



UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
DEPARTAMENTO DE SAÚDE PÚBLICA
CURSO DE ESPECIALIZAÇÃO MULTIPROFISSIONAL NA ATENÇÃO BÁSICA 2015

Fernando Ricardo Veneri Bonancio

Projeto de intervenção para cessação tabágica na
Estratégia de Saúde da Família São Domingos em
Colombo - PR

Florianópolis, Março de 2016

Fernando Ricardo Veneri Bonancio

Projeto de intervenção para cessação tabágica na Estratégia de
Saúde da Família São Domingos em Colombo - PR

Monografia apresentada ao Curso de Especialização Multiprofissional na Atenção Básica da Universidade Federal de Santa Catarina, como requisito para obtenção do título de Especialista na Atenção Básica.

Orientador: Patrícia Ilha
Coordenador do Curso: Prof. Dr. Antonio Fernando Boing

Florianópolis, Março de 2016

Fernando Ricardo Veneri Bonancio

Projeto de intervenção para cessação tabágica na Estratégia de
Saúde da Família São Domingos em Colombo - PR

Essa monografia foi julgada adequada para obtenção do título de “Especialista na atenção básica”, e aprovada em sua forma final pelo Departamento de Saúde Pública da Universidade Federal de Santa Catarina.

Prof. Dr. Antonio Fernando Boing
Coordenador do Curso

Patrícia Ilha
Orientador do trabalho

Florianópolis, Março de 2016

Resumo

O Projeto de Intervenção proposto ocorrerá na unidade de Estratégia de Saúde da Família São Domingos a qual está localizada em Colombo/ PR, com uma população adscrita estimada em aproximadamente 10000 usuários e Estratégia de Saúde da Família implementada há mais de 15 anos, sem um programa de suporte que cesse do tabagismo atualmente. O objetivo desse estudo é oferecer auxílio para que cesso o Tabagismo a todos fumantes que consultem, através da implementação do Programa Nacional de Controle do Tabagismo (PNCT) baseado nas Diretrizes do INCA/MS, com uma consequente redução da prevalência de fumantes da população local e a realização de acompanhamento clínico e prevenção de recaídas por um período de até 1 ano após início da desabituação e tratamento. Serão realizadas consultas individuais e a participação em grupos de cessação tabágica, com o número máximo de 15 participantes, fechados, com reuniões estruturadas, ocorrendo quatro reuniões no primeiro mês, duas reuniões no segundo mês, uma mensal até o 6º mês, e uma reunião no mes 8º, 10º e 12º, visando a abstinência e evitando recaídas. Previo ao ingresso nos grupos, todos os usuários deverão realizar o Teste de Fagerström e uma análise motivacional. Pretende-se utilizar uma metodologia dialógica, baseada em uma reorganização da noção de autocuidado, de emancipação e autonomia, através da incorporação de práticas pedagógicas críticas e participativas, focando na mudança comportamental e, quando necessário, associado ao uso de fármacos em posologia aprovados e preconizados pelo MS (reposição de nicotina e Bupropiona). Espera-se que ocorra diminuição da incidência e prevalência de tabagistas na área, a redução das doenças relacionadas com o tabagismo como DPOC e Câncer de Pulmão, a manutenção da abstinência tabágica após um ano e redução da recaída ao tabaco e a reestruturação da autoestima e noção de autocuidado.

Palavras-chave: Estratégia de Saúde da Família, Hábito de Fumar, Cessação Tabágica, Projeto de Intervenção

Sumário

1	INTRODUÇÃO	9
2	OBJETIVOS	13
2.1	Objetivo Geral	13
2.2	Objetivos Específicos	13
3	REVISÃO DA LITERATURA	15
4	METODOLOGIA	19
5	RESULTADOS ESPERADOS	21
	REFERÊNCIAS	23

1 Introdução

A Unidade de Estratégia de Saúde da Família São Domingos (UBS), onde pretendo realizar o Projeto de Intervenção, está localizada em Colombo, um município brasileiro do Estado do Paraná, na Grande Curitiba, localizado a uma distância de 17,3km da capital do Estado, Curitiba. A UBS está localizada na Zona Urbana do município de Colombo, a maior colônia italiana do estado, há uma distância de 13,3 km do Centro de Curitiba. Atende os moradores dos bairros Campo Pequeno, Osasco, Roça Grande e São Gabriel. Apresenta uma extensão territorial de atendimento de 1,5km². A Unidade foi inaugurada no dia 03/12/1993, com atendimento da população local e de outras regiões. Como UBS, constava com o serviço de especialistas em Clínica Geral, GinecoObstetricia e Pediatria. Em 2000 passou a atender no sistema de ESF, sendo até os dias atuais o trabalho realizado com equipes formadas e especializadas no atendimento à família com área delimitada. A unidade é formada por 3 equipes. O quadro total de funcionários, teoricamente, é de 27 funcionários, sendo destes 3 médicos (dois do MM e um concursado), 3 enfermeiras, 3 téc. de enfermagem, dois dentistas com duas auxiliares odontológicas, 7 ACS (Déficit de 8 ACS, preconizados), duas recepcionistas e uma auxiliar de serviços gerais. A comunidade é repleta de pequenas igrejas (em sua maioria são pequenas "filiais" evangélicas), sendo estas bastantes presentes na vida dos usuários. As instituições realizam pequenas atividades de cunho assistencialista e apoio na recuperação de usuários de álcool e drogas, principalmente as evangélicas e a católica. Não há nenhum aparelho público ou espaço de lazer na região.

O município conta com o apoio de uma maternidade, duas UPA's, um hospital inativado (Santa Casa) e o serviço teórico de 2 CAPS porém ambos sem psiquiatra (sendo um CAPS-AD). O NASF só existe no papel, pois na prática é inexistente e sequer tem local físico. Existem áreas de riscos de alagamento e deslizamento. A principal área de risco ambiental são as casas próximas ao Rio Iça, que são aproximadamente 20 famílias atualmente, devido ao alagamento frequente das casas. Também há uma grande área de risco ambiental e social, na região da Olaria e Jardim Esplanada. Estes locais são conhecidos pela alta incidência de criminalidade, violência e enchentes frequentes. A região de atendimento da UBS é de colonização antiga do Município (embora acelerada nos últimos 35 anos), caracterizando-se como um uma região de transição entre os locais com piores indicadores socioeconômicos e os com melhores condições.

Na região próxima há: 3 escolas municipais, 3 estaduais, 3 creches municipais. Atualmente, apresenta índices de escolaridade inferiores que a média nacional. A porcentagem de analfabetos em adultos com mais de 25 anos é maior que 5%, enquanto apenas 5,5% tem curso superior completo. O número de chefes de famílias com nenhum grau de instrução escolar está na média de 0,22% na área de abrangência da unidade. (dados de

2012)

Com base em dados estimativos quatrocentas e trinta famílias da área de abrangência sobrevivem com renda per capita inferior a setenta reais mensais, sendo um total de 1690 pessoas vivendo em situação de pobreza. Essa população é participante de programas de inclusão social do Governo Federal.

A população total estimada na Unidade de Saúde São Domingos é de 10276 pessoas, desse total 799 pessoas possuem plano de saúde e 9477 são usuárias do Sistema Único de Saúde (SUS). Do total que possui cobertura de plano de saúde, são 244 pessoas na área 107 (área na qual atuo).

É difícil encontrar dados fidedignos, atualizados e sistematizados com relação a população por nós assistida, demonstrando a fragilidade no desenvolvimento de atividades baseadas em informações verossímeis. Embora a UBS São Domingos tenha sido a primeira UBS do Município de Colombo a implantar a Estratégia da Saúde da Família, faz-se patente à fragilidade da implementação desta política de saúde, pois dados e indicadores básicos não são confiáveis, uma vez que existe uma crônica deficiência de funcionários municipais para a realização das atividades de saúde. Em minha equipe faltam teoricamente "apenas" dois ACS, sem embargo na realidade eles não conseguem desenvolver suas atividades preconizadas, pois são impelidos a estarem na Unidade desempenhando atividades administrativas e recepção/acolhimento de usuários.

Devido a mudanças relativamente recentes na delimitação territorial do atendimento da UBS e de futuras alterações, existe um grupo considerável de famílias que estão indevidamente adscritas, mascarando o número real. Atualmente, consta como população adscrita à área 107, um total de 3712 pessoas, sendo divididas com 1834 homens e 1878 mulheres. Deste total, dividem-se em grupos etários de menores de 20 anos 1306 usuários (35,2%), entre 20 e 59 anos 2140 usuários (57,6%) e maiores de 60 anos 266 usuários (7,16%). A tendência é que estes números diminuam, uma vez que duas UBS na região estão em fase de implantação de seus serviços e devem absorver parte da população por nós atendida.

Índices de incidência de Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS) e Diabetes Mellitus (DM) fazem-se impossíveis de serem calculados atualmente com as informações disponíveis na unidade. Na área, os índices de prevalência de HAS e DM estão muito abaixo da média esperada em uma população, sendo de 6,11% (227) e 3,55% (132), respectivamente. Estou convencido de que estes dados são incompatíveis com a realidade da comunidade, justificado principalmente por falta de ACS, aliados a ausência de uma cultura de informações de saúde, associado a total ausência de um sistema de informações capaz de alimentar e gerenciar dinamicamente estas informações.

As queixas mais comuns habitualmente, por ordem são: Hipertensão Arterial, Diabetes Mellitus (havendo significativa sobreposição de queixas relacionadas com HAS), Saúde Mental (como disforias, depressão, ansiedade, insônia e adicção), Síndrome Do-

lorosa Articular. Sendo a HAS disparada como a primeira queixa/razão de Consulta, provavelmente ao sobrecuidado com esta população, inclusive devido à priorização para agendar consultas. Destaca-se a grande quantidade de usuários de tabaco, álcool e outras drogas ilícitas.

No Projeto de Intervenção pretendo trabalhar com a implementação do Protocolo do INCA/MS no cese do tabagismo, uma vez que é um dos problemas de saúde presentes no cotidiano da comunidade onde atuo. Não é uma das 5 principais queixas relatadas em consultas, porém sem sombra de dúvidas é um dos principais agravos na população adulta adscrita de nossa área. A oferta reiterada no auxílio para o cese do tabagismo e a devida atenção a queixa de dificuldade em parar de fumar é um fomento importante para a diminuição e combate da prevalência deste hábito tóxico. A desabituação, o cese do tabagismo e prevenção de danos é de manejo clínico difícil, multifatorial, com uma carga de construção social e simbolismo arraigado em nossa sociedade há anos, principalmente através da propaganda, felizmente hoje proibida em grandes meios de comunicação. Principalmente no início do século 20, “as transformações contemporâneas da biopolítica nos possibilitam argumentar que a configuração do tabagismo como problema de Saúde Pública se ancora, no contexto de ressignificação sanitária, que passa a priorizar a promoção da saúde como estratégia para fazer frente às dificuldades operacionais dos sistemas de atenção à saúde” e começou a ser combatido mais enfaticamente e trabalhado como um problema grave de saúde pública no Brasil, com a tomada de medidas político-legais e sanitárias para tal.

De acordo com o INCA, o tabagismo responde por 45% das mortes por infarto do miocárdio, 85% das mortes por doença pulmonar obstrutiva crônica, 25% das mortes por doença cérebro-vascular e 30% das mortes por câncer. E 90% dos casos de câncer de pulmão ocorrem em fumantes. No mundo mata mais de 5 milhões de pessoas, sendo que apenas no Brasil são mais de 200 mil mortes anuais.

Estou convencido de que este projeto de intervenção é absolutamente factível, além de possibilitar uma melhor qualificação técnica e padronização na atenção ao fumante, deste modo alcançando melhores resultados e resolutividade. Além do que, o projeto vai de encontro frontal as necessidades da população uma vez que, infelizmente, as equipes municipais destinadas ao auxílio destes casos estão desativadas devido a atuais problemas de ineficiente gestão municipal. O CAPS atualmente está inoperante e sem profissionais médicos para eventuais prescrições medicamentosas e auxílio nestes casos. Logo, o estabelecimento de uma oferta reiterada ao “para de fumar”, aliado a padronização do manejo baseado em evidências facilita o manejo clínico.

2 Objetivos

2.1 Objetivo Geral

Oferecer auxílio para a cessação do tabagismo a todos fumantes que consultem.

2.2 Objetivos Específicos

- Implementação do Programa Nacional de Controle do Tabagismo (PNCT) baseado nas Diretrizes do INCA/MS.
- Redução da prevalência de fumantes da população local.
- Acompanhamento clínico e prevenção de recaídas por um período de até 1 ano após início da desabituação e tratamento.

3 Revisão da Literatura

De acordo com o Dicionário da Língua Portuguesa Aurélio, vício pode ser "defeito grave que torna uma pessoa ou coisa inadequadas para certos fins ou funções; inclinação para o mal; costume de proceder mal; desregramento habitual", bem como outras caracterizações, inclusive "costume prejudicial". Partindo desta última definição conceitual, simples e direta, que abordaremos o vício, seja pelo costume prejudicial abordado pela ótica clínica-sanitária ou pela externalização de um comportamento cada vez mais desaprovado socialmente, fruto de múltiplos fatores que transformaram a visão coletiva de que o ato de fumar era para "bem sucedidos" e "livres", conforme a imagem vendida nas propagandas de mídias massivas antes permitidas livremente, sem nenhum tipo de regulamentação (SPINK; LISBOA; RIBEIRO, 2009).

O tabagismo é uma doença crônica e vício, uma das pandemias que assusta por sua magnitude e extensão planetária. As grandes perdas impostas pelo consumo do tabaco são uma carga não só para o indivíduo, mas também para os sistemas de saúde em todo o mundo, uma vez que o ele "é uma das principais causas evitáveis de mortes em todo mundo. Estima-se que, durante o século XX, cem milhões de pessoas faleceram devido ao seu consumo, sendo o hábito de fumar responsável por 12% da mortalidade adulta mundial. A cada ano, cerca de cinco milhões de pessoas morrem por doenças relacionadas ao tabaco e a previsão é que, persistindo o atual modelo de consumo, em 2020, serão dez milhões de mortes ao ano, sendo que 70% dessas perdas ocorrerão nos países em desenvolvimento", segundo a Organização Panamericana de Saúde (SAÚDE, 2016). O Custo total atribuído ao tabagismo para o sistema de saúde no BR (ambos os sexos): R\$ 21 bilhões (REICHERT, 2015).

Logo, o tabagismo converte-se em bárbara contradição a ser combatida, uma vez que constitui a maior causa isolada de doença evitável que se conhece entre as não imunizáveis e um fator de morbidade criado e sustentado pelo próprio homem, por motivos diversos como as de natureza sócio-econômica, cultural e de dependência bioquímica, convertendo-se em um dos agravos de mais difícil redução.

No Brasil, nos últimos 30 anos, foram adotadas uma série de medidas legais para o combate desta epidemia, havendo redução significativa do número de fumantes. Podemos citar como exemplo algumas ações legislativas como: a Lei n.º 9.294/96 que estabelece a proteção contra a exposição à fumaça do tabaco, proíbe o uso de cigarros ou qualquer outro produto fumígeno derivado do tabaco, em recinto coletivo, privado ou público, tais como, repartições públicas, hospitais, salas de aula, bibliotecas, ambientes de trabalho, teatros e cinemas, exceto em fumódromos; também podemos mencionar a Lei Federal n.º 9.782 de 26/01/99 que Cria a Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA), regulamentação, o controle e a fiscalização dos produtos derivados do tabaco e sua Resolução

46/2001 que estabelece os teores máximos permitidos de alcatrão, nicotina e Monóxido de carbono por cigarro. A resolução da ANVISA n° 105/01 Determina o cadastro das empresas de produtos derivados do tabaco e de seus produtos. Exige a apresentação de relatórios sobre o produto, composição, vendas e produção. Exige o pagamento anual da taxa no valor de R\$ 100 mil por marca de cigarro. A Resolução da ANVISA n.º 46/01 Proíbe a utilização, em embalagens ou material publicitário, de descritores, tais como, baixos teores, suave, light e outros que possam induzir o consumidor a uma interpretação equivocada quanto aos teores contidos nos cigarro. A Lei n.º10.167/00 determina que a publicidade seja restrita à parte interna dos locais de venda, através de pôsteres, painéis e cartazes, que o patrocínio é proibido em eventos esportivos nacionais e culturais desde 1º de janeiro de 2003. Também proíbe fumar nas aeronaves e demais veículos de transporte coletivo, a venda por via postal, a distribuição de amostra, a publicidade pela Internet, o merchandising e a comercialização em estabelecimento de ensino e saúde.

De acordo com a OMS, em seu relatório MPOWER, de 2008, recomenda-se e é proposto um modelo integrado de intervenção de controle do tabagismo.

Neste documento, defende-se que as seis medidas mais importantes e eficazes no controle do tabagismo deverão ser aplicadas em conjunto, sendo elas: a avaliação da prevalência de tabagismo e o impacto das políticas preventivas, a proteção da população a exposição ao fumo do tabaco, também disponibilizar ajuda para deixar de fumar, alertar para os malefícios do tabaco, proibir a publicidade, promoção e patrocínio e aumentar os impostos do tabaco; sendo, respectivamente, os seguintes conceitos: Monitor, Protect, Offer, Warn, Enforce e Raise. A cessação tabágica (Offer) é a estratégia preventiva mais custo-efectiva (HEALTH; SERVICES, 2008); e sobre a qual existe uma governança local maior por parte do profissional da Estratégia de Saúde da Família, razão pela qual a implementaremos, de maneira estruturada, através do Plano de Intervenção na Comunidade!

A OMS preconiza três tipos de intervenção integrada (HEALTH; SERVICES, 2008):

1. Intervenção oportunista: todos os profissionais de saúde, no âmbito da sua actividade clínica diária, aproveitando a presença do doente por outros motivos, devem aconselhar a cessação.

2. Intervenção mínima ou breve, utilizando os “5 A’s”: ASK, perguntar se fuma; ADVISE, aconselhar a deixar de fumar, clara e consistentemente; ASSESS, avaliar a motivação para deixar de fumar; ASSIST, apoiar na cessação tabágica; ARRANGE, programar o seguimento no processo de CT (FERRERO; MEZQUITA; GARCIA, 2009).

3. Intervenção intensiva: destina-se a fumadores motivados que não conseguem deixar de fumar sem ajuda, ou apenas com o apoio da intervenção breve (SALGADO, 2010).

Conforme revisado na literatura, estudos de Metanálise indicam que a o uso da Intervenção Intensiva, incluindo individual e em grupo, resultam num aumento substancial da taxa de sucesso na desabituação e manutenção da abstinência do tabaco, quando compa-

rada com grupos controle com intervenções oportunistas ou breves (Nível A de Evidência) (MOTILLO et al., 2009). Ainda que a intervenção clínica mínima possa elevar a abstinência tabágica, são insuficientes as evidências de recomendação sobre sua eficiência e eficácia quando comparada com a intensiva (OMS, 2016).

Com relação a farmacoterapia disponível no momento, existem algumas medicações de eficácia comprovada na cessação de fumar. Esses medicamentos eficazes são divididos em duas categorias: medicamentos nicotínicos e medicamentos não-nicotínicos.

Os medicamentos nicotínicos, também chamados de Terapia de Reposição de Nicotina (TRN), se apresentam nas formas de adesivo, goma de mascar, inalador e aerossol. As duas primeiras correspondem a formas de liberação lenta de nicotina, e são, no momento, as únicas formas disponíveis no mercado brasileiro. O inalador e o aerossol são formas de liberação rápida de nicotina e ainda não estão disponíveis em nosso mercado.

Os medicamentos não-nicotínicos são os anti-depressivos bupropiona e nortriptilina, e o anti-hipertensivo clonidina. A bupropiona é o medicamento de eleição nesse grupo, pois segundo estudos científicos, é um medicamento que não apresenta, na grande maioria dos casos, efeitos colaterais importantes. A TRN (adesivo e goma de mascar) e a bupropiona são considerados medicamentos de 1^a linha, e devem ser utilizados preferencialmente. A nortriptilina e a clonidina são medicamentos de 2^a linha, e só devem ser utilizados (SAÚDE, 2001).

4 Metodologia

O Projeto de Intervenção destina-se, em princípio, para a população local adscrita na área de cobertura da UBS São Domingos, num primeiro momento como plano piloto para os usuários da área 107 e após primeiro grupo, para as três áreas da Unidade. Como critério de admissibilidade fundamental é necessário a declaração expressa da intenção de parar com o tabagismo e inscrição feita pessoalmente na UBS.

Devido a problemas gerenciais, o município perdeu o credenciamento e vínculo com o ambulatório contra tabagismo do governo federal, não recebendo atualmente insumos como parches e gomas de nicotina e a Bupropiona, razão pela qual já está sendo articulado com o CAPS-2 a retomada deste fornecimento, através do cumprimento dos critérios para tal.

Logo após o cadastramento e fornecimento dos insumos necessários para o suporte farmacológico, será ofertado e anunciado através de avisos e informes na unidade que serão criados grupos para a cessação do tabagismo, com o número máximo de 15 indivíduos e reuniões programadas a serem realizadas na sala de reuniões da UBS. De fato, após anunciar em reunião com a equipe de trabalho a intenção do projeto, diversos pacientes souberam e vieram expressar o desejo de inclusão no grupo assim que seja criado, demonstrando a fragilidade da assistência deste agravo em nossa área e reforçando a importância da proposta.

Serão realizadas no primeiro mês reuniões semanais, no segundo mês dois encontros e a partir do terceiro, um encontro mensal até o sexto mês. No mês 8, 10 e 12 após início das atividades do grupo serão realizados um encontro para o suporte e manutenção da abstinência e prevenção de recaídas.

Caso haja demanda para tal, novos grupos poderão ser formados somente a partir do tempo mínimo de 3 meses desde o início das atividades do último, evitando desta maneira sobrecarga laboral e comprometimento das demais atividades assistenciais.

Associado ao uso de fármacos em posologia aprovados e preconizados pelo MS (reposição de nicotina e Bupropiona), pretendemos utilizar uma metodologia dialógica, baseada em uma reorganização da noção de autocuidado, de emancipação e autonomia, através da incorporação de práticas pedagógicas críticas e participativas.

A equipe envolvida no projeto ainda está em discussão devido a disponibilidade de profissionais. Em princípio a equipe responsável pela organização e condução das atividades constará de um médico, uma enfermeira e um ACS. Idealmente, também contaremos com o suporte do psicólogo do CAPS-2 para a participação nas atividades e consultoria em casos que sejam necessários. As atividades serão organizadas e geridas com o princípio da horizontalidade, sendo programadas estrategicamente em reuniões com os profissionais participantes.

Será aplicado a todos os pacientes, e analisado previamente às atividades, o Teste de Fagerström e uma análise motivacional para o cese do Tabagismo.

Após um ano do início das atividades, caso constatado a permanência da abstinência, a pessoa recebe alta do grupo. Em caso de recaída, poderá optar por reiniciar no próximo grupo a ser montado, caso assim deseje. Consultas médicas individuais estarão disponíveis, com agendamento prévio, em caso de solicitação do participante.

Custos para a Implantação do Projeto.

Considerando que os fármacos serão fornecidos após gestão para recadastramento do Município no programa de combate ao Tabagismo do governo federal, teremos os seguintes custos operacionais (calculados em base de grupo com capacidade máxima de 15 pessoas), no ciclo completo de um ano, ou seja, 13 encontros, com um custo total de R\$ 1218,40, discriminados da seguinte maneira:

Papel Branco A4 75grs 210x297 (4 Resmas com 500 Folhas): R\$120

Canetas Esferográficas 1.0 BIC: 2 caixas com 50 unidades cada: R\$ 62,40

Cartucho HP 662 preto: 5 unidades: R\$ 150

Cartucho HP 662 colorido: 3 unidades: R\$ 160

HP Deskjet Ink Advantage 2515 : 1 unidade R\$ 350

Suco Polpa Concentrado Maguary: 13 unidades R\$ 81

Bolacha Pacote 500gr: 13 unidades R\$ 61

Copos Descartáveis 250ml: 400 unidades R\$ 52

Guardanapos tamanho médio: 6 pacotes com 100 unidades R\$ 18

Balões Festa Simples Fosco: 6 pacotes com 50 Unidades R\$ 36

Cartolina 150g 50x66 cores mistas card set: 6 pacotes com 10 Un: R\$ 33

Pasta catálogo c/50 env. ofício 0,06 pebd c/visor: 15 Un: R\$ 95

5 Resultados Esperados

- Diminuição da incidência e prevalência de tabagistas na área
- Redução das doenças relacionadas com o tabagismo como DPOC e Câncer de Pulmão
- Manutenção da abstinência tabágica após um ano e redução da recaída ao tabaco
- Restruturação da autoestima e noção de autocuidado

Referências

- FERRERO, M.; MEZQUITA, M.; GARCIA, M. *Manual de Prevención y Tratamiento del Tabaquismo*. Badalona: EUROMEDICINE, 2009. Citado na página 16.
- HEALTH, U. D. of; SERVICES, H. *Tobacco Use and Dependence Guideline Panel*. 2008. Disponível em: <<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK63953/>>. Acesso em: 10 Fev. 2016. Citado na página 16.
- MOTILLO, S. et al. Behavioural interventions for smoking cessation: a meta-analysis of randomized controlled trials. *European Heart Journal*, p. 718–730, 2009. Citado na página 17.
- OMS, O. M. da S. *WHO Report On the Global Tobacco Epidemic*: 2008. 2016. Disponível em: <http://www.who.int/tobacco/mpower/mpower_report_full_2008.pdf>. Acesso em: 10 Fev. 2016. Citado na página 17.
- REICHERT, J. *35 anos de história da luta contra o tabagismo no Paraná*. Curitiba: Secretaria Estadual de Saúde, 2015. Citado na página 15.
- SALGADO, M. da S. Programas de cessação tabágica nos serviços de saúde: Uma estratégia prioritária de controle do tabagismo: Caracterização do perfil dos fumadores e referenciação numa consulta de cessação de um hospital distrital da beira interior. Beira Anterior, n. 1, 2010. Curso de Medicina, FAculdade de Ciências da Saúde - Universidade da Beira Interior. Citado na página 16.
- SAÚDE, M. da. *Abordagem e Tratamento do Fumante - Consenso 2001*. Rio de Janeiro: INCA, 2001. Citado na página 17.
- SAÚDE, O. P. de. *Tabagismo*. 2016. Disponível em: <http://www.paho.org/bra/index.php?option=com_content&view=article&id=574:tabagismo&Itemid=539>. Acesso em: 29 Jan. 2016. Citado na página 15.
- 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 COMUNICAÇÃO SAÚDE EDUCAÇÃO*, v. 13, p. 353–365, 2009. Citado na página 15.