando-se que o Distrito de Vila Pereira, pela Lei n° 663, de 25 de Novembro de 1953, pertencia ao município de Nanuque e não ao município de Carlos Chagas. Atualmente, Nanuque conta com o Distrito-sede, o distrito de Vila Pereira e o povoado de Gabriel Rezende Passos, ambos criados pela Lei Municipal n° 273, de 18/12/1963, pela Lei Municipal n° 315 de 2 de Julho de 1965 (FONSECA, 1986).

Nanuque é uma cidade turística pertencente ao Circuito das Pedras Preciosas, caracterizada pelas elevações da Serra dos Aimorés, como a Pedra do Fritz, que é considerada o melhor local para a prática de bungee jump do país. Há, também, a canoagem pelo Rio Mucuri e a escalada da Pedra Presidente Bueno. Além de toda beleza natural, o circuito ainda é conhecido pelo sabor de sua carne, cachaça, artesanato local, as lindas montanhas e cachoeiras que são ideais para o ecoturismo. A região ainda é banhada pelos rios Mucuri e Jequitinhonha. É entrecortada por vales, *canyons* e trilhas ideais para a prática do rapel, canyoning, cross entre outros (IBGE, 2020).

A economia nanuquense gira em torno do comércio, prestação de serviços e indústrias (frigorífico, fábrica de açúcar, usina de álcool anidro e usina hidrelétrica), mas se destaca na agropecuária pela criação de gado bovino de corte e leite. Possuía um Produto Interno Bruto (PIB) per capita de R\$ 15.408,80 e um Índice de Desenvolvimento Humano Municipal (IDHM) 2017) de 0,701. Em 2017, o salário médio mensal era de 1,8 salários-mínimos. Considerando domicílios com rendimentos mensais de até meio salário-mínimo por pessoa, possuía 36,9% da população nessas condições, (IBGE, 2017).

Apresenta 79% de domicílios com esgotamento sanitário adequado, 84,7% de domicílios urbanos em vias públicas com arborização e 9,6% de domicílios urbanos em vias públicas com urbanização adequada (presença de bueiro, calçada, pavimentação e meio-fio) (IBGE, 2017).

O município conta com um centro comercial bem movimentado, onde, recebem visitantes de outras cidades que fazem divisa com o município como Montanha, Mucurici, localizada no Estado do Espírito Santo, Posto da Mata localizada na Bahia e Carlos Chagas em Minas Gerais.

Conta com agências bancárias como Banco do Brasil, Santander, Sistema de Cooperativas de Crédito do Brasil (SICOOB), Bradesco, Banco do Nordeste, Caixa Econômica e duas loterias; possui duas agências de correios; e os serviços de telefonia operam com as principais empresas brasileiras.

1.2 O sistema municipal de saúde

A taxa de mortalidade infantil média na cidade é de 8.73 para 1.000 nascidos vivos. As internações devido a diarreias são de 1 para cada 1.000 habitantes (IBGE, 2017).

A Rede de Atenção à Saúde do município em Nanuque se organiza sob a forma de uma rede horizontal de pontos de atenção à saúde, que tem por objetivo ofertar uma atenção contínua e integral à população, coordenada pela atenção primária à saúde.

O município possui Unidades Básicas de Saúde (UBS) que abrigam 12 Equipes de Estratégia de Saúde da Família (ESF): ESF Cruzeiro, ESF Getúlio Vargas, ESF Laticínio, ESF Reta, ESF UDR, ESF Vila Nova, ESF Vila Esperança, ESF Vila Pereira, ESF Vila Gabriel Passos, ESF Sete de Setembro, ESF Valdivina Ferreira M. Ferraz I e ESF Valdivina Ferreira M. Ferraz II.

Nanuque possui unidades ambulatoriais especializadas em Ginecologia e Obstetrícia, Pediatria, Endocrinologia, Urologia, Cardiologia, Ortopedia, além de ambulatório para Pequenas Cirurgias. Para outras especialidades é necessário encaminhamento para a macrorregional de atenção em saúde de Teófilo Otoni, Minas Gerais. No município de Teófilo Otoni também há o Centro Estadual de Atendimento Especializado (CEAE), antigo “Viva Vida”, referência para doenças classificadas como de Alto Risco, com ambulatórios de Endocrinologia (acompanhamento de Diabetes Mellitus - DM), Pediatria (prematuros e com baixo peso ao nascer, por exemplo), Mastologia (Câncer - CA de Mama), Nefrologia (Doença Renal Crônica), Ginecologia (exame preventivo com anormalidade); Urologia (CA de próstata), além de acompanhamento de pacientes com Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS) com alto risco cardiovascular e com Pé Diabético.

O município de Nanuque também oferece como serviços de saúde: atenção em Saúde Mental, contando com um Centro de Apoio Psicossocial (CAPS); o Centro de Especialidade Odontológica (CEO), que atende os encaminhamentos realizados pelos dentistas da atenção primária à saúde; clínicas conveniadas para sessões de Fisioterapia; além de dois centros de convivências para idosos.

O Hospital e Pronto Socorro Renato Azeredo, com gestão municipal, abriga o pronto-atendimento (PA), Centro Cirúrgico, Maternidade e 30 leitos de Internação. Os pacientes com critérios para internação em Unidade de Terapia Intensiva (UTI) são encaminhados para Teófilo Otoni, de acordo com o Sistema de Regulação em Saúde.

Os serviços de apoio diagnóstico relacionados a exames laboratoriais e de imagem, além de endoscopia, Eletrocardiograma (ECG), entre outros, são realizados por laboratórios e clínicas conveniados com a Prefeitura.

A dispensação de medicamentos contidos da Relação Municipal de Medicamentos Essenciais (REMUME) é realizada pela Farmácia Básica, mediante prescrição médica.

A coordenação dos fluxos e contrafluxos das pessoas pelos diversos pontos de atenção à saúde é realizado pelo Setor de Regulação da Secretaria Municipal de Saúde.

1.3 Aspectos da comunidade do Bairro Vila Esperança

Vila Esperança é um bairro formado aproximadamente há 40 anos, localizado na periferia de Nanuque-Minas Gerais. Possui uma população de 3.557 habitantes, com uma média de 3,3 moradores por domicílio (IBGE, 2010), sendo que a população masculina corresponde a 1.730 habitantes (48,64%) e a população feminina corresponde a 1.827 habitantes (51,36%).

A renda dos moradores do bairro é essencialmente proveniente do frigorífico Frisa, além de trabalhadores rurais, autônomos, trabalhadores da prefeitura e aposentados.

Há um índice de criminalidade muito alto, relacionado a vários pontos de tráficos de drogas ilícitas na região.

O bairro possui uma escola de ensino fundamental, duas creches e um centro acolhedor de crianças carentes.

O Quadro 1 demonstra a faixa etária, disponibilizado em grupos de 0 a 4 anos, 0 a 14 anos, 15 a 64 anos e a partir de 65 anos.

Quadro 1 – População atendida pela Unidade Básica de Saúde Vila Esperança, de acordo com faixa etária – 2010

Faixa Etária	População
0 a 4 anos	270

5 a 10 anos	250
11 a 15 anos	290
16 a 20 anos	434
21 a 30 anos	435
31 a 40 anos	521
41 a 50 anos	429
51 a 60 anos	490
Acima de 60 anos	438

Fonte: Cadastro da Equipe de Saúde- 2020

1.4 A Unidade Básica de Saúde Vila Esperança

A UBS “Vila Esperança” possui somente uma equipe, a ESF “Vila Esperança”. O território adscrito é o bairro Vila Esperança e a população atendida são os moradores do bairro (há o registro em prontuários de 3.239 moradores).

A Unidade funciona em uma casa alugada há seis anos que foi adaptada pela prefeitura, não estando em bom estado de conservação. O prédio da antiga Unidade foi condenado pela Defesa Civil. Foi iniciada a construção da nova UBS, estando a estrutura quase toda pronta, faltando somente a parte elétrica, hidráulica e alguns ajustes. Porém, a obra foi parada por “falta” de verbas há 3 anos. O local já foi invadido várias vezes por usuários de drogas, e sua estrutura foi saqueada e depredada por vândalos (vaso sanitário, alguma parte elétrica, vidraria e azulejos).

A casa fica no meio de uma ladeira, o que dificulta o acesso a moradores, principalmente idosos e os que tem alguma deficiência motora. Há uma recepção em uma varanda adaptada, um banheiro, sala de vacina, sala dos Agentes Comunitários de Saúde (ACS), duas salas de atendimento para o médico e enfermeiro, e há revezamento quando ocorre o atendimento dos profissionais do Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF). Não há consultório odontológico e os pacientes são atendidos na UBS Valdivina Ferreira M. Ferraz, localizada no centro da cidade. Não tem auditório nem espaço amplo para reunião com os pacientes, que acontecem em uma Igreja próxima da Unidade. Possui

somente um banheiro para os profissionais e moradores. O sistema elétrico não suporta a instalação de ar-condicionado.

Os profissionais rotineiramente têm os seus salários atrasados, fato que traz um sentimento de desânimo no cotidiano do trabalho.

1.5A Equipe de Saúde da Família da Unidade Básica de Saúde Vila Esperança

A equipe é composta por um médico, uma enfermeira, duas técnicas de enfermagem, 6 agentes comunitários de saúde, uma equipe de saúde bucal, com dentista e auxiliar de saúde bucal, ainda auxiliar de serviços gerais e uma recepcionista.

1.6 O funcionamento da Unidade de Saúde da Equipe Vila Esperança

A unidade de saúde é funciona de segunda a sexta feira de 07:00 às 17:00 horas, com atendimento de enfermagem, médico, imunização, realização de curativos.

1.7 O dia a dia da equipe Vila Esperança

As atividades realizadas na ESF Vila Esperança são: acolhimento, consultas médicas e de enfermagem, sala de vacina, exames preventivos, testes rápidos. Mediante encaminhamento do médico ou enfermeiro, há as consultas dos profissionais do NASF, com fisioterapeuta, fonoaudiólogo, nutricionista, psicólogo e dentista (em outra UBS), além das atividades realizadas pelo educador físico na praça popular do bairro.

Buscando uma média de atendimento de 12 pacientes para cada turno de quatro horas (com o objetivo de 20 minutos de consulta por paciente) foi estabelecida uma demanda programada de oito pacientes, e o resto do tempo fica disponível para a demanda espontânea (são atendidos geralmente quatro pacientes). São reservados três turnos de quatro horas para atividades específicas: puericultura, assistência pré-natal e visitas domiciliares.

Uma vez ao mês, são realizadas palestras para a comunidade por algum profissional de saúde, com temas como Pé Diabético, Outubro Rosa, Novembro Azul, Parto, Desenvolvimento da Fala, Boa Alimentação, dentre outros.

Estão em falta instrumentos importantes, como glicosímetro, nebulizador e material para curativos, pequenas cirurgias e lavagem de ouvido, o que causa transtornos e deslocamentos aos pacientes, pois precisam ser encaminhados para outros serviços de saúde, causando sobrecarga no atendimento.

1.8 Estimativa rápida: problemas de saúde do território e da comunidade (primeiro passo)

A elaboração do perfil epidemiológico da área de abrangência da ESF Vila Esperança foi realizada por meio da revisão dos prontuários das famílias e pessoas, além do conhecimento acumulado pelos ACS, que são os profissionais de saúde que estão em contato constante com a população.

No quadro 2 estão as principais condições de saúde da população atendidas pela UBS da Vila Esperança.

Quadro 2 – Condições de saúde da população atendida pela UBS Vila Esperança – Nanuque/Minas Gerais, 2020

Condição de Saúde	Quantitativo (nº)
Famílias	948
Pessoas	3.239
Hipertensos	513
Diabéticos	170
Acamados	6
Gestantes	14
Gestante com sífilis	1
Pessoas que tiveram Acidente Vascular Cerebral	15
Pessoas que tiveram infarto	9
Pessoas com doença renal	3
Pessoas com hanseníase	3

Pessoas com tuberculose	1
Pessoas com câncer (CA)*	13*
Pessoas com doenças respiratórias (asma, Doença Pulmonar Obstrutiva Crônica DPOC, enfisema, outras)	13
Tabagistas	120
Alcoolistas	23
Usuários de drogas	27
vírus da imunodeficiência humana HIV	4

* CA de mama = 5; CA de próstata = 3; CA de útero = 2; CA de esôfago, estômago e intestino = 1 de cada

Fonte: Dados coletados pela Equipe (2020)

Para a elaboração do plano de intervenção, foi realizado o diagnóstico situacional da área de abrangência da ESF Vila Esperança por meio de estiva rápida, com a análise dos dados coletados por meio da revisão dos prontuários dos pacientes, pelo conhecimento prévio dos ACS e dos informantes da comunidade.

Os principais problemas de saúde relacionados à comunidade foram os seguintes.

- HAS e DM.
- Uso de drogas ilícitas.
- Tabagismo.
- Uso abusivo do álcool.
- Violência relacionada ao tráfico de drogas.
- Baixo nível socioeconômico.

1.9 Priorização dos problemas – a seleção do problema para o plano de intervenção (segundo passo)

Para a seleção do problema para o plano de intervenção, foi realizada uma reunião de equipe, com a finalidade de fazer uma classificação e priorização dos problemas levantados. Primeiramente, foram excluídas da lista as enfermidades HAS e DM. Como

são as doenças mais prevalentes na população, já são acompanhadas pela equipe no Programa de Hipertensos e Diabéticos (HIPERDIA).

Em relação à violência relacionada ao tráfico de drogas e o baixo nível socioeconômico chegou-se à conclusão de que teríamos uma baixa capacidade de enfrentamento. Por fim, restaram os problemas de saúde tabagismo, uso abusivo do álcool e uso de drogas ilícitas. Discutimos que, de certo modo, um problema está interligado ao outro. Foi verificado que algumas UBS do município de Nanuque estavam aderindo ao Programa Nacional de Controle do Tabagismo, com incentivo da Secretaria Municipal de Saúde. Desta forma, elegemos como prioridade o Tabagismo para elaboração de um plano de intervenção.

No quadro 3 apresentamos a classificação de prioridade para os problemas identificados no diagnóstico da comunidade adscrita à equipe ESF Vila Esperança, Nanuque – Minas Gerais, 2021.

Quadro 3 - Classificação de prioridade para os problemas identificados no diagnóstico da comunidade adscrita à equipe ESF Vila Esperança, Nanuque – Minas Gerais, 2021

Problemas	Importância*	Urgência**	Capacidade de enfrentamento***	Seleção/Priorização****
Tabagismo	Alta	5	Total	1
HAS e DM	Alta	5	Total	2
Uso abusivo do álcool	Alta	5	Total	3
Uso de drogas ilícitas	Alta	5	Parcial	4
Baixo Nível socioeconômico	Alta	5	Baixa	5
Violência relacionada ao tráfico	Alta	5	Baixa	6

Fonte: Bairro Vila Esperança, Nanuque – MG – 2020

*Alta, média ou baixa

** Total dos pontos distribuídos até o máximo de 30

***Total, parcial ou fora

****Ordenar considerando os três itens

Devido à importância, urgência e capacidade de enfrentamento pela equipe foi priorizado o problema Tabagismo para o projeto de intervenção.

2.JUSTIFICATIVA

O tabagismo e a exposição passiva ao tabaco são responsáveis por 428 mortes diárias no Brasil e aproximadamente 156 mil óbitos anuais. Em 2015, as doenças cardiovasculares e o câncer, que têm o tabagismo como importante fator de risco, foram a primeira e segunda causas de óbitos atribuíveis ao tabaco no país. A mortalidade por câncer correspondeu a 32,27% do total de óbitos atribuídos ao tabagismo (PINTO *et al.*, 2017).

Para o Brasil, a estimativa para cada ano do triênio 2020-2022 aponta que ocorrerão 625 mil casos novos de câncer (450 mil, excluindo os casos de câncer de pele não melanoma). O câncer de pele não melanoma será o mais incidente (177 mil), seguido pelos cânceres de mama e próstata (66 mil cada), cólon e reto (41 mil), pulmão (30 mil) e estômago (21 mil) (BRASIL, 2020).

O tabagismo é considerado como a principal causa global evitável de morbimortalidade. A equipe ESF Vila Esperança possui um total de 120 tabagistas, no qual 75% são do sexo masculino e 25% do sexo feminino e ainda não houve iniciativas para o devido acompanhamento destes pacientes. O tratamento para cessação do tabagismo está entre as intervenções médicas que apresentam a melhor relação custo-benefício, superior inclusive aos tratamentos direcionados para HAS leve a moderada, dislipidemia e infarto do miocárdio. (BRASIL, 2013).

O tabagismo é um problema identificado frequentemente no âmbito da atenção primária. A equipe de saúde, deste modo, necessita de treinamento qualificado para identificar o paciente tabagista e desenvolver estratégias para o controle do tabagismo. Para isso, é fundamental o estabelecimento de um vínculo entre os profissionais de saúde da equipe e os pacientes, de modo a facilitar o abandono do fumo.

3 OBJETIVOS

3.1 Objetivo geral

Elaborar um projeto de intervenção para o controle do tabagismo para os usuários da equipe de saúde da família Vila Esperança, em Nanuque – Minas Gerais.

3.2 Objetivos específicos

Atualizar lista de tabagistas da unidade de saúde da família Vila Esperança.

Realizar capacitação para os profissionais da unidade de saúde Vila Esperança.

Criar grupo operativo de tabagistas, para iniciar o tratamento.

4. METODOLOGIA

Para a elaboração do projeto de intervenção foi utilizado o método de Planejamento Estratégico Situacional (PES) conforme orientações do módulo Planejamento, avaliação e programação das ações de saúde (FARIA; CAMPOS; SANTOS, 2018) e do módulo de Iniciação científica: trabalho de conclusão de curso (CORRÊA; VASCONCELOS; SOUZA, 2018).

Foi realizada também uma revisão de literatura sobre o tema. Foram consultadas as bases de dados eletrônicas *Scientific Electronic Library Online* (SciELO), Biblioteca Virtual em Saúde, Biblioteca Virtual em Saúde do Núcleo de Educação Saúde Coletiva (NESCON) e publicações do Ministério da Saúde, além de outras fontes. Esta busca do embasamento teórico foi guiada pelos seguintes descritores: Estratégia Saúde da Família, Tabagismo, Educação em Saúde.

Para a elaboração do projeto de intervenção, toda a equipe multidisciplinar da ESF Sagrada Família reuniu-se para o planejamento e definiu-se consensualmente sobre a divisão de responsabilidades por operação e os prazos para a realização de cada produto.

5 REVISÃO BIBLIOGRÁFICA

5.1 Tabagismo

O tabagismo é considerado uma doença epidêmica decorrente da dependência à nicotina, classificada no grupo de transtornos mentais e de comportamento devido ao uso de substâncias psicoativas na 10ª Classificação Internacional de Doenças (CID-10). Além de ser uma doença, é fator causal de aproximadamente 50 outras doenças incapacitantes e fatais, como câncer, doenças cardiovasculares e respiratórias crônicas. O fumo é um importante fator de risco na ocorrência das doenças crônicas não transmissíveis (DCNT), principalmente em relação às doenças circulatórias e cardiovasculares, HAS hipertensão, acidente vascular cerebral e infarto do miocárdio. Entre as outras doenças relacionadas estão o câncer, doenças respiratórias crônicas e doenças transmissíveis, como a tuberculose (MALTA *et al*, 2015).

“Tabagismo é o nome dado ao uso do tabaco (*nicotiana tabacum*), planta na qual se encontram várias substâncias tóxicas, como terebintina, formol, amônia, naftalina.” A dependência química que ocorre nos usuários é devido a nicotina que é o princípio ativo do tabaco (INCA; 2013 *apud* MORATO, 2016,p. 6)

[...]A nicotina é uma droga, e como tal age no sistema nervoso central causando efeitos nocivos diversos. Além disso, foram identificadas cerca de 4.720 substâncias presentes na fumaça do cigarro, sendo que 200 delas são consideradas tóxicas e 50 cancerígenas. Isso pode provocar cerca de 50 doenças, entre as quais se destacam pela incidência relacionada com o tabagismo: câncer de pulmão (90%); infarto (25%); bronquite crônica (85%); enfisema pulmonar (85%); derrame cerebral (25%) (INCA; 2013 *apud* MORATO 2016.p. 6)

Segundo Kuhnen (2009) um aspecto considerável é a pressão social que a sociedade moderna exerce sobre o indivíduo. Questões como consumismo exacerbado, violência, desemprego, entre outros, geram, cada vez mais, angústia, estresse e depressão. Esses fatores são apontados pelos pesquisadores

“como motivadores para o início e manutenção do hábito de fumar, uma vez que existe um antigo conceito, manipulado pela indústria e pela mídia, de que o cigarro é um lenitivo para esses males. Some-se a isso o convívio com fumantes

e/ou usuários de drogas, que influenciam negativamente quanto ao uso do cigarro” (MORATO, 2016,p.14).

Um dos grandes desafios da educação e da saúde pública é o combate às drogas, entre elas está o tabaco, que segundo a Organização Mundial de Saúde (WHO, 2013) é considerada a maior causa de adoecimento evitável no mundo, sendo uma das drogas mais consumidas por jovens e adolescentes (BRASIL, 2008).

Estes jovens e adolescentes provavelmente se tornarão adultos fumantes. O cigarro tem fácil acesso, preço acessível e está cada vez mais presente na vida das pessoas mesmo com as campanhas do Ministério de Saúde (MS). O MS lançou o Programa Nacional de Controle do Tabagismo (PNCT) no ano de 1986, entregando ao Instituto Nacional do Câncer (INCA) a responsabilidade por coordenar e executar o programa do Brasil (BRASIL, 2013).

O PNCT no Brasil tem se mostrado inovador, “principalmente nas ações voltadas para a publicidade e a propaganda, e às advertências impressas nas embalagens de produtos derivados do tabaco”. O Brasil foi o primeiro país a adotar as ações do programa que incluem “as proibições relativas ao consumo do tabaco em transportes públicos, regulamentação dos produtos do tabaco, e limitação nos teores de nicotina, alcatrão e monóxido de carbono” (IGLESIAS *et al.*, 2007, p.13).

Em seu estudo, Malcon (2002, p.12), afirma que “é maior o risco para um adolescente tornar-se fumante tendo irmãos mais velhos fumantes. O mesmo acontece em relação ao grupo a que o adolescente pertence, ou seja, ter amigos fumantes favorece o tabagismo”.

Ainda de acordo com Malcon (2002) apud Morato, (2016, p. 14) “essa precocidade é explorada pela indústria e pelo comércio tabagista, que, entre outras estratégias, expõe seus produtos em locais de maior acesso de adolescentes e jovens”. O fato de ser fumante representa para o adolescente mais que um hábito e agrega a dependência como um estilo de vida que acompanha o indivíduo até a vida adulta.

Em conversas com os pacientes durante os atendimentos, muitos deles relatam que começaram a fumar na infância aproximadamente aos nove anos de idade e muitos por influência do convívio familiar começando como fumantes passivos e passando a ativos, sem nenhuma restrição por parte dos pais, apenas seguindo o exemplo deles. Muitos deles afirmam nunca terem pensado em parar com o uso e feito nenhuma pausa ao longo da vida. A maioria já é idosa e geralmente tem comorbidades associadas.

5.2 Programa Nacional de Combate ao Tabaco

Como uma resposta a esse grave problema de saúde pública, desde 1989 a governança do controle do tabagismo no Brasil passou a ser articulada pelo MS, por meio do Instituto Nacional de Câncer José Alencar Gomes da Silva (INCA, 2019, p. 24), que é responsável por um conjunto de ações nacionais que compõem o Programa Nacional de Controle do Tabagismo (PNCT).

Seu propósito é diminuir a prevalência do tabagismo e como resultado a diminuição do índice de morbimortalidade relacionada ao consumo do tabaco. Segue “um modelo lógico onde ações educativas, de comunicação, de atenção à saúde, junto com ações legislativas e econômicas, se potencializam para prevenir a iniciação do tabagismo”, promover a cessação do tabagismo e proteger a população dos riscos do tabagismo passivo, alcançando, assim, o objetivo proposto (INCA, 2019, p.26).

[...] a prevenção de doenças na população através de ações que estimulem a adoção de comportamentos e estilos de vida saudáveis e que contribuam para a redução da incidência e mortalidade por câncer e doenças tabaco- relacionadas no país (BRASIL, 2011, p.29).

Para Morato (2019, p.12),

“O programa procura, também, estreitar as relações entre as áreas de saúde e de educação nos estados, municípios e em nível federal, promovendo, assim, a criação de ambientes livres de fumo e a implantação de projetos que visem o abandono do hábito de fumar na rede do SUS”(MORATO,2019, p.12).

De acordo com o INCA (2011, p.37):

[...] A relação do poder aquisitivo com o consumo de cigarros mostra que há um menor consumo nas classes de maior rendimento familiar per capita (renda de mais de dois salários-mínimos per capita por mês). O maior consumo está na classe sem nenhum rendimento, com 25,4% dos indivíduos fumando. Essa diferença é, em grande parte, causada pela maior desinformação das classes sociais economicamente mais pobres e se repete em muitos países do mundo (INCA:2011, p.37).

O MS oferece tratamento gratuito aos fumantes brasileiros que desejam parar de fumar, em unidades de saúde integrantes do Sistema Único de Saúde (SUS). Esse tratamento é realizado por profissionais de saúde capacitados que trabalham com a abordagem em grupo de apoio ou individualmente. É sugerido que o tratamento deve ser no mínimo com quatro sessões no primeiro mês com intervalos semanais. No segundo mês, recomendam duas sessões quinzenais e uma sessão mensal a partir do terceiro mês, este tratamento tem a duração de um ano (INCA, 2001).

[...]O paciente deverá ser orientado a participar de todas as etapas do tratamento. Essa abordagem tem como objetivo o conhecimento de situações de risco que levam o indivíduo a fumar, fazendo com que ele consiga enfrentar tais momentos sem acender o cigarro. Ela consiste em cinco procedimentos: perguntar, avaliar, aconselhar, preparar e acompanhar (INCA, 2001, p.35).

“A recaída pode ser entendida como uma volta ao uso de cigarros após ter deixado de fumar. O tabagismo, como qualquer dependência química, é uma doença crônica e as recaídas podem fazer parte do processo”. Após uma recaída, é fundamental acolher e incentivar o fumante a voltar a procurar atendimento na unidade de saúde para o tratamento do tabagismo. E esclarecer que, na maioria das vezes, mais de uma tentativa é necessária até que se consiga ficar definitivamente sem fumar (INCA, 2019, p.27)

A abordagem breve ou mínima pode ser realizada por qualquer profissional de saúde, de forma estruturada, durante sua consulta de rotina, com duração de três a cinco minutos a cada contato. Consiste em perguntar a todo paciente se é fumante e, caso a resposta seja positiva, avaliar seu grau de dependência física e de motivação, aconselhar e preparar para deixar de fumar, e por fim, acompanhar o paciente em consultas subsequentes, como prevenção de recaídas (INCA, 2019, p. 27).

De acordo com o MS (BRASIL, 2015, p. 29) o acesso ao tratamento para o usuário parar de fumar no Brasil tem aumentado nos últimos anos, abrangendo as equipes da Atenção Básica de Saúde (ABS). “Dessa forma, a identificação, a abordagem e o tratamento da

pessoa tabagista podem (e devem) ser realizadas no seu território, melhorando a saúde e a qualidade de vida do usuário”.

[...]Os profissionais de saúde devem, sempre que possível, promover ações de informação, incentivo e apoio ao abandono do tabagismo. Pesquisas confirmam que abordagens rápidas, repetidas em cada consulta, reforçando os malefícios do tabaco e a importância da cessação do seu uso, aumentam significativamente as taxas de abstinência. Apesar de as taxas de sucesso aumentarem individualmente com o aumento da intensidade da abordagem do tabagista, o impacto em termos de saúde pública parece ser superior com abordagens breves em um maior número de usuários em relação a abordagens intensivas direcionadas a poucos usuários (FIORE *et al.*, 2016 *apud* BRASIL,2015, p.30).

As equipes de ABS assumem um papel muito importante nesse cenário “já que, a partir da oferta de cuidado longitudinal, integral e mais próximo ao usuário, se encontram em posição privilegiada para o fortalecimento do vínculo, aumentando sensivelmente a efetividade do tratamento para cessação de tabagismo” (BRASIL, 2015, p.30).

Ainda de acordo com o MS (BRASIL, 2015, p.30) o “profissional de saúde pode articular ações com os profissionais dos NASF (que podem auxiliar no manejo de usuários com comorbidades”. Podem, também, estimular as práticas de atividades físicas “acionando ferramentas e equipamentos de saúde, como a Academia da Saúde, de modo a estimular as práticas coletivas e de exercício físico.”

6 PLANO DE INTERVENÇÃO

6.1 Descrição do Tabagismo (terceiro passo)

O tabagismo é reconhecido como uma doença crônica causada pela dependência à nicotina presente nos produtos à base de tabaco, estando por isso inserido na Classificação Internacional de Doenças (CID10) da Organização Mundial da Saúde (OMS). O tabagismo ativo e a exposição passiva à fumaça do tabaco estão relacionados ao desenvolvimento de aproximadamente 50 enfermidades, dentre as quais vários tipos de câncer, doenças do aparelho respiratório (enfisema pulmonar, bronquite crônica, asma, infecções respiratórias) e doenças cardiovasculares (angina, infarto agudo do miocárdio, hipertensão arterial, aneurismas, acidente vascular cerebral, trombozes). Há ainda outras doenças relacionadas ao tabagismo: úlcera do aparelho digestivo; osteoporose; catarata; patologias buco-dentais; impotência sexual no homem; infertilidade na mulher; menopausa precoce e complicações na gravidez. (BRASIL, 2017)

6.2 Explicação do Tabagismo (quarto passo)

No bairro Vila Esperança há um total de 120 tabagistas para 3.239 moradores adscritos. A falta de conscientização e do acesso à informação, além do baixo grau de motivação relacionada ao desemprego e baixo nível socioeconômico são causas do aumento do número de dependência nicotínica. O tabagismo é considerado como a principal causa evitável de morbimortalidade, é fundamental o desenvolvimento de estratégias para o seu controle.

6.3 Seleção dos nós críticos (quinto passo)

Foram identificados os seguintes nós críticos referentes ao problema “Tabagismo”.

- População pouco conscientizada sobre os problemas de saúde que são causados e agravados pelo Tabagismo.

- Falta de experiência e conhecimento da equipe sobre a abordagem do tabagismo.
- Dificuldade do tabagista em abandonar a dependência (elevado grau de dependência).

6.4 Desenho das operações sobre nó crítico – operações, projeto, resultados e produtos esperados, recursos necessários e críticos (sexto passo) e viabilidade e gestão (7º a 10 passo)º

Após a identificação dos nós críticos relacionados ao tabagismo, foram realizadas outras reuniões com a equipe de saúde de família, para definição do desenho das operações, a identificação dos recursos críticos, a análise da viabilidade e o plano operativo de seu projeto de intervenção.

O plano das ações de intervenção elaborado pela ESF Vila Esperança sobre o problema tabagismo foi esquematizado nos 3 quadros a seguir, um para cada nó crítico identificado.

Quadro 4 - Operações sobre o nó crítico “População pouco consciente sobre os agravos do Tabagismo” relacionado ao problema “Tabagismo”, no território sob responsabilidade da eSF Vila Esperança, município de Nanuque, estado de Minas Gerais.

Nó Crítico 1	População pouco conscientizada sobre os problemas de saúde que são causados e agravados pelo Tabagismo
6º passo. Operação	Conscientizar a população.
6º passo. Projeto	“Respirar melhor”
6º passo. Resultados Esperados	Conscientização da população; Redução do número de tabagismo em um prazo de 6 meses.

6º passo. Produtos esperados	Formação de grupos de tabagismo; Palestras educativas para a comunidade; Programa de saúde escolar.
6º passo. Recursos necessários	Cognitivo: informações sobre o tema e estratégias de informação. Financeiro: para produção de folhetos, informativos, audiovisual
7º passo. Viabilidade do plano: recursos críticos.	Reuniões intersetoriais (gestão municipal de saúde, ESF, associação comunitária, direção da escola)
8º passo. Controle dos recursos críticos – ações estratégicas	Médico, Enfermeiro, Secretário Municipal de Saúde – Favoráveis
9º passo. Acompanhamento do plano. Responsáveis e prazo	Médico e Enfermeiro (coordenador da equipe).
10º passo. Gestão do plano – monitoramento e avaliação das ações	O monitoramento e avaliação das ações será feito pela equipe durante as próprias reuniões, em espaços abertos para discussão e dúvidas.

Fonte: Os autores (2021)

Quadro 5 - Operações sobre o nó crítico “Falta de Preparo da Equipe” relacionado ao problema “Tabagismo”, no território sob responsabilidade da eSF Vila Esperança, município de Nanuque, estado de Minas Gerais.

Nó Crítico 2	Falta de experiência, de conhecimento e de preparo da equipe sobre a abordagem do tabagismo.
6º passo. Operação	Estudo, treinamento, educação permanente sobre Programa Nacional de Controle ao Tabagismo
6º passo. Projeto	“Saber mais”
6º passo. Resultados Esperados	Equipe com maior nível de conhecimento

6º passo. Produtos esperados	Reuniões quinzenais com a equipe; Capacitação permanente dos profissionais de saúde envolvidos.
6º passo. Recursos necessários	Cognitivos - conhecimento sobre o tema e sobre estratégias de comunicação e pedagógicas. Organizacionais - organização da agenda.
7º passo. Viabilidade do plano: recursos críticos.	Toda a Equipe
8º passo. Controle dos recursos críticos – ações estratégicas	Médico, Enfermeiro, Secretário Municipal de Saúde – Favoráveis
9º passo. Acompanhamento do plano. Responsáveis e prazo	Médico e Enfermeiro (coordenador da equipe).
10º passo. Gestão do plano – monitoramento e avaliação das ações	O monitoramento e avaliação das ações será feito pela eSF durante as próprias reuniões, em espaços abertos para discussão e dúvidas.

Fonte: Os autores (2021)

Quadro 6 - Operações sobre o nó crítico “Grau de dependência elevado” relacionado ao problema “Tabagismo”, no território sob responsabilidade da eSF Vila Esperança, município de Nanuque, estado de Minas Gerais.

Nó Crítico 3	Grau de dependência e dificuldade do tabagista em abandonar o vício.
6º passo. Operação	Avaliação do grau de dependência nicotínica.
6º passo. Projeto	“Diga NÃO ao tabagismo!”
6º passo. Resultados Esperados	Definição do número de tabagistas; Classificação do grau de dependência (Aplicação do Teste de Fagerstrom);

	<p>Maior adesão ao Programa de Controle do Tabagismo.</p>
<p>6º passo. Produtos esperados</p>	<p>Busca continuada ativa e passiva dos pacientes tabagistas; Manutenção do Programa de Controle ao Tabagismo</p>
<p>6º passo. Recursos necessários</p>	<p>Cognitivo: informações sobre o tema e estratégias de informação. Estrutural e organizacional: formação de grupo multiprofissional de apoio. Político: adesão ao Programa Nacional de Controle do Tabagismo; disponibilização dos medicamentos.</p>
<p>7º passo. Viabilidade do plano: recursos críticos.</p>	<p>Toda a Esf</p>
<p>8º passo. Controle dos recursos críticos – ações estratégicas</p>	<p>Médico, Enfermeiro, Secretário Municipal de Saúde – Favoráveis</p>
<p>9º passo. Acompanhamento do plano. Responsáveis e prazo</p>	<p>Médico e Enfermeiro (coordenador da equipe).</p>
<p>10º passo. Gestão do plano – monitoramento e avaliação das ações</p>	<p>O monitoramento e avaliação das ações será feito pela eSF durante as próprias reuniões, em espaços abertos para discussão e dúvidas.</p>

Fonte: Os autores (2021)

7 CONSIDERAÇÕES FINAIS

O tabagismo é assunto de importância nas discussões relacionadas à saúde pública e isso se deve tanto à importância da temática apresentada quanto à necessidade de se combater o fumo, pois suas consequências afetam os indivíduos de variadas faixas etárias e no processo saúde/doença.

Assim, para atender o objetivo geral do presente trabalho, que é elaborar um plano de intervenção para melhoria do atendimento ao paciente tabagista, foi feita uma pesquisa bibliográfica a fim de descrever e discutir os males causados pelo uso contínuo do tabaco e traçar um paralelo entre os resultados alcançados e a prática vivenciada na unidade de saúde ESF Vila Esperança bem como implementar programa para cessação do tabagismo em nossa comunidade, esperamos ao longo do projeto reduzir os casos de tabagistas na unidade.

Busca-se com a implementação do projeto de intervenção a melhoria da qualidade de vida dos pacientes tabagistas bem como da sua família, reduzindo os agravos pulmonares e cardiovasculares provocados pelo tabagismo.

REFERÊNCIAS

BRASIL. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística - IBGE. **Conheça cidades e os estados do Brasil**. Brasília, 2010. Disponível em: <https://cidades.ibge.gov.br>. Acesso em: 20 mar. 2020. CITAR NO TEXTO BRASIL, 2010

Brasil. Ministério da Saúde. Portaria Interministerial nº 2.647, de 4 de dezembro de 2013. Regulamenta as condições de isolamento, ventilação e exaustão do ar e medidas de proteção ao trabalhador, em relação à exposição ao fumo nos ambientes estabelecidos no art. 3º do Decreto nº 2.018, de 1º de outubro de 1996, alterado pelo Decreto nº 8.262, de 31 de maio de 2014. Diário Oficial da República Federativa do Brasil, Brasília (DF), 2014 dez 5; Seção 1:41.

BRASIL. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística - IBGE. **Conheça cidades e os estados do Brasil**. Brasília, 2017. Disponível em: <https://cidades.ibge.gov.br>. Acesso em: 20 mar. 2020. CITAR NO TEXTO BRASIL, 2017

BRASIL. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística - IBGE. **Conheça cidades e os estados do Brasil**. Brasília, 2020. Disponível em: <https://cidades.ibge.gov.br>. Acesso em: 20 mar. 2020. CITAR NO TEXTO BRASIL, 2020

FARIA, H. P.; CAMPOS, F.C.C.; SANTOS, M. A. **Planejamento, avaliação e programação das ações em saúde**. Belo Horizonte: Nescon/UFMG, 2018. Disponível em: <https://www.nescon.medicina.ufmg.br/biblioteca>.

FIORI, N. S. et al. Prevalência e fatores associados ao tabagismo em fumicultores do Sul do Brasil. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 32, p. e00123115, 2016. CITAR FIORI et al, RETIRAR O APUD

FONSECA, I. C. M. **Nanuque: seu povo, sua história**. COLOCAR A EDITORA, Brasília: 1986.

IGLESIAS, R. et al. Documento de discussão: Controle do Tabagismo no Brasil. **HNP the World Bank**, 2007.

INSTITUTO NACIONAL DE CÂNCER. INCA. *Abordagem e tratamento do fumante: consenso 2001*. Rio de Janeiro: Instituto Nacional de Câncer (INCA); 2001.

INSTITUTO NACIONAL DE CÂNCER. INCA. Ministério da Saúde (BR). Instituto Nacional de Câncer. Tipos de câncer: pulmão [Internet]. Rio de Janeiro: Instituto Nacional de Câncer; 2014 [citado 2014 nov 14]. Disponível em: <http://www2.inca.gov.br/wps/wcm/connect/tiposdecancer/site/home/pulmao>
» <http://www2.inca.gov.br/wps/wcm/connect/tiposdecancer/site/home/pulmao>

INCA. Instituto Nacional de Câncer. Tipos de câncer. Brasília –DF, 2019

KUHNEN, M. et al. Tabagismo e fatores associados em adultos: um estudo de base populacional. **Revista Brasileira de Epidemiologia**, v. 12, p. 615-626, 2009. CITAR NO TEXTO KUHNEN et al.

MALTA, D. C. et al. Tendências de indicadores de tabagismo nas capitais brasileiras, 2006 a 2013. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 20, p. 631-640, 2015.

MALCON, M.; MENEZES, A. M. B.. Tabagismo na adolescência. *Pediatria, São Paulo*. v. 24, n.3/4, p.81-82, 2002. CITAR NO TEXTO O SOBRENOME DOS 2 AUTORES

MORATO, S. M. A.. Grande número de tabagistas no território da ESF Terezinha Nicoli, Abaeté, MG: **Plano de intervenção**. 2016. COLOCAR O LINK E DATA DE ACESSO

PINTO, Marcia et al. Carga do tabagismo no Brasil e benefício potencial do aumento de impostos sobre os cigarros para a economia e para a redução de mortes e adoecimento. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 35, p. e00129118, 2019.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. Report on the global tobacco epidemic, 2013: enforcing bans on tobacco advertising, promotion and sponsorship [Internet]. Geneva: **World Health Organization**; 2013. [cited 2015 Jan 12]. 202 p. Available from: http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/85380/1/9789241505871_eng.pdf?ua=1