

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

YUSEL GRAS TURRUELLES

**PROPOSTA DE INTERVENÇÃO PARA OS PACIENTES FUMANTES
ATENDIDOS NO PROGRAMA DE SAÚDE DA FAMÍLIA (PSF)
BONFIM EM SÃO JOÃO DEL REI, MINAS GERAIS**

Juiz de Fora / Minas Gerais

2015

YUSEL GRAS TURRUELLES

**PROPOSTA DE INTERVENÇÃO PARA OS PACIENTES FUMANTES
ATENDIDOS NO PROGRAMA DE SAÚDE DA FAMÍLIA (PSF)
BONFIM EM SÃO JOÃO DEL REI, MINAS GERAIS**

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

Orientadora: Marlene A. M. Monteiro

Juiz de Fora / Minas Gerais

2015

RESUMO

O tabagismo é atualmente entendido como um problema de saúde pública responsável por mais de cinquenta doenças comprovadamente associadas ao seu uso. A mobilização mundial para o combate ao tabagismo encontra reflexos no Brasil, com o desenvolvimento do Programa Nacional de Combate ao Tabagismo (PNCT), com auxílio do Instituto Nacional do Câncer (INCA). No PSF Bonfim do município São João Del Rei, MG, tem-se observado uma grande prevalência do tabagismo e relação deste com muitas doenças. Este trabalho objetiva elaborar uma proposta de intervenção com vistas à redução do tabagismo por meio de ações de promoção e prevenção da saúde no Programa de Saúde da Família (PSF) Bonfim em São João Del Rei, Minas Gerais. Para tanto, será contextualizada a situação social e de saúde da população atendida, além de revisão de literatura com os principais temas relacionados ao tabagismo e elaboração de um plano de intervenção educativo com o intuito de reduzir o tabagismo e melhorar as condições de saúde da população alvo.

ABSTRACT

Smoking is now understood as a public health problem responsible for more than fifty proven diseases associated with their use. The global mobilization to combat smoking is reflected in Brazil, with the development of the National Program Against Tobacco (NTP) with the help of the National Cancer Institute (INCA). PSF Bonfim in the municipality Sao Joao del Rei, MG, has seen a high prevalence of smoking and relation with many diseases. This study aims to develop an intervention proposal aimed at reducing smoking through promotion and preventive health care in the Family Health Program (PSF) Bonfim in Sao Joao del Rei, Brazil. To this end, it will be contextualized social and health situation of the population served, in addition to literature review with key issues related to smoking and the development of an educational intervention plan in order to reduce tobacco use and improve the health conditions of the population target.

SUMÁRIO

1. INTRODUÇÃO.....	6
2. JUSTIFICATIVA.....	8
3. OBJETIVOS.....	9
4. REFERENCIAL TEÓRICO.....	10
5. MÉTODOS.....	15
6. PROPOSTA DE INTERVENÇÃO.....	16
7. CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	19
REFERÊNCIAS.....	20

1 INTRODUÇÃO

Atualmente, considera-se que os fatores ambientais e os comportamentos que assumem as pessoas têm o maior peso na probabilidade de que as pessoas adoeçam ou se mantenham saudáveis. Entre as causas dos principais problemas que ocasionam doenças e morte no mundo contemporâneo encontra-se um conjunto de fatores comportamentais como o tabagismo, alcoolismo, drogas, dietas, práticas sexuais inadequadas etc (TAYLOR, 1999).

A inalação passiva do fumo causa 1500 mortes no ano entre mulheres não fumantes e 500 entre homens não fumantes; igualmente se atribuem 3000 mortes por câncer do pulmão, 36000 por doenças cardíacas e 1000000 de casos de asma bronquial agravados por esta causa. Estima-se que produza aproximadamente 90% de todos os cânceres pulmonares, 75% de bronquites crônica e enfisema, 25% de cardiopatias isquêmicas, assim como outros tipos de cânceres extrapulmonares. Em geral, a taxa de mortalidade é maior nos fumantes que os não fumantes e a esperança de vida é de oito anos a menos nos fumantes (SANCHEZ, ROSELL, BARÓ, 2002; CURBELO et al., 1999).

O tabagismo é um relevante problema de saúde pública em todo o mundo. Estima-se que 1/3 da população mundial adulta (2 bilhões de pessoas) seja fumante, e que de toda a população masculina, 47% seja tabagista, enquanto na população feminina este índice é de 12% (BRASIL, 2014). Ainda, a mortalidade mundial por doenças tabaco associadas está em torno de 4,9 milhões de mortes por ano, o que representa 10 mil mortes por dia (TAYLOR, 1999). Acredita-se que em 2030, caso a atual progressão epidemiológica se mantenha, poderá haver 10 milhões de mortes por ano, sendo metade delas em indivíduos em idade produtiva (BURNSA, 2003).

O tabagismo é a causa mais comum de morte evitável. São 140 mil mortes evitáveis por ano, considerando apenas aquelas associadas às doenças cardiovasculares (BURNSA, 2003).

O fumo é fator de risco para as quatro principais causas de morte em todo o mundo, entre elas, doença cardíaca e pulmonar obstrutiva crônica, câncer e acidente vascular cerebral. Além disso, é fator de risco independente para doença arterial coronariana. A presença do fumo associado a outros fatores de risco aumenta em oito vezes os riscos coronarianos (MEISCHLE et al., 2000).

O tabagismo é uma doença epidêmica responsável por cerca de 200 mil mortes por ano no Brasil. Os cânceres de pulmão e laringe são os que mais matam no país. Em 2012, foram registrados 23.501 óbitos de câncer de pulmão e 4.339 de laringe. Para 2014, estima-se o surgimento de 27,3 mil novos casos de câncer de pulmão e 6.870 de laringe (BRASIL, 2014). No Brasil, em 2006, 15% da população brasileira era de fumantes, em 2012 o índice passou para 12%. Em Minas a queda foi de 25%, passou de 16% em 2006, para 12% em 2012. O número de fumantes no país permanece em queda. Segundo o Vigitel 2013 (Vigilância de Fatores de Risco e Proteção para Doenças Crônicas por Inquérito Telefônico), em 2013, a prevalência de fumantes caiu para 11,3%. O dado é três vezes menor que o índice de 1989, quando a pesquisa realizada pelo Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE) apontou 34,8% de fumantes na população. A meta do Ministério da Saúde é chegar a 9% até 2022 (BRASIL, 2014).

A Atenção Primária, enquanto cenário maior de promoção da saúde tem produzido iniciativas relevantes no combate ao tabagismo, porém ainda com produção científica escassa relatada. Considerando o fator da interdisciplinaridade, ainda poucos resultados são encontrados (OLIVEIRA, 2008).

Como afirma Oliveira (2008), percebe-se que a pesquisa interdisciplinar em saúde é fundamental para a progressiva construção de um modelo, no qual a saúde coletiva seja abordada de maneira profunda. Dessa forma, busca-se uma integração e a construção do conhecimento, articulando o serviço e o ensino.

2 JUSTIFICATIVA

De acordo com a Organização Mundial de Saúde (OMS), o uso do tabaco é responsável por 4,9 milhões de mortes ao ano, sendo a maior causa de morte evitável em todo o mundo. Ainda, segundo a OMS, ao ano, quatro milhões de homens e um milhão de mulheres morrem devido aos malefícios do fumo e, caso a expansão permaneça, esses números podem chegar a dez milhões de mortes anuais, em 2020 (Ministério da Saúde (BR),2003). Estima-se que, em 2030, oito milhões de pessoas morrerão por doenças ligadas ao tabaco; destas, mais de 80% ocorrerão em países de baixa e média rendas (MATHERS; LONCAR, 2006).

O Ministério da Saúde enfatiza que os prejuízos à saúde pelo uso dos derivados do tabaco não se limitam ao câncer de pulmão e a outros cânceres, mas também incluem a bronquite crônica; as doenças cardiovasculares, como o infarto do miocárdio; e os acidentes vasculares encefálicos, grandes causas de morbimortalidade no Brasil, além do envelhecimento prematuro da pele, entre outras doenças (BRASIL,1997).

O processo de cessação do tabagismo pode ser realizado individualmente ou em grupo, por remédios e/ou por intervenção psicossocial não medicamentosa (PRESMAN, CARNEIRO, GIGLIOTTI, 2005).

Estudos realizados revelam que o aconselhamento pelo profissional de saúde é uma estratégia importante em relação à diminuição do tabagismo. Um dos estudos mostrou uma taxa estimada de abstinência de 10,9% quando o fumante tenta parar de fumar sozinho contra 13,4% se ele for submetido a um aconselhamento mínimo - <3 minutos, 16.0% a um aconselhamento entre 3 a 10 minutos e 22.1% se ele sofrer um aconselhamento intensivo ->10 minutos (GORIN; HECK, 2012).

O PSF Bonfim tem um alto índice de fumantes, e muitos deles apresentam doenças crônicas que constituem um risco à saúde dos mesmos. Neste contexto, este projeto visa realizar ações de saúde com vistas à redução do número de fumantes na região atendida pelo PSF.

3 OBJETIVOS

OBJETIVO GERAL:

- Elaborar uma proposta de intervenção com vistas à redução do tabagismo por meio de ações de promoção e prevenção da saúde no Programa de Saúde da Família (PSF) Bonfim em São João Del Rei, Minas Gerais.

OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Conhecer a situação social e de saúde da população atendida pelo PSF Bonfim em São João del Rey, MG;
- Avaliar a percepção dos indivíduos fumantes sobre o conceito de vida saudável.

4 REFERENCIAL TEÓRICO

4.1 Tabagismo

A planta de fumo chegou ao Brasil provavelmente pela migração de tribos tupis-guaranis. Quando os portugueses aqui desembarcaram, tomaram conhecimento do tabaco pelo contato com os índios. E a partir do século XVI, o seu uso disseminou-se pela Europa e logo alcançou prestígio mundial (NARDI, 1985; NARDI, 1996). A partir de 1960, surgiram os primeiros relatórios científicos que relacionaram o cigarro ao adoecimento do fumante (NARDI, 1996).

O Brasil é o maior exportador mundial de tabaco e segundo maior produtor, ocupando posição importante na economia brasileira. No entanto, a expectativa é que a produção de fumo brasileira sofra uma queda gradual daqui para frente. Um dos fatores que está influenciando a tendência de queda do cultivo do tabaco é a diminuição do número de consumidores no Brasil. De acordo com estudos do Ministério da Saúde, em 1994 havia 44,3 milhões de fumantes no País, cerca 28% da população. Em 2010, esse número foi reduzido para 27,8 milhões, alcançando 14,5% dos brasileiros. Essa redução deve-se tanto às campanhas públicas antitabagistas quanto à inflação do preço do cigarro, que tem um impacto forte no bolso do consumidor (BRASIL, 2004; MIRRA et al, 2010; SINDIFUMO, 2011).

Tabagismo, definido como a intoxicação crônica causada pelo abuso de rapé. A Organização Mundial da Saúde (OMS), de acordo com a atual Classificação Internacional de Doenças, classificou tabagismo como uma doença crônica não transmissível e viciante (OMS, 2008).

O aumento do tabagismo neste século está intimamente relacionado com a crescente industrialização de rapé. Os países latino-americanos são colheitadeiras e consumidores de rapé. Quase 50% da população fuma, e deve-se enfatizar o fato de o aumento de fumantes na faixa etária de 15 anos ou mais. De acordo com a Organização das Nações Unidas para a Alimentação e Agricultura (FAO) Venezuela é um dos primeiros lugares no seu consumo. O hábito de fumar está relacionado à

dependência ao rapé e é causado principalmente por um de seus componentes ativos, a nicotina (OMS, 2008).

A nicotina é uma droga psicoativa lícita, que causa dependência física, química e psicológica, interferindo no organismo e no comportamento do usuário. As consequências do uso do tabaco incluem efeitos destrutivos em vários tecidos, produzindo desde doenças pulmonares simples até alterações celulares que predisõem ao câncer, assim como alterações cardíacas e vasculares (MARQUES et al., 2001; BALBANI, MONTOVANI, 2005).

A intensidade da dependência da nicotina cresce com o tempo e o número de cigarros fumados. A diminuição de 50% no consumo da nicotina pode desencadear os sintomas de abstinência nos indivíduos dependentes, como: ansiedade, irritabilidade, distúrbios do sono (insônia e sonolência diurna), aumento do apetite, alterações cognitivas (diminuição da concentração e atenção) e fissura pelo cigarro (MARQUES et al., 2001).

4.2 Riscos à saúde

O tabagismo é um relevante problema de saúde pública em todo o mundo. Estima-se que 1/3 da população mundial adulta (1 bilhão e 200 milhões de pessoas) seja fumante, e que de toda a população masculina, 47% seja tabagista, enquanto na população feminina este índice é de 12% (BURNS, 2003). Ainda segundo o mesmo autor, a mortalidade mundial por doenças tabaco-associadas está em torno de 4,9 milhões de mortes por ano, o que representa 10 mil mortes por dia (BURNS, 2003). Acredita-se que em 2030, caso a atual progressão epidemiológica se mantenha, poderá haver 10 milhões de mortes por ano, sendo metade delas em indivíduos em idade produtiva. O tabagismo é a causa mais comum de morte evitável, sendo 140 mil mortes evitáveis por ano, considerando apenas aquelas associadas às doenças cardiovasculares (MEISCHKE et al., 2000).

O fumo é fator de risco para as quatro principais causas de morte em todo o mundo. Entre elas, doença cardíaca e pulmonar obstrutiva crônica, câncer e acidente vascular cerebral. Além disso, é fator de risco independente para doença

arterial coronariana. A presença do fumo associado a outros fatores de risco aumenta em oito vezes os riscos coronarianos (BURNSA, 2003).

O índice de mortalidade entre os tabagistas é duas vezes maior do que em pessoas que nunca fumaram. Além disto, a mortalidade pelas diversas doenças tabaco relacionadas varia nas diferentes faixas etárias. Nas pessoas adultas, entre 30 e 45 anos, a causa mortis é a doença arterial coronariana, a partir dos 50 anos é o câncer de pulmão, e entre 70 e 80 anos as doenças pulmonares obstrutivas crônicas (MEISCHKE et al., 2000) .

A comparação da morbidade entre fumantes e não fumantes mostra que o risco dos fumantes adoecerem de câncer de pulmão é 10 vezes maior; de sofrerem infarto, bronquite crônica ou enfisema pulmonar é 5 vezes maior, e é 2 vezes maior o risco de sofrerem um acidente vascular cerebral (BRASIL 2004).

No Brasil, 1/3 da população adulta é fumante (27,9 milhões de pessoas), sendo 60% do sexo masculino e 40% do feminino. A mortalidade por doenças tabaco-associadas está estimada em 200 mil mortes ao ano. Entre as regiões brasileiras, o Sudeste ocupa o primeiro lugar no ranking do tabagismo, com 42% de seus habitantes fumantes. Na região Nordeste, o índice de fumantes é de 31%, e apesar de não ser o maior do país, é considerado elevado (BRASIL, 2004).

4.3 Tratamento

Vários países implantaram um conjunto de recomendações básicas para o tratamento da dependência de nicotina, com o objetivo de sistematizar as práticas clínicas, psicológicas e sociais, no mundo. O Brasil possui o Programa Nacional de Controle do Tabagismo que disponibiliza tratamento e acompanhamento gratuito aos pacientes.

Apesar da indústria do tabaco ocupar posição importante na economia brasileira o lucro gerado ao país não supera os prejuízos com assistência médica. Entender como o hábito de fumar interage com as relações socioeconômicas é fundamental para proposição de medidas de redução de danos e melhoria da qualidade de vida da população.

Os métodos de cessação de fumar podem ser diretos e indiretos. Os diretos são procedimentos clínicos de avaliação do grau de dependência da nicotina, psicoterapia, esclarecimentos, aconselhamento, aplicação de medicamentos e acompanhamento; os indiretos constituem em ações antitabagismo integradas na atenção primária da rede de saúde pública, campanhas educativas atingindo, desde a infância e os diversos segmentos da população, além de proibição de fumar em locais públicos, elevação dos impostos sobre os preços dos cigarros e advertências nas embalagens dos produtos do tabaco (BALBANI; MONTOVANI, 2005).

O índice de redução do tabagismo é um dos indicadores mais utilizados para expressar a interrupção do hábito de fumar em uma dada população. Os índices de redução do tabagismo no Brasil apresentam tendência crescente, com os menores índices referentes a indivíduos com menor escolaridade e/ ou de nível social mais baixo. Por isso, deve-se enfatizar o papel do estado e das políticas públicas no reconhecimento do tabagismo como um problema de saúde pública para que o tratamento seja disponibilizado a todos os fumantes, tanto no Sistema Único de Saúde quanto no Sistema de Saúde Suplementar (VIEGAS et al., 2007; REICHERT et al., 2008).

4.4 Prevenção do tabagismo

A Organização Mundial de Saúde (OMS) propôs, em maio de 1999, a adoção do primeiro tratado internacional de saúde pública: a Convenção Quadro para o Controle do Tabaco (CQCT), cujo objetivo é proteger as gerações presentes e futuras das devastadoras consequências sanitárias, sociais, ambientais e econômicas geradas pelo consumo e pela exposição à fumaça do tabaco, proporcionando uma referência para as medidas de controle do tabaco a serem implementadas a níveis nacional, regional e internacional (BRASIL, 2014).

No Brasil, muito tem sido feito nos últimos 15 anos para controlar a epidemia do tabagismo. Os resultados positivos são evidentes e estimulam a todos a lutar por novas conquistas. Dentre elas, medidas para proteger toda a população, independentemente de classe social ou nível educacional devem ser priorizadas,

como ambientes 100% livres do cigarro, já adotados com sucesso em vários municípios e estados da federação (DI FRANZA; SAVAGEAU; FLETCHER, 2009).

5 MÉTODO

5.1 Caracterização da saúde da população do PSF Bonfim, São João del Rey

Nesta primeira etapa o diagnóstico de saúde do PSF Bonfim foi realizado por meio de aplicação de questionários, reuniões, revisão de prontuários, consulta médica e estimativa rápida na área de abrangência. Foi encontrada uma elevada incidência com prevalência de 679 para 18,9% (128/679) de pacientes fumantes na população atendida, sendo este um dos problemas priorizados para desenvolver uma intervenção educativa.

Após o levantamento do problema foi definida a necessidade de uma proposta de intervenção com a participação da equipe, a fim de conscientizar, aproximar, prevenir e combater o uso indiscriminado do tabaco na área de abrangência do PSF Bonfim, município São João Del Rei, MG.

Para facilitar o diálogo entre os atores que participam do processo de planejamento, foi utilizado o Planejamento Estratégico Situacional (PES). O conhecimento de todos os aspectos relacionados ao PES é importante durante a gestão do qualquer plano de ação.

6 PROPOSTA DE INTERVENÇÃO

Diante do exposto, a proposta de intervenção a ser aplicada no PSF Bonfim encontra-se descrito no Quadro 1.

Quadro 1 - Proposta de intervenção destinada à redução do tabagismo na população atendida pelo PSF Bonfim, em São João del Rey, Minas Gerais.

ESTRATÉGIA	OBJETIVO	MÉTODO	PÚBLICO ALVO	PERÍODO	RESPONSÁVEL
Estratégia 1: Realização de reunião	Conscientizar os indivíduos fumantes sobre os riscos à sua saúde	Dinâmicas de grupo; e utilização de vídeos e folderes	Indivíduos fumantes da população atendida pelo PSF Bonfim	novembro	Médico e psicólogo do PSF
Estratégia 2: Realização de palestra educativa	Conscientizar os indivíduos fumantes sobre os riscos à sua saúde	Palestra 1 Tema: <i>Conhecendo o inimigo e seus efeitos nocivos</i>		dezembro	Médico
Estratégia 3: Realização de palestra educativa	Conscientizar os indivíduos fumantes sobre os riscos quanto às doenças cardiovasculares e câncer	Palestra 2 Tema: <i>Efeitos nocivos do tabagismo sobre o sistema cardiovascular e fator de risco do</i>	Indivíduos fumantes da população atendida pelo PSF Bonfim	janeiro	Médico

		<i>câncer</i>			
Estratégia 4: Realização de palestra educativa	Estimular o indivíduo a parar de fumar	Palestra 3 Tema: <i>Como começar a parar de fumar.</i>	Indivíduos fumantes da população atendida pelo PSF Bonfim	fevereiro	Psicólogo
Estratégia 5: Acompanhamento individual	Aproximar-se dos indivíduos do projeto e elaborar um plano individual para parar em de fumar	Consultas individuais e visitas domiciliares	Indivíduos fumantes da população atendida pelo PSF Bonfim	Março	Médico e enfermeira
Estratégia 6: Avaliação da proposta	Avaliar a eficácia da proposta de intervenção	Aplicação de questionário e consultas individuais	Indivíduos fumantes da população atendida pelo PSF Bonfim	abril	Médico

Todas as palestras terão duração aproximada de 45 minutos.

6 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Frente às trágicas consequências provenientes do fumo, o PSF Bonfim procurou dar um enfoque na tentativa de reduzir o consumo de tabaco pelos usuários.

A abordagem de qualquer problema necessita de planejamento, análise de viabilidade, recursos, monitoramento, avaliação das intervenções e, sobretudo do empenho dos diferentes atores para cumprir os objetivos propostos. Sendo assim, o PSF Bonfim irá fornecer apoio ao usuário durante a intervenção e conhecimentos sobre promoção e prevenção de saúde que visem alertar as pessoas sobre os perigos de exposição ao cigarro.

REFERÊNCIAS

BALBANI, A.P.S.; MONTOVANI, J.C. Métodos para abandono do tabagismo e tratamento da dependência da nicotina. **Revista Brasileira de Otorrinolaringologia**, v.71, n.6, p.820-7, 2005.

BRASIL. Ministério da Saúde. Instituto Nacional do Câncer. **Tabagismo no Brasil e no mundo** [online]. Disponível em: <www.inca.gov.br> [Acesso em 15 jan. 2004].

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria 1886/GM - Normas e diretrizes do Programa de Agentes Comunitários de Saúde – PACS**. Brasília: Ministério da Saúde; 1997.

BRASIL. Ministério da Saúde. Instituto Nacional do Câncer. **Estimativas de incidência e mortalidade por câncer no Brasil**. Rio de Janeiro: Ministério da Saúde; 2003.

BRASIL. **Cigarro mata mais de 5 milhões de pessoas segundo a OMS**. Acesso em: 21 set 2015. Disponível em: <http://www.brasil.gov.br/saude/2014/08/cigarro-mata-mais-de-5-milhoes-de-pessoas-segundo-oms>.

BURNS, D.M. Epidemiology of smoking: induced cardiovascular disease. **Progress in Cardiovascular Diseases**, v.46, n.1, p.11-29, 2003.

CRUZ SÁNCHEZ, F.; BANDERA ROSELL, A.; GUTIÉRREZ BARÓ, E. **Conductas y factores de riesgo en la adolescencia**. In: Cuba. Ministerio de Salud Pública. Manual de Prácticas Clínicas para la atención integral a la salud en la adolescencia. Ciudad de la Habana: MINSAP; 2002. p. 120-44.

CURBELO, G.J.T. et al. **Salud Pública 4**. Enfermedades no transmisibles y otros daños a la salud. La Habana: Editorial Ciencias Médicas; 1999.

Di FRANZA, J.R.; SAVAGEAU, J.A.; FLETCHER, K.E. Enforcement of underage sales laws as a predictor of daily smoking among adolescents: a national study. **BMC Public Health**, v.9, p.107-109, 2009.

GORIN, S.S.; HECK, J.E. Meta-analysis of the efficacy tobacco counseling by health care providers. **Cancer Epidemiology, Biomarkers and Prevention**, v.13, p.2012-22, 2004.

MARQUES, A.C.P.R. et al. Consenso sobre o tratamento da dependência de nicotina. **Revista Brasileira de Psiquiatria**, v.23, n.4, p.200-14, 2001.

MATHERS, C.D ; LONCAR, D. Projections of global mortality and burden of disease from 2002 a 2030. **PloS Medicine**, v.3, n.11, p.442, 2006.

MEISCHKE, H. et al. Factors that influence personal perceptions of the risk of an acute myocardial infarction. **Behavioral Medicine**, v.26, n.1, p.4-13, 2000.

MIRRA, A.P. et al. Diretrizes em foco. Tabagismo – parte I. **Revista da Associação Médica Brasileira**, v.56, n.2, p.127-43, 2010.

NARDI, J.B. **A história do fumo brasileiro**. Rio de Janeiro: ABIFUMO, 1985. 40p.

NARDI, J.B. **O fumo brasileiro no período colonial: lavoura, comércio e administração**. São Paulo: Brasiliense, 1996. 432p.

OLIVEIRA, M.C. Os modelos de cuidados como eixo de estruturação de atividades interdisciplinares e multiprofissionais em saúde. **Revista Brasileira Educação Médica**, v.32, n.3, p. 347-55, 2008.

ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD – OMS. **Iniciativa librarse del tabaco. Juventud libre de tabaco Informe de un Grupo Científico de la OMS**. 2008 Genebra: OMS [sitio en Internet]. [Atualizado 2008, citado 2008].

PRESMAN, S.; CARNEIRO, E.; GIGLIOTTI, A. Tratamentos não farmacológicos para o tabagismo. **Revista de Psiquiatria Clínica**, v.32, n.5, p. 267-275, 2005.

REICHERT, J.; Diretrizes para cessação do tabagismo – 2008. **Jornal Brasileiro de Pneumologia**, v.34, n.10, p.845-80, 2008.

SINDIFUMO, 2011. [homepage na internet]. **A história do Fumo**. Acesso em: 15 março 2011. Disponível em <http://www.sindifumo.org.br/biblioteca/historia/index.p hp>.

TAYLOR, R. **Atención a los pacientes que abusan de drogas**. In: Medicina Familiar. 5A Ed. Barcelona: Springer-Verlag-Ibérica, 1999.

VIEGAS, C.A.A. et al. **Tabagismo: do Diagnóstico à Saúde Pública**. Coordenador Editorial e Vários Colaboradores, Conselho Federal de Medicina, Sociedade Brasileira de Pneumologia e Tisiologia, São Paulo, Atheneu, 2007.