

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

Ana Maria dos Santos Nunes

**PROJETO DE INTERVENÇÃO PARA O CONTROLE DO TABAGISMO NA
UNIDADE BÁSICA DE SAÚDE FABRÍCIA TEODORO DE LELIS, LAGOA
GRANDE, MINAS GERAIS**

**Lagoa Grande – Minas Gerais
2020**

Ana Maria dos Santos Nunes

**PROJETO DE INTERVENÇÃO PARA O CONTROLE DO TABAGISMO NA
UNIDADE BÁSICA DE SAÚDE FABRÍCIA TEODORO DE LELIS, LAGOA
GRANDE, 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.

Orientador(a): Profa Dra Selme Silqueira
de Matos.

Lagoa Grande – Minas Gerais

2020



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

FOLHA DE APROVAÇÃO

Aos 5 dias do mês de dezembro de 2020, 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 da aluna **ANA MARIA DOS SANTOS NUNES** intitulado "PROJETO DE INTERVENÇÃO PARA O CONTROLE DO TABAGISMO NA UNIDADE BÁSICA DE SAÚDE FABRÍCIA TEODORO DE LELIS, LAGOA GRANDE, 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. SELME SILQUEIRA DE MATOS e Profa. Dra. MARIA MARTA AMANCIO AMORIM. O TCC foi aprovado com a nota 85.

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

Belo Horizonte, 23 de setembro de 2021.

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



Documento assinado eletronicamente por **Tarcísio Marcio Magalhaes Pinheiro, Coordenador(a) de curso de pós-graduação**, em 24/09/2021, às 11:11, 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 **0981564** e o código CRC **D46CEC1A**.

DEDICATÓRIA

Dedico esse estudo aos meus pais que sempre me apoiaram e a equipe de saúde da família Fabrícia Teodoro de Lelis, que apesar de todas as adversidades mantém-se unida no cuidado à saúde da população Lagoa Grandense.

AGRADECIMENTOS

Agradeço à Deus pela minha saúde, aos meus pais pelo apoio e amor inquestionável, à minha equipe pela colaboração e amizade. E a todos que diretamente ou indiretamente contribuíram para a realização deste trabalho.

RESUMO

No município de Lagoa Grande em Minas Gerais, a Estratégia de Saúde da Família (ESF) funciona como centro primário de atenção à saúde prestando atendimento para as condições agudas e crônicas, eventos de prevenção e promoção à saúde, assim como suporte para reabilitação. O objetivo desse trabalho foi reduzir o índice de consumo do tabaco, através da atenção primária, contribuindo assim para uma melhor qualidade de vida e saúde aos pacientes atualmente dependentes da substância. A epidemia do tabaco é uma das maiores ameaças à saúde pública que o mundo já enfrentou, sendo responsável pela morte de mais de oito milhões de pessoas por ano. Personalizando o tratamento e buscando suprir as necessidades individuais pode-se obter um melhor resultado, mas é importante não desvalorizar a eficácia dos grupos de apoio, em que as experiências compartilhadas e a educação continuada contribuem para o processo de abstinência do tabaco. Através da avaliação demográfica e epidemiológica da população adscrita foi realizado o planejamento estratégico situacional que identificou como nós críticos o apoio e suporte ao processo de tentativas de cessar o tabagismo de forma inadequada, e o nível de informação da equipe e população insuficientes. Assim sendo, pela familiaridade com o serviço de saúde, pelos vínculos formados com a equipe de saúde da família, pode-se fornecer ao paciente tabagista um acolhimento e uma assistência inicial e longitudinal que é muito importante no processo de abstinência do cigarro.

Palavras-chave: Estratégia Saúde da Família. Atenção Primária à Saúde. Tabagismo.

ABSTRACT

In the Lagoa Grande's city in Minas Gerais, the Family Health Strategy works as a primary health care center providing care for acute and chronic conditions, prevention and health promotion events, as well as support for rehabilitation. The objective of this work was to reduce the rate of tobacco consumption, through primary care, thus contributing to a better quality of life and health for patients currently dependent on the substance. The tobacco epidemic is one of the greatest threats to public health that the world has ever faced, accounting for the deaths of more than eight million people each year. By personalizing the treatment and seeking to meet individual needs, a better result can be obtained, but it is important not to underestimate the effectiveness of support groups, where shared experiences and continuing education contribute to the process of tobacco withdrawal. Through the demographic and epidemiological evaluation of the enrolled population, strategic situational planning was carried out, which identified as critical nodes the support and support to the process of attempts to stop smoking inappropriately, and the level of information of the team and population insufficient. Therefore, due to the familiarity with the health service, the bonds formed with the family health team, it is possible to provide the smoker patient with a welcome and initial and longitudinal assistance, which is very important in the process of smoking withdrawal.

Keywords: Family Health Strategy. Primary Health Care. Smoking.

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

ABS	Atenção Básica à Saúde
ACS	Agente Comunitário de Saúde
APS	Atenção Primária à Saúde
AVC	Acidente Vascular Cerebral
BDENF	Banco de Dados de Enfermagem
BVS	Biblioteca Virtual em Saúde
DATASUS	Departamento de informática do Sistema Único de Saúde do Brasil
DCV	Doenças Cardiovasculares
CEAE	Centro Estadual de Atenção Especializada
CISALP	Consórcio Inter Municipal de Saúde do Alto Paranaíba
CQCT	Convenção-Quadro para o Controle do Tabagismo
DM	Diabetes Mellitus
ESF	Estratégia Saúde da Família
HAS	Hipertensão Arterial Sistêmica
IBGE	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
INCA	Instituto Nacional do Câncer
IT	Indústria do Tabaco
LILACS	Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde
MS	Ministério da Saúde
NASF	Núcleo de apoio à saúde da família
ONU	Organização das Nações Unidas
PACS	Programa de Agentes Comunitários de Saúde
PCCU	Prevenção do câncer de colo de útero
PNCT	Política Nacional de Controle do tabagismo
PSF	Programa Saúde da Família
SciELO	Scientific Electronic Library Online
SUS	Sistema Único de Saúde
UBS	Unidade Básica de Saúde

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

QUADRO 1. Aspectos demográficos da ESF Fabrícia Teodoro de Lelis no município de Lagoa Grande do estado de Minas Gerais	14
QUADRO 2. Condições de saúde predominantes na ESF Fabrícia Teodoro de Lelis no município de Lagoa Grande do estado de Minas Gerais	15
QUADRO 3. Classificação de prioridade para os problemas identificados no diagnóstico da comunidade adscrita à Equipe de Saúde Arco Íris Unidade Básica de Saúde Fabrícia Teodoro de Lelis, município de Lagoa Grande, estado de Minas Gerais	18
QUADRO 4. Desenho das operações (6º passo) e viabilidade e gestão (7º a 10º passo) sobre o “nó crítico 1” relacionado ao problema “Tabagismo”, na população sob responsabilidade da Equipe de Saúde da Família Fabrícia Teodoro de Lelis, do município de Lagoa Grande, estado de Minas Gerais	28
QUADRO 5. Desenho das operações (6º passo) e viabilidade e gestão (7º a 10º passo) sobre o “nó crítico 2” relacionado ao problema “Tabagismo”, na população sob responsabilidade da Equipe de Saúde da Família Fabrícia Teodoro de Lelis, do município de Lagoa Grande, estado de Minas Gerais	29

SUMÁRIO

1. INTRODUÇÃO	11
1.1 Aspectos gerais do Município.....	11
1.2 O sistema municipal de saúde	11
1.3 Aspectos da comunidade	14
1.3.1 Aspectos demográficos	14
1.3.2 Aspectos epidemiológicos	14
1.4 A Unidade Básica de Saúde Fabrícia Teodoro de Lelis.....	16
1.5 A Equipe de Saúde da Família Fabrícia Teodoro de Lelis.....	16
1.6 O funcionamento da Unidade de Saúde Fabrícia Teodoro de Lelis	16
1.7 O dia a dia da equipe de saúde da família Fabrícia Teodoro de Lelis	17
1.8 Estimativa rápida: problemas de saúde do território e da comunidade (primeiro passo)	18
1.9 Priorização dos problemas: a seleção do problema para plano de intervenção (segundo passo)	18
2. JUSTIFICATIVA	19
3. OBJETIVOS	20
3.1 Objetivo geral	20
3.2 Objetivos específicos	20
4. METODOLOGIA	21
5. REVISÃO BIBLIOGRÁFICA	22
5.1 Características gerais do tabagismo	22
5.2 A indústria do tabaco	23
5.3 Controle do tabagismo	23
5.4 Tratamento do tabagismo	24
5.5 A abstinência e as recaídas no tabagismo	25
6. PLANO DE INTERVENÇÃO	27
6.1 Descrição do problema selecionado (terceiro passo)	27
6.2 Explicação do problema selecionado (quarto passo)	27
6.3 Seleção dos nós críticos (quinto passo)	27
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	30
8. REFERÊNCIAS	31

1. INTRODUÇÃO

1.1 Aspectos gerais do município

Lagoa Grande é uma cidade de 9532 habitantes, estimativa do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE) para o ano de 2017, localizada na região noroeste de Minas Gerais há cerca de 507 km da capital do Estado. Possui 1236,301 km² de área tendo como municípios limítrofes Vazante, Paracatu, Presidente Olegário, João Pinheiro e Lagamar. A cidade foi emancipada em 1992, quando antes era distrito desde 1910 do município de Presidente Olegário. O progresso econômico começou a chegar com os carvoeiros explorando o carvão através do cerrado, mas atualmente a economia tem como base a agropecuária, destacando-se a produção de leite e derivados (PREFEITURA DE LAGOA GRANDE, 2017). Segundo dados do IBGE (2017), em 2017 o salário médio mensal era de 1.8 salários mínimos. A proporção de pessoas ocupadas em relação à população total era de 15.3%. A atividade política partidária é polarizada entre dois grupos políticos tradicionais que vem se revezando à frente da administração municipal. No calendário da cidade destacam-se as festas de Nossa Senhora do Rosário e a Festa do Leite. Na área da saúde a cidade conta com três equipes de Estratégia de Saúde da Família (ESF): Equipe I Fabrícia Teodoro de Lelis, Equipe II Mozar Correa e Equipe III Izidio Batista Franco. Possui uma equipe de saúde bucal para cada unidade. Há ainda o Centro de leitos de observação 24 horas, local com serviço de urgência e leitos de internação para Clínica Médica, a Academia de Saúde, Farmácia de Minas e o Centro de Especialidades Médicas que conta com o atendimento da Ginecologia, Psiquiatria e Pediatria, assim como por outros profissionais da área de saúde do Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF) como Fisioterapeuta, Psicóloga e Nutricionista. Para demais atendimentos em outras especialidades e internações hospitalares em serviços com maior índice tecnológico é necessário referenciar os pacientes. O que acontece frequentemente pois o serviço de urgência conta com poucos recursos e a cidade não possui nenhum outro atendimento especializado além dos citados acima.

1.2 O sistema municipal de saúde

O município de Lagoa Grande está localizado na macrorregião de saúde do noroeste de Minas Gerais e microrregião de Patos de Minas. Sendo que, neste município a Estratégia de Saúde da Família funciona como centro de uma rede predominantemente poliárquica. Assim as ESF funcionam como centro primário de

atenção primária à saúde prestando atendimento para as condições agudas e crônicas, eventos de prevenção e promoção à saúde, assim como suporte para reabilitação.

São três as equipes de ESF:

- Equipe I Fabrícia Teodoro de Lelis
- Equipe II Mozar Correa
- Equipe III Izidio Batista Franco

Todas as ESF contam com acesso à internet e computadores em consultório, e fazem uso do prontuário eletrônico via utilização do sistema informatizado do E-SUS. Há ainda a existência física dos prontuários ora preenchidos em manuscrito, sendo que na ESF I opta-se por imprimir o registro do E-SUS e anexá-lo aos já existentes, de forma a não se perder o histórico médico do paciente e assim continuar atualizando-o com os novos atendimentos.

Na área de saúde bucal há uma equipe composta por profissional dentista, técnico de saúde bucal e estagiários do curso de odontologia.

Conta-se ainda com o apoio e suporte de uma equipe do NASF que presta atendimento multidisciplinar envolvendo profissionais nutricionistas, psicólogos e fisioterapeutas. Esse atendimento ocorre em consultório, domicílio e ainda na Academia de Saúde de Lagoa Grande, onde são desenvolvidos programas como o “Grupo da coluna”, que visam à preservação da funcionalidade em adultos e idosos.

No que se diz a respeito da atenção ambulatorial especializada de média complexidade o município conta com o Centro Municipal de Especialidades Médicas de Lagoa Grande, o Programa Viva Vida do Centro Estadual de Atenção Especializada “Dona Francisca Escolástica Pereira” (CEAE) e o Consórcio Intermunicipal de Saúde do Alto Paranaíba (CISALP).

O Centro Municipal de Especialidades Médicas de Lagoa Grande está localizado no próprio município de Lagoa Grande e oferece atendimentos semanais por um profissional ginecologista, um pediatra e um psiquiatra.

O Programa Viva Vida funciona no município de Patos de Minas, que é a unidade

regional de saúde e fica a cerca de 105km de Lagoa Grande, e oferta atendimento para as condições crônicas como Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS) e Diabetes Mellitus (DM) por Cardiologista, Nefrologista e Endocrinologista; para a saúde da mulher com Ginecologia Geral, Oncologia Ginecológica, Propedêutica do Colo Uterino, Pré-Natal de Alto Risco, Mastologia e Planejamento Familiar; e ainda Pediatria.

O CISALP é um consórcio que envolve 15 outros municípios da Região do Alto Paranaíba e noroeste de Minas Gerais, e tem sua sede em Lagoa Formosa. Ele oferece atendimento especializado por Neurologista e realização de exames como ultrassonografia ginecológica, endoscopia digestiva alta e eletroencefalograma. E ainda possibilita o uso de Unidade de Terapia Intensiva (UTI) móvel quando necessário.

A assistência farmacêutica em Lagoa Grande é realizada pela Farmácia Municipal da Rede Farmácia de Minas e pela Farma Minas RR® que é participante ativa do programa de Farmácia Popular. A população tem queixado de irregularidade na distribuição dos medicamentos de uso controlado, mas com o apoio da Farmácia Popular, no que se diz a respeito dos medicamentos para condições crônicas como anti-hipertensivos, tem sido considerada satisfatória.

O município possui ainda o Centro de leitos de observação 24 horas de Lagoa Grande com o serviço de urgência e emergência e seus leitos de internação de Clínica Médica. Sendo que, nos casos em que a situação do paciente requer uma maior densidade tecnológica ou suporte intensivo no setor terciário da saúde, não havendo unidade de terapia intensiva, maternidade, ou outros serviços hospitalares locais, os mesmos são transferidos via SUSfácil. Essas condições geram grande aflição aos habitantes da cidade com queixas frequentes sobre o serviço de urgência.

Por fim, abrindo uma discussão sobre os principais problemas relacionados ao sistema de saúde municipal, nota-se que a necessidade de apoio psicológico ultrapassa a capacidade de atendimento dos poucos profissionais da área em atuação na cidade. E ainda, que há descontinuidade no cuidado dos pacientes internados no centro de leitos de observação 24 horas, pela rotatividade dos médicos, e que são muitas as limitações no serviço de urgência.

1.3 Aspectos da comunidade

A Unidade Básica de Saúde (UBS) Fabrícia Teodoro de Lelis possui 3337 habitantes cadastrados, sendo 170 da zona rural e demais localizados em dois bairros urbanos do município, o bairro Planalto e o bairro Alvorada. Sendo que, assistidos pelas Agentes Comunitárias de Saúde (ACS) atualmente são 2296 habitantes. A prefeitura realizou recentemente um concurso para vários cargos da área de saúde, inclusive para os ACS que iniciaram suas atividades no dia 06/01/2020, com a previsão de uma maior cobertura dessa assistência, o que ainda não foi possível notar pelas limitações impostas pelo período de pandemia do Coronavírus causador da COVID-19. Nessa área de abrangência não há escolas, creches, asilos ou igrejas. O analfabetismo não é elevado, pois o município tem uma taxa de escolarização de 6 a 14 anos de idade de 97,2 %, sendo a maior parte dos analfabetos com idade superior à 60 anos de idade. A estrutura do saneamento básico na comunidade urbana é adequada com cobertura total da coleta de lixo e esgotamento sanitário.

1.3.1 Aspectos demográficos

Após análise dos cadastros dos pacientes da população da área de abrangência foram descritos no quadro a seguir os aspectos demográficos.

Quadro 1. Aspectos demográficos da ESF Fabrícia Teodoro de Lelis no município de Lagoa Grande do estado de Minas Gerais

FAIXA ETÁRIA/ANO	MASCULINO	FEMININO	TOTAL
<1	18	11	29
1-4	59	57	116
5-14	130	143	273
15-19	97	86	183
20-29	173	167	340
30-39	171	166	337
40-49	168	175	343
50-59	159	160	319
60-69	99	101	200
70-79	57	50	107
≥ 80	21	28	49
TOTAL	1152	1144	2296

Fonte: Cadastro da população da área de abrangência.

1.3.2 Aspectos epidemiológicos

Após análise dos cadastros dos pacientes da população da área de abrangência foram descritos no quadro a seguir as principais condições de saúde da ESF.

Quadro 2. Condições de saúde predominantes na ESF Fabrícia Teodoro de Lelis no município de Lagoa Grande do estado de Minas Gerais

Condições de saúde	Quantitativo (nº)
Gestantes	12
Hipertensos	355
Diabéticos	106
Pessoas com doenças respiratórias (asma, doença pulmonar obstrutiva crônica, enfisema, outras)	24
Pessoas que tiveram acidente vascular encefálico	13
Pessoas que tiveram infarto	3
Pessoas com doença cardíaca	22
Pessoas com doença renal (insuficiência renal, outros)	14
Pessoas com hanseníase	2
Pessoas com tuberculose	0
Pessoas com câncer	5
Pessoas com sofrimento mental	266
Acamados	10
Fumantes	214
Pessoas que fazem uso de álcool	55
Usuários de drogas	28

Fonte: Cadastro da população da área de abrangência, 2019.

No município de Lagoa Grande os dados mais recentes disponíveis no departamento de informática do Sistema Único de Saúde do Brasil (DATASUS), demonstram que em 2017 destacaram-se como principais causas de óbito as doenças cardiovasculares seguidas por neoplasias malignas e doenças de comprometimento das vias aéreas inferiores. Ainda, através de consulta no DATASUS nota-se que foram notificados no período de 2009-2019 seis casos de sífilis adquirida, dois casos de sífilis em gestantes, e no período de 2009-2017, 168 casos de violência doméstica, sexual e/ou outras violências, quatro de dengue, 16 casos de hepatite sendo nove de hepatite A, seis de hepatite B, um caso de hepatite C, um caso de leishmaniose visceral e um de leishmaniose tegumentar americana.

Como pode-se notar quadro 2 de condições de saúde acima, os principais problemas de saúde enfrentados, na área de abrangência da ESF em questão, são a Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS), seguida pelo comprometimento da saúde mental, dependência do uso do tabaco e a Diabetes Mellitus (DM). Fica evidente no cotidiano da atenção básica que os cuidados com as doenças metabólicas e sistêmicas como HAS e DM é muito preconizado, sendo sempre enfatizado durante o encontro mensal do acompanhamento de portadores de HAS e/ou DM atendidos na rede ambulatorial do SUS (HIPERDIA), que na ESF conta com o apoio e participação multiprofissional

do NASF. Esses profissionais também participam do grupo contra o tabagismo, que funciona com encontros semanais durante um período de cerca de oito semanas, o que demonstra o cuidado com esse problema de saúde pública também frequente na população. Já a abordagem das outras diversas condições como o comprometimento da saúde mental e o uso indiscriminado de substâncias psicoativas ainda é insuficiente e precária. Por fim, o grande percentual de notificações de violência doméstica é um dado a ser analisado posteriormente em conjunto ao serviço de segurança pública, já que na atenção primária a busca por cuidados médicos por esse motivo tem sido até então inexistente.

1.4 A Unidade Básica de Saúde Fabrícia Teodoro de Lelis

A UBS Fabrícia Teodoro de Lelis foi reinaugurada em dezembro de 2019. Estruturalmente conta com uma recepção espaçosa, banheiros feminino e masculino para os pacientes e outro para os funcionários, sala de reuniões, sala de triagem e arquivamento, sala de vacina, sala de curativos, sala de observação clínica, sala para nebulização, sala para uso exclusivo das ACS, cozinha, consultório odontológico, expurgo, sala de esterilização de materiais, consultório médico, e consultório da enfermagem com um banheiro privativo e mesa ginecológica.

O fato de estruturalmente ter sido construída com o objetivo de ser sede de uma ESF colabora muito para o funcionamento da UBS. Sendo que a proximidade com os domicílios dos pacientes contribuiu para o aumento do fluxo de pacientes e dos atendimentos.

1.5 A Equipe de Saúde da Família Fabrícia Teodoro de Lelis

A ESF I Fabrícia Teodoro de Lelis atualmente é composta pelos seguintes profissionais:

- 1 Médica
- 1 Enfermeira
- 2 Técnicos de enfermagem
- 1 Recepcionista
- 1 Agente de limpeza
- 9 ACS

1.6 O funcionamento da Unidade de Saúde Fabrícia Teodoro de Lelis

A unidade funciona de segunda à sexta-feira das 07:00 horas às 11:00 horas e de

13:00 horas às 17:00 horas. Os atendimentos médicos ocorrem de segunda à quinta nesse horário, com exceção da segunda-feira em que o horário se estende até as 21:00 não havendo atendimento no período matutino. Isso porque há uma grande demanda de pacientes que por motivos laborais (exemplo: trabalhadores rurais) e outros, não conseguem comparecer nos demais horários disponíveis. Uma vez a cada 15 dias são realizados atendimentos domiciliares pela enfermagem, intercalados com os atendimentos médicos a cada 15 dias, sendo assim, pacientes críticos recebem cuidados semanais. Mensalmente há a realização do HIPERDIA voltado aos pacientes diabéticos e hipertensos, o Dia de Puericultura, com cuidados para o crescimento e desenvolvimento adequado das crianças de 0 à 5 anos de idade e o Dia da Gestante, com captação, instrução e acompanhamento das pacientes grávidas. Para o bom funcionamento da equipe são realizadas reuniões semanais. Existem algumas variações nos componentes presentes nas mesmas, mas mensalmente a participação é integral. Durante as reuniões várias questões tem sido foco de discussão, desde a organização da agenda, à medidas de combate à COVID-19 e cobertura de assistência das ACS. Destaca-se dentre elas as dificuldades durante esse cenário mundial inusitado de pandemia.

Atualmente houve algumas alterações no fluxo de atendimentos por esse período de pandemia da COVID-19, priorizando os pacientes sintomáticos e do grupo de risco para contágio do Coronavírus.

1.7 O dia a dia da equipe de saúde da família Fabrícia Teodoro de Lelis

Os atendimentos na ESF geralmente ocorrem por agendamento e por demanda espontânea. Nas consultas agendadas são realizados os programas de pré-natal, atendimentos aos diabéticos e hipertensos, assim como aos demais casos clínicos, com prevalência notável de queixas relacionadas ao sistema osteomuscular. Já a demanda espontânea é recebida pelo acolhimento realizado pela enfermagem, que junto ao técnico de enfermagem faz triagem e qualifica a necessidade do atendimento em imediato ou agendado. E até mesmo se há necessidade de transferência ao serviço hospitalar, quando a avaliação médica é prontamente solicitada. Quanto às visitas domiciliares, essas são inicialmente realizadas pela técnica de enfermagem, com o cuidado continuado sendo compartilhado entre o atendimento médico e da enfermagem em seguida.

Os grupos e reuniões já citados nesse trabalho ocorrem com uma boa aderência por parte da população, com exceção apenas do HIPERDIA, pois muitos dos diabéticos e hipertensos optam por agendarem consultas individuais a fim de não participarem das palestras e capacitações do dia. Este problema tem sido abordado com as ACS que ficam responsáveis, junto à toda equipe, por conscientizar a população através do vínculo profissional-pacientes.

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

Com a estimativa rápida, através do baixo custo e rapidez podemos iniciar o diagnóstico situacional e identificar os problemas mais críticos que necessitam de um plano de intervenção. Com o apoio de todos os membros da equipe, em destaque os Agentes Comunitários de Saúde, foi possível realizar a coleta de dados de um bom percentual da população adscrita na área da ESF em questão.

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

Através da análise dos dados demográficos e epidemiológicos da população adscrita os problemas de saúde predominantes nos pacientes foram classificados segundo importância, urgência, capacidade de enfrentamento e priorização como segue no Quadro 3.

Quadro 3. Classificação de prioridade para os problemas identificados no diagnóstico da comunidade adscrita à Equipe de Saúde Arco Íris Unidade Básica de Saúde Fabrícia Teodoro de Lelis, município de Lagoa Grande, estado de Minas Gerais

Problemas	Importância*	Urgência 30**	Capacidade de enfrentamento***	Seleção/ Priorização****
Hipertensão arterial	Alta	7	Parcial	3
Comprometimento da saúde mental	Alta	7	Parcial	2
Tabagismo	Alta	8	Parcial	1
Diabetes Mellitus	Alta	5	Parcial	4
Alcoolismo	Alta	3	Parcial	5

Fonte: Coleta de dados da ESF Fabrícia Teodoro de Lelis, 2019.

*Alta, média ou baixa

** Distribuir 30 pontos entre os problemas identificados

***Total, parcial ou fora

2. JUSTIFICATIVA

O tabagismo segundo Spink *et al.* (2009) é considerado um problema de saúde pública, e a preocupação com o mesmo já tem proporção mundial. Em 2003 foi realizada pela Organização das Nações Unidas (ONU) a Convenção-Quadro para o Controle do Tabagismo (CQCT), objetivando reduzir de maneira contínua e substancial a prevalência do consumo do tabaco (World Health Organization, 2003).

No Brasil, para assegurar o cumprimento das medidas propostas pela CQCT foi instituída a Política Nacional de Controle do Tabaco. Essa política abrange os meios de produção, comunicação, educação e saúde. Sendo crucial o bom desempenho da Atenção Primária nesse cenário (HALLAL *et al.*, 2016).

A ESF deve estar sempre envolvida em ações que preconizem a prevenção do uso do tabaco e o controle do tabagismo, oferecendo todo suporte possível aos dependentes dessa substância.

3 OBJETIVOS

3.1 Objetivo geral

Reduzir o índice de consumo do tabaco, contribuindo assim para uma melhor qualidade de vida e saúde aos pacientes atualmente dependentes da substância na ESF Fabrícia Teodoro de Lelis no município de Lagoa Grande no estado de Lagoa Grande.

3.2 Objetivos específicos

1. Conscientizar a população dos prejuízos à saúde provenientes do consumo do tabaco.
2. Prevenir o início da dependência com atenção especial aos jovens no processo de educação em saúde.
3. Oferecer suporte multiprofissional ao dependente para ajudá-lo no processo de cessação do consumo do tabaco e período de abstinência.

4. METODOLOGIA

Foi utilizado o Planejamento Estratégico Situacional para estimativa rápida dos problemas observados e definição do problema prioritário, dos nós críticos e das ações, de acordo com CAMPOS, *et al*, 2018.

Foi consultado documentos de órgãos públicos (ministérios, secretarias, etc.) e de outras fontes de busca para revisão bibliográfica como bancos de dados da Biblioteca Virtual em Saúde e utilizando as seguintes bases de busca: Scientific Electronic Library Online (SciELO), Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde (LILACS) e Sistema Online de Busca e Análise de Literatura Médica (MEDLINE).

A pesquisa se deu por meios dos seguintes descritores:

- Tabagismo, revisão;
- Tabagismo, efeitos;
- Tabagismo, tratamento;
- Tabagismo, atenção primária;
- Tabagismo, estratégia de saúde da família;
- Estratégia Saúde da Família. Atenção Primária à Saúde.

Foram encontrados um total de 235 artigos, destes apenas 17 foram utilizados na revisão bibliográfica deste estudo por preencherem os seguintes critérios: publicação a partir do ano de 2015, resumo compatível com o tema do trabalho.

Após diagnóstico situacional, para redação do texto foram aplicadas as normas da Associação Brasileira de Normas Técnicas (ABNT) e as orientações do módulo Iniciação à metodologia: Trabalho de Conclusão de Curso (CORRÊA, E. J.; VASCONCELOS, M.; SOUZA, S. L. 2017).

Foi utilizado o Planejamento Estratégico Situacional (PES) para estimativa rápida dos problemas observados e definição do problema prioritário, dos nós críticos e das ações, de acordo com Faria, Campos e Souza, 2018. O plano de intervenção foi elaborado seguindo os passos do PES.

5. REVISÃO BIBLIOGRÁFICA

5.1 Características gerais do tabagismo

O tabagismo é considerado uma doença neurocomportamental causada pela dependência da nicotina, sendo também categorizado como doença crônica de impacto biopsicosocial (LONGANEZI *et al.*, 2018; MATTOS *et al.*, 2019; OLIVEIRA *et al.*, 2019; SILVA *et al.*, 2016).

A nicotina atua no sistema límbico e gera uma dependência química e psicológica, apresentando efeitos sistêmicos, ela se liga a receptores neuronais específicos que levam à liberação excessiva de dopamina e endorfinas (OLIVEIRA *et al.*, 2019; SILVA *et al.*, 2016).

Segundo dados da Organização Mundial Saúde (OMS) 2019, a epidemia do tabaco é uma das maiores ameaças à saúde pública que o mundo já enfrentou, sendo responsável pela morte de mais de 8 milhões de pessoas por ano. Mais de 7 milhões dessas mortes são resultado do uso direto do tabaco, enquanto mais de 1,2 milhão de mortes são resultado de não-fumantes expostos ao fumo passivo. Além de sua relação com elevada mortalidade, temos também um alto índice de morbidade associada ao tabagismo. Pois essa é uma condição considerada como o maior fator de risco modificável para doenças crônicas não transmissíveis, sendo também considerado como principal causa de morte evitável (MATTOS *et al.*, 2019; MOTTA *et al.*, 2015; RODRIGUES *et al.*, 2016).

Quando indivíduos que nunca fumaram são comparados com os fumantes, nota-se nestes últimos uma redução na expectativa de vida em 10 anos e um aumento na prevalência de hipertensão arterial, acidente vascular encefálico, doença isquêmica do coração, doença vascular periférica, doença pulmonar obstrutiva crônica, declínio da função renal, distúrbios de ritmo cardíaco, neoplasias pulmonares, neoplasias de boca, faringe, laringe, esôfago, estômago, pâncreas, rim, bexiga, colo de útero e mama (GÓMEZ *et al.*, 2016; OLIVEIRA *et al.*, 2019; MATTOS *et al.*, 2019).

Por 140 anos a sociedade convive com o cigarro feito manualmente com o papel. Em 1880 houve a invenção da primeira máquina de enrolar cigarros Bonsack, lembrando que o cigarro industrial contém mais de 7000 substâncias tóxicas que possuem efeitos

hemodinâmicos adversos, e atualmente o novo meio de consumo se dá através do cigarro eletrônico (SILVA *et al.*, 2016).

5.2 A indústria do tabaco

Nota-se o importante papel da indústria do tabaco (IT) na persistência dessa doença, com um esforço notável em oferecer ao fumante diversas formas e meios de consumo. Sendo que ainda no passado, a IT foi responsável pelo grande impacto midiático do tabagismo na sociedade com a validação de uma cultura de consumo do tabaco com aspecto positivo. E o lucro nesse comércio não se limita às indústrias, mas envolve ainda o setor da agricultura e o próprio governo, que recebe através de impostos um ganho tributário imediato. Mas deve-se considerar que esse benefício monetário não é capaz de suprir os gastos gerados no sistema de saúde advindos de consequências do consumo do tabaco. Portanto, há um grande impacto econômico-epidemiológico a ser considerado (MENDES *et al.*, 2016; SILVA *et al.*, 2016).

5.3 Controle do tabagismo

O Brasil destaca-se como o país que lidera o controle do tabagismo com o terceiro maior declínio em prevalência dos fumantes desde 1990 dentre as nações de língua portuguesa (OLIVEIRA *et al.*, 2019).

A Política Nacional de Controle do Tabagismo (PNCT) lançada em 1989 pelo Ministério da Saúde e o Instituto Nacional de Câncer (INCA) trouxe grandes avanços no combate ao fumo, com objetivos estratégicos fundamentados em três pilares: prevenção da iniciação, proteção ao tabagismo passivo/ambientes livres-abertos e promoção da cessação. E assim houve a proibição da publicidade de cigarros, aumento dos impostos sobre o produto, inclusão de advertências explícitas sobre os efeitos danosos do tabaco nos maços, legislação para restrição do fumo em ambientes fechados, campanhas para controle do fumo, além de programas de abordagem e tratamento (LONGANEZI *et al.*, 2018; PEREIRA *et al.*, 2015).

Os jovens e adolescentes possuem elevada vulnerabilidade para o tabagismo, destacando-se aqueles que sofrem influência pela disfuncionalidade familiar e convívio com o cigarro. Sendo que a abordagem precoce por meio de programas educacionais pode exercer um papel fundamental na prevenção ao tabagismo. Qualquer quantidade de nicotina consumida, ainda que baixa ou de forma intermitente

pode trazer danos à saúde, e assim, apesar da redução do tabagismo no país citada anteriormente, é necessário observar atentamente também o grande índice de fumantes leves (consumo de até 5 cigarros/dia) e fumantes passivos, que também possuem menor qualidade de vida devido o tabaco (FORMAGINI *et al.*, 2015; VARGAS *et al.*, 2017).

Medidas de busca ativa são necessárias para o controle do tabagismo, e o setor da saúde no Brasil que apresenta maior proximidade à população e estrutura para a execução das campanhas contra o tabaco com trabalho multiprofissional e com medidas cognitivo-comportamentais e farmacológicas é a Atenção Básica à Saúde (ABS). Pelo perfil de acompanhamento longitudinal, a Atenção Primária apresenta-se como ideal para a abordagem inicial ao fumante, com consultas individuais, organização de grupos de apoio e acompanhamento dos resultados da terapêutica instituída. O que nota-se na literatura é que apesar do papel fundamental da ABS há uma demanda de fumantes maior que a cobertura que os programas de controle ao tabagismo podem fornecer, mas é consenso de que ainda que não seja possível oferecer a assistência a todos os tabagistas, os benefícios das políticas anti-fumo na atenção primária são trazem resultados muito positivos à população (LONGANEZI *et al.*, 2018; MENDES *et al.*, 2016).

5.4 Tratamento do tabagismo

O tratamento para o tabagismo deve ser individualizado, inicialmente pode-se buscar identificar o estágio de motivação em que o paciente se encontra para instituir as técnicas de aconselhamento. Os estágios se resumem em pré-contemplativo, contemplativo, determinado, ação, manutenção e recaída. Existem ainda escalas de classificação da intensidade da doença como o teste de Fagerstrom para dependência de nicotina, que pode ajudar a definir o momento de introduzir medidas farmacológicas (OLIVEIRA *et al.*, 2019; RENATA *et al.*, 2015; TELESSAÚDE, 2008).

Como pode ser entendida como uma doença de impacto psicológico, também é importante considerar as condições psiquiátricas do paciente, pois 75 % dos pacientes com transtornos psiquiátricos são fumantes e o tratamento desses casos é mais difícil. O paciente pode por exemplo utilizar o cigarro como automedicação para ansiedade pelo efeito ansiolítico que possui. E os tabagistas ansiosos apresentam elevadas taxas de recaídas e falhas de tratamento (BETTIO *et al.*, 2018; PAWLINA *et al.*, 2015).

Uma ambivalência sobre o tabaco é comum e deve ser sempre abordada, pois apesar de conhecer os malefícios à saúde advindos do cigarro, muitos fumantes constroem uma relação de afinidade e companheirismo, ficando condicionados ao uso do mesmo. E na literatura a porcentagem de pacientes que conseguem parar de fumar sozinhos sem nenhum auxílio externo mantém-se muito baixa, em torno de 3-5% (BETTIO *et al.*, 2018; FORMAGINI *et al.*, 2015; MESCUA *et al.*, 2017).

Personalizando o tratamento e buscando suprir as necessidades individuais pode-se obter um melhor resultado, mas é importante não desvalorizar a eficácia dos grupos de apoio, em que as experiências compartilhadas e a educação continuada contribuem para o processo de abstinência do tabaco. Uma frequência de reuniões semanais por quatro encontros, com dois meses de encontros quinzenais e então reuniões mensais até completar um ano tem sido sugerido na literatura com bons resultados, sendo o grupo considerado proveitoso quando há 30% de casos com abstinência por doze meses (OLIVEIRA *et al.*, 2019).

A terapia cognitivo-comportamental com uma abordagem positiva, realçando os benefícios em se abster do tabagismo tem demonstrado efeitos promissores também, principalmente em pacientes mais jovens, e associada à ela pode-se utilizar de técnicas de relaxamento e terapia (BETTIO *et al.*, 2018; MATTOS *et al.*, 2019).

Já como medidas farmacológicas, podem ser utilizados os adesivos e goma de nicotina, principalmente na fase inicial de abstinência, para suprir a necessidade orgânica da substância e facilitar a retirada não traumática da mesma do organismo. A bupropiona simula alguns efeitos da nicotina no cérebro, bloqueando a captação neuronal de dopamina e norepinefrina, podendo ser utilizada em associação com a terapia de reposição de nicotina. A vareniclina, agonista parcial do receptor colinérgico de nicotina, que media a liberação de dopamina no cérebro, reduz os sintomas de abstinência e o desejo de fumar. E ainda, os antidepressivos tricíclicos podem ser associados ao tratamento para os casos em que há predomínio de sintomas ansiosos ou depressivos (MARQUES *et al.*, 2018; OLIVEIRA *et al.*, 2019; SILVA *et al.*, 2016).

5.5 A abstinência e as recaídas no tabagismo

Ainda que oferecendo toda assistência possível ao paciente, e mesmo que ele se encontre disposto e dedicado ao tratamento é importante lembrar que abstinência do

cigarro vem acompanhada de momentos de desejo intenso de consumo da nicotina, conhecidos como fissura. Esses eventos costumam ser mais frequentes no início do processo de abstinência, sendo que 2/3 dos lapsos ocorre nos 3 primeiros meses e continuam frequentes nos primeiros seis meses. Portanto, a ABS deve valorizar sempre o acompanhamento longitudinal e demonstrar ao paciente que ele possui o apoio da estratégia de saúde da família (BETTIO *et al.*, 2018; OLIVEIRA *et al.*, 2019; PAWLINA *et al.*, 2015).

6. PLANO DE INTERVENÇÃO

Essa proposta refere-se ao problema priorizado “tabagismo”, para o qual se registra uma descrição do problema selecionado (terceiro passo), a explicação (quarto passo) e a seleção de seus nós críticos (quinto passo).

Os passos seguintes mostram o desenho das operações para cada causa selecionada como “nós crítico”, as operações, projeto, os resultados esperados, os produtos esperados, os recursos necessários para a concretização das operações (estruturais, cognitivos, financeiros e políticos).

Aplica-se a metodologia do PSE. (FARIA; CAMPOS, SOUZA, 2018)

6.1 Descrição do problema selecionado (terceiro passo)

O tabagismo é um considerado um problema de saúde pública, e possui no Brasil uma estimativa de prevalência realizada em 2013 (INCA,2019) de 14,7% da população adulta. Em nossa área de abrangência temos que acima dos 15 anos de idade 11,4% dos pacientes consomem o tabaco.

6.2 Explicação do problema selecionado (quarto passo)

Pode-se ainda observar, pelos dados coletados, a grande incidência de doenças de comprometimento da saúde mental, e é de se esperar que a dependência do cigarro, sendo uma delas, esteja relacionada com outras dessas condições. Em entrevista com nossos pacientes tabagistas foi possível notar que o estresse emocional e psicológico tem sido o grande fator perpetuador do tabagismo. Assim como um fator agravante, já que a maioria refere aumentar a quantidade de cigarros por dia em situações de estresse. Outra queixa frequente foi a sensação de solidão que seria amenizada pela presença do cigarro.

O fato é que o tabagismo traz inúmeros prejuízos à saúde, sendo que àqueles relacionados à injúria ao sistema respiratório e cardiovascular são os mais conhecidos, porém, ele pode estar contribuindo ainda para dificultar a abordagem e tratamento de condições psiquiátricas em nossa população.

6.3 Seleção dos nós críticos (quinto passo)

Para enfrentar esse problema identificamos os seguintes nós críticos:

- Apoio e suporte ao processo de tentativas de cessar o tabagismo de forma inadequada
- Nível de informação da equipe e população insuficientes

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).

Os passos sexto a décimo são apresentados nos quadros seguintes, separadamente para cada nó crítico.

Quadro 4. Desenho das operações (6º passo) e viabilidade e gestão (7º a 10º passo) sobre o “nó crítico 1” relacionado ao problema “Tabagismo”, na população sob responsabilidade da Equipe de Saúde da Família Fabrícia Teodoro de Lelis, do município de Lagoa Grande, estado de Minas Gerais.

Nó crítico 1	Apoio e suporte ao processo de tentativas de cessar o tabagismo de forma inadequada
Operação	Reduzir índice de tabagismo na população
Projeto	Grupo de apoio contra o tabagismo
Resultados esperados	Reduzir em 5% o número de pacientes em uso do tabaco
Produtos esperados	Reuniões semanais do grupo de apoio.
Recursos necessários	Cognitivo: Informações sobre o tema e estratégias para conscientização dos dependentes do tabaco. Financeiro: Para aquisição de material educativo. Político: Mobilização intersetorial com NASF.
Viabilidade do plano - recursos críticos	Cognitivo: Capacitação em rede UNA SUS Político: Mobilização intersetorial com NASF. Financeiro: Para aquisição de material educativo.
Controle dos recursos críticos - ações estratégicas	Cognitivo: Capacitação em rede UNA SUS (motivação favorável) Político: Apoio do NASF (motivação favorável) Financeiro: Secretário Municipal de Saúde (motivação favorável)
9º passo; acompanhamento do plano - responsáveis e prazos	Médico, Enfermeiro e Psicóloga. Prazo de 3 meses para reavaliar porcentagem de pacientes fumantes.
10º passo: gestão do plano: monitoramento e avaliação das ações	Programa do Grupo de Apoio Contra o Tabagismo: Iniciar em Novembro 2019 e dar continuidade com reavaliação da porcentagem de pacientes fumantes em 6 meses.

Fonte: Autoria própria (2019).

Quadro 5. Desenho das operações (6º passo) e viabilidade e gestão (7º a 10º passo) sobre o “nó crítico 2” relacionado ao problema “Tabagismo”, na população sob responsabilidade da Equipe de Saúde da Família Fabrícia Teodoro de Lelis, do município de Lagoa Grande, estado de Minas Gerais.

Nó crítico 2	Nível de informação da equipe e da comunidade insuficientes
Operação	Aumentar nível de informação da população sobre o tabagismo.
Projeto	Educação em saúde
Resultados esperados	Equipe e população mais informados sobre os prejuízos do consumo do tabaco. Reduzir o início do consumo do cigarro em adolescentes.
Produtos esperados	Reuniões quinzenais com a equipe. Capacitação dos ACS. Programa de saúde escolar.
Recursos necessários	Cognitivo: Informações sobre o tema e estratégias para conscientização dos dependentes do tabaco. Financeiro: Para aquisição de material educativo. Político: Mobilização intersetorial com escolas locais.
Viabilidade do plano - recursos críticos	Político: Mobilização intersetorial com escolas locais. Financeiro: Para aquisição de material educativo.
Controle dos recursos críticos - ações estratégicas	Cognitivo: Capacitação dos ACS e equipe (motivação favorável) Político: Apoio das escolas locais (motivação favorável) Financeiro: Secretário Municipal de Saúde (motivação favorável)
9º passo; acompanhamento do plano - responsáveis e prazos	Médico, Enfermeiro e Psicóloga. Prazo de 3 meses para início das atividades.
10º passo: gestão do plano: monitoramento e avaliação das ações	Projeto de educação em saúde: Iniciar em Fevereiro 2020 e dar continuidade com reavaliação da porcentagem de pacientes fumantes em 6 meses.

Fonte: Autoria própria (2019).

7. CONSIDERAÇÕES FINAIS

A atenção primária à saúde exerce um papel fundamental no controle do tabagismo. Pela familiaridade com o serviço de saúde, pelos vínculos formados com a equipe, pode-se fornecer ao paciente tabagista um acolhimento e uma assistência inicial que é muito importante no processo de abstinência do cigarro. Sendo que, quando há participação multiprofissional e formação de grupos de apoio nota-se resultados ainda melhores. E é sempre importante frisar ao paciente e aos profissionais envolvidos que são necessárias tantas tentativas quanto forem precisas até que se obtenha êxito em para de fumar. Então deve-se sempre encorajar o paciente e jamais desistir de demonstrar que é possível e que os benefícios à saúde são inúmeros, com melhor qualidade de vida e maior expectativa de vida também.

8. REFERÊNCIAS

BETTIO, C. J. *et al.* Fatores emocionais associados ao hábito de fumar em usuários de um programa antitabagismo. **Revista Brasileira em Promoção da Saúde**, v. 31, n. 1, p. 1-10, 28, fev. 2018.

CORRÊA, E. J.; VASCONCELOS, M.; SOUZA, S. L. **Iniciação à metodologia:** Trabalho de Conclusão de Curso. Belo Horizonte: Nescon /UFMG, 2017. Disponível em: https://www.nescon.medicina.ufmg.br/biblioteca/imagem/Modulo_Iniciacao-Metodologia_TCC.pdf

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

FORMAGINI, T. D. B. *et al.* Intervenções de Cessação de Tabagismo em Fumantes Leves: uma revisão sistemática. **Psicologia em Estudo**, v. 20, n. 2, p. 201-211, abr. 2015. Universidade Estadual de Maringá.

GÓMEZ, J. E. A. *et al.* Consejo Breve en Tabaco en APS en Chile, Desafío Pendiente. **Ars Medica Revista de Ciencias Médicas**, v. 41, n. 1, p. 14-22, 2 jun. 2016.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA - IBGE. **Conheça Cidades e Estados do Brasil:** Lagoa Grande/MG. 2017. Disponível em: <<https://cidades.ibge.gov.br/>>. Acesso em: 20 nov. 2019.

INSTITUTO NACIONAL DE CÂNCER (INCA). **Tabagismo.** 2019. Disponível em: <https://www.inca.gov.br/tabagismo>. Acesso em: 23 out. 2020.

HALLAL, Ana Luiza Curi; CAMPOS, Renata de Cerqueira. Controle do tabagismo na atenção básica. **Formação para Atenção Básica.** Universidade Federal de Santa Catarina (UFSC). Florianópolis, 69 p., 2016.

LONGANEZI, V. *et al.* O Programa de Tratamento do Tabagismo oferecido pelo o Sistema Único de Saúde no Estado de São Paulo. **Mestrado Profissional em Saúde Coletiva:** traduzindo conhecimento para SUS, São Paulo, p. 91-98, out. 2018.

MARQUES, L. Z. *et al.* Cessação do Tabagismo: revisão dos diferentes metodos. **Acta Medica: Ligas Acadêmicas**, v. 39, n. 1, p. 350- 357, set. 2018.

MATTOS, L. R. *et al.* Cessação do tabagismo entre usuários da estratégia saúde da família. **Revista Enfermagem Uerj**, v. 27, p. 1-6, 22 maio 2019.

MENDES, A. C. R. *et al.* Costs of the Smoking Cessation Program in Brazil. **Revista de Saúde Pública**, v. 50, p. 1-12, 2016.

MESCUA, M. R. *et al.* Plan de cuidados relacionado con el proceso asistencial integrado atencion a las personas fumadoras: care plan related to the integrated healthcare process for smokers. **Eugenio Espejo:** Resvista de la Facultad de Ciencias de la Salud, Riobamba, v. 11, n. 2, p. 56-64, jul. 2017.

MOTTA, J. V. S. *et al.* Social mobility and smoking: a systematic review. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 20, n. 5, p. 1515-1520, maio 2015.

OLIVEIRA, G. M. M. *et al.* 2019: recommendations for reducing tobacco consumption in portuguese-speaking countries - positioning of the federation of portuguese language cardiology societies. **Arquivos Brasileiros de Cardiologia**, p. 477-486, 2019.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE (OMS). **Tabagismo**. 2019. Disponível em: https://www.paho.org/bra/index.php?option=com_content&view=article&id=574:tabagismo&Itemid=463. Acesso em: 23 out. 2020.

PAWLINA, M. M. C. *et al.* Depression, anxiety, stress, and motivation over the course of smoking cessation treatment. **Jornal Brasileiro de Pneumologia**, v. 41, n. 5, p. 433-439, out. 2015.

PEREIRA, C. F. *et al.* Profile of women who carried out smoking cessation treatment: a systematic review. **Revista de Saúde Pública**, v. 49, p. 2-8, 2015.

LAGOA GRANDE. Prefeitura. **Saiba tudo sobre a cidade**: Dados gerais. Disponível em: <https://www.lagoagrande.mg.gov.br/a-cidade.html>. 2017. Acesso em: 20 nov. 2019.

RENATA, V. *et al.* El abordaje dieto terapeutico del paciente en la cesación tabáquica en la Atención Primaria. **Rev Costarr Salud Publica**, v. 24, n. 1, p. 66-69, jun. 2015.

RODRIGUES, N. C. P. *et al.* Long-term effects of smoking cessation support in primary care: results of a two-year longitudinal study in brazil. **Jornal Brasileiro de Psiquiatria**, v. 65, n. 2, p. 174-178, jun. 2016.

SILVA, L. C. C. *et al.* Smoking control: challenges and achievements. **Jornal Brasileiro de Pneumologia**, v. 42, n. 4, p. 290- 298, ago. 2016.

SPINK, M. J.P. ; LISBOA, M. S. ; RIBEIRO, F. R. G. A construção do tabagismo como problema de Saúde Pública: uma confluência entre interesses políticos e processos de legitimação científica. **Interface**, v.13, n. 29, p.353-65, Apr./June 2009.

TELESSAÚDE. Rio Grande do Sul. **Tabagismo**: resumos clínicos. **Regula Sus**, Porto Alegre, p. 1-8, set. 2008. Acesso em 23/10/2020: https://www.ufrgs.br/telessauders/documentos/protocolos_resumos/pneumologia_resumo_tabagismo_TSRS_20160321.pdf

VARGAS, L. S. *et al.* Determinants of tobacco use by students. **Revista de Saúde Pública**, v. 51, p. 1-9, 2017.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **Framework Convention on Tobacco Control**. Geneva: WHO, 2003.