



UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
DEPARTAMENTO DE SAÚDE PÚBLICA
CURSO DE ESPECIALIZAÇÃO EM ATENÇÃO BÁSICA 2018

Alessandro Blazutti Carraro

Agravos de Saúde Decorrentes do Uso do Tabaco pela Assistência na Atenção Primária na Região do Médio Paraíba no Estado do Rio de Janeiro

Florianópolis, Março de 2023

Alessandro Blazutti Carraro

Agravos de Saúde Decorrentes do Uso do Tabaco pela Assistência
na Atenção Primária na Região do Médio Paraíba no Estado do
Rio de Janeiro

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

Orientador: Tatiana Martins Lima
Coordenadora do Curso: Profa. Dra. Fátima Buchele Assis

Florianópolis, Março de 2023

Alessandro Blazutti Carraro

**Agravos de Saúde Decorrentes do Uso do Tabaco pela Assistência
na Atenção Primária na Região do Médio Paraíba no Estado do
Rio de Janeiro**

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.

Profa. Dra. Fátima Buchele Assis
Coordenadora do Curso

Tatiana Martins Lima
Orientador do trabalho

Florianópolis, Março de 2023

Resumo

Introdução: O município de Rio Claro possui uma extensa área territorial com predomínio da atividade rural, localizada na região do Médio Paraíba no estado do Rio de Janeiro, possuindo aproximadamente 17.000 habitantes com considerável prevalência do hábito de fumar em diferentes faixas etárias. **Objetivo:** O projeto objetivou Implementar ações de promoção e de prevenção ao hábito de fumar a comunidade assistida, desenvolvendo grupos de tabagismo com a mobilização da equipe da Estratégia de Saúde da Família do no município de Rio Claro, no empenho da captação de usuários tabagistas, oferecendo palestras e informativos disponíveis aos usuários como propagandas; orientações na sala de espera; vídeos educativos, além do fornecimento de tratamento integral e medicamentoso para promover a redução nos agravos de saúde relacionados ao uso de tabaco. **Método:** Para uma organização e planejamento dos critérios de seleção, os pacientes serão divididas em microáreas já existentes no intuito de captar e formar grupos de no máximo 15 pacientes por microárea. Estes grupos caracterizados pelas respectivas microáreas, serão distribuídos em subgrupos de no máximo quinze pessoas que realizarão quatro sessões semanais inicialmente, em continuidade a duas sessões quinzenais e posteriormente uma reunião mensal com a participação de todos os grupos de tabagismo até completarem assim um ano desde o início do tratamento. Na primeira sessão será realizada a abordagem cognitivo comportamental para a avaliação do grau de dependência do tabaco. Os indivíduos que apresentarem grau elevado de dependência receberão tratamento medicamentoso caso não haja contraindicações clínicas. No tratamento com terapia de reposição de nicotina será oferecido o adesivo transdérmico e a goma de mascar, além do fármaco bupropiona, ressaltando ainda, que os esquemas terapêuticos poderão ser utilizados isoladamente ou combinados. No entanto, as sessões de abordagem cognitivo comportamental serão obrigatórias a todos os participantes e coordenadas por um ou dois profissionais de saúde de nível superior que atue na Unidade de Estratégia de Saúde da Família, inicialmente com quatro sessões semanais, duas sessões quinzenais e uma reunião mensal até completar um ano de acompanhamento. As reuniões com os participantes serão realizadas na Unidade de Estratégia de Saúde da Família do município de Rio Claro referentes aos módulos 1 e 2, porém a previsão que o projeto seja iniciado no ano início de 2021 e finalizado no final início de 2022 conforme o cronograma anual de tratamento. **Resultados esperados:** Espera-se que com esta intervenção os índices de usuários dependentes do tabaco e da nicotina se reduza, melhorando a qualidade de vida através de uma ação conjunta dos profissionais da atenção primária e os próprios pacientes, tornando-o ativo e participando nas decisões do processo e tratamento terapêutico.

Palavras-chave: Campanhas para o Controle do Tabagismo, Políticas Públicas de Saúde, Produtos para o Abandono do Uso de Tabaco, Uso de Tabaco

Sumário

1	INTRODUÇÃO	9
2	OBJETIVOS	13
2.1	Objetivo Geral:	13
2.2	Objetivos Específicos:	13
3	REVISÃO DA LITERATURA	15
4	METODOLOGIA	17
5	RESULTADOS ESPERADOS	19
	REFERÊNCIAS	21

1 Introdução

Este estudo será realizado na cidade de Rio Claro, cidade bucólica, localizada no estado do Rio de Janeiro na região do Médio Paraíba. Ocupa uma área de 841,39 km² com aproximadamente 17.000 habitantes distribuídos pelos distritos de Rio Claro, Lídice, Passa Três, São João Marcos e Getulândia. Seus limites estão determinados pelos municípios de Barra Mansa, Volta Redonda, Piraí, Itaguaí, Angra dos Reis, Mangaratiba e Bananal no estado de São Paulo.

O município possui uma área extensa na sua totalidade territorial, com predomínio da atividade rural, com estradas e lugares de difícil acesso dificultando a oferta de saúde nessas localidades. O referenciamento para algumas especialidades médicas e muitas vezes dificuldade na execução de exames de maior custo e a constante falta de carro para o transporte dos funcionários são fatores crônicos de obstáculos a assistência de saúde.

A equipe possui excelente aceitação por parte da população, sendo a equipe da Estratégia de Saúde da Família (ESF) composta por duas equipes formadas por dois médicos; duas enfermeiras na assistência, uma com dupla função de gerenciamento da unidade; além de três técnicos de enfermagem. No momento apresenta nove agentes comunitários de saúde; uma recepcionista e uma funcionária de serviços gerais.

A Unidade Básica de Saúde (UBS) é dividida e atua em quatro microáreas cobertas por um agente comunitário de saúde para cada microárea. A população assistida é de aproximadamente 4.278 pessoas que são divididas em duas equipes e abrange nove microáreas. A equipe na qual o pesquisador faz parte, é denominada módulo 1 sendo responsável pelas microáreas quatro, cinco, seis e sete com um total de 1.807 usuários. Quanto ao perfil de gênero dos usuários deste módulo, tem-se 821 usuários que se identificam como homem e 986 usuários que se identificam como mulheres.

A população é predominantemente urbana, porém com um número considerável de pessoas vivendo e trabalhando em área rural as quais não tem acesso a água potável e a rede de esgoto. A realidade da população assistida é avaliada através de dados estatísticos como número total de usuários, sexo, faixa etária, etnias, escolaridade, moradia, abastecimento de água, rede de esgoto, destino do lixo, visando assim dimensionar suas vulnerabilidades.

Através dos dados do e-SUS, foi realizado um levantamento de informações que apresentam o perfil sócio demográfico e as características da comunidade que demonstraram: 483 famílias apresentam moradia própria e 174 vivem de aluguel; 630 residem em área urbana e 36 em área rural. O acesso ao domicílio é pavimentado em 364 famílias, sendo destas 31 de chão batido. As casas de alvenaria são presentes em quase toda a totalidade das famílias assistidas no total de 570, possuindo energia elétrica em 583 domicílios. O abastecimento de água encanada ocorre em 544 domicílios; poço ou nascente em 55 e 67

não informaram. A água é filtrada em 332 domicílios; 206 destas são clorada; nove água mineral; 59 sem tratamento e 60 não informaram. A rede coletora de esgoto está presente em 296 domicílios; fossa em 172; resíduos eliminados diretamente no rio ou lago em 94; esgoto acéu aberto em 31 e 73 não informaram. O lixo é coletado em 554 domicílios; 42 queimam ou enterram e 70 não informaram.

Diante destes valores, foi possível reconhecer as vulnerabilidades da população assistida com dados estatísticos, sendo as situações mencionadas fatores impactantes nas condições de saúde desta população. No que tange as ações da UBS, são realizados grupos de educação em saúde com pessoas acometidas com as condições crônicas de hipertensão, diabetes mellitus, tabagismo. Ademais outros grupos de gestantes, atividades físicas com o movimento academia da saúde, além de palestras e campanhas de prevenção em doenças e agravos de saúde de maior prevalência.

Nas reuniões de equipe percebemos a importância na coleta e manutenção de dados atualizados para um diagnóstico mais fidedigno baseado nas informações coletadas, entretanto, nossas percepções pessoais foram fundamentais para visualizarmos o elevado número de indivíduos tabagistas em diversas faixas etárias que consequentemente são responsáveis por inúmeros agravos de saúde causados pelo tabaco levando ao aumento dos gastos no município.

O tabagismo caracteriza-se pela dependência de nicotina presente nos produtos derivados de tabaco como: cigarro, charuto, cachimbo, cigarro de palha, cigarrilha, bidi, tabaco para narguilé, rapé, fumo-de-rolô, dispositivos eletrônicos para fumar e outros. É pertencente ao grupo de transtornos mentais e comportamentais em razão do uso de substância psicoativa e é considerado a maior causa evitável de adoecimento e mortes precoces no mundo, além causar um impacto financeiro enorme nos custos com saúde, afastamentos do trabalho e aposentadorias por invalidez.

Possui correlação com diversos tipos de cânceres são bem conhecidas, como no câncer de pulmão, câncer de bexiga, câncer de pâncreas, câncer de fígado, câncer do colo do útero; câncer de esôfago; câncer de rim e ureter; câncer de laringe, câncer na cavidade oral; câncer de faringe; câncer de estômago, câncer de cólon e reto, câncer de traquéia, leucemia mielóide aguda.

Constitui também outro fator de risco para o desenvolvimento de enfermidades, como tuberculose, infecções respiratórias, úlcera gastrintestinal, impotência sexual, infertilidade em mulheres e homens, osteoporose, catarata, entre outras.

As mortes anuais causadas pelo uso do tabaco: 34.999 mortes correspondem a doenças cardíacas, 31.120 mortes por doença pulmonar obstrutiva crônica, 26.651 por outros cânceres, 23.762 por câncer de pulmão, 17.972 mortes por tabagismo passivo, 10.900 por pneumonia, 10.812 por acidente vascular cerebral.

A proposta do projeto de intervenção é incentivar as pessoas a não experimentarem o cigarro e as que já fazem uso procurem tratamento para parar de fumar, além de

promover propaganda informando os riscos relacionados ao tabagismo, ofertando grupos de tabagismo com tratamento integral para estes pacientes. Ademais como uma proposta desafiadora é de apresentar aos gestores gastos expressivos e da importância do combate ao tabagismo, visto a alta incidência de agravos de saúde relacionados ao consumo do tabaco, investimento em políticas públicas de tratamento e prevenção ao hábito de fumar.

O tema citado foi amplamente discutido com a equipe e observamos a relevância dos agravos decorrentes do tema elencado e a importância de criar soluções para a resolução do problema proposto.

2 Objetivos

2.1 Objetivo Geral:

Implementar com a Estratégia de Saúde da Família atuante em uma Unidade Básica de Saúde, no município de Rio Claro no Rio de Janeiro, ações de promoção e de prevenção ao hábito de fumar a comunidade assistida.

2.2 Objetivos Específicos:

1. Desenvolver novos grupos de tabagismo com a mobilização da equipe da Estratégia de Saúde da Família atuante em uma Unidade Básica de Saúde, no município de Rio Claro no Rio de Janeiro,
2. Empenhar da captação de usuários tabagistas, além de oferecer palestras e construção de informativos que estejam disponíveis aos usuários como propagandas; orientações na sala de espera; vídeos educativos; fornecimento de tratamento integral e medicamentoso para promover a redução nos agravos de saúde relacionados ao uso de tabaco.

3 Revisão da Literatura

O Programa Nacional de Controle do Tabagismo (PNCT) desenvolve ações através do Instituto Nacional de Câncer (INCA) em alinhamento com as diretrizes internacionais desde 1989 voltadas para tratamento do tabagismo. Essas ações são baseadas em evidências científicas orientando o tratamento no Sistema Unico de Saúde (SUS) que oferece ao paciente dependente do tabaco um tratamento adequado (INCA, 2020).

O Brasil apresenta desde de 1989 reduções significativas dos níveis populacionais de tabagismo, que eram de 34,8% de no ano de 1989 caindo 20 anos depois para 17,4% e em 2014 para cerca de 10,8% (PORTES et al., 2020).

A abordagem no tratamento do tabagismo na Atenção Primária em Saúde de média complexidade do SUS foi garantido com a Portaria n° 1035 de 31 de maio de 2004. Em 13 de agosto do mesmo ano, o Ministério da Saúde publicou a Portaria n° 442, a qual apresentou como anexos o Plano para Implantação da Abordagem e Tratamento do Tabagismo na rede SUS e o Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas - Dependência à Nicotina. Essas portarias garantem a capacitação dos profissionais de saúde, cadastramento de usuários, além do fornecimento dos medicamentos utilizados no tratamento da dependência à nicotina. A Atenção Primária em Saúde possibilita o acesso universal e contínuo aos serviços de saúde constituindo como a principal porta de entrada para o controle do tabagismo (JÚNIOR, 2020).

O Ministério da Saúde realiza desde 2006, o Sistema de Vigilância de Fatores de Risco e Proteção para Doenças Crônicas por Inquérito Telefônico (Vigitel) que coleta dados sobre o uso do tabaco entre jovens destacando-se como um dos primeiros países a completar a coleta de informações para o inquérito mundial Global Adult Tobacco Survey. Em 2006, ano da primeira edição da pesquisa o percentual de tabagistas era de 15,7%, porém 13 anos após ocorreu uma redução de 40% no consumo do tabaco e queda constante e em 2018 esse percentual já era de 9,3% dos brasileiros. O Vigitel revela ainda que o perfil dos tabagistas vem mudando ao longo dos anos ocorrendo redução significativa do uso do tabaco em todas as faixas etárias. As faixas etárias de 18 a 24 anos de idade redução de 12% em 2006 e 6,7% em 2018, dos 35 e 44 anos 18,5% em 2006 e 9,1% em 2018, entre 45 a 54 anos 22,6% em 2006 e 11,1% em 2018. As mulheres também vêm assumindo um protagonismo importante nesse cenário apontam as pesquisas (BARRETO, 2020).

As políticas públicas incluem ações coletivas e individuais que abrangem a promoção e a prevenção de agravos de saúde reduzindo os danos como na proibição de propagandas, aumento de impostos sobre o cigarro, proibição de consumo do tabaco em locais públicos e campanhas educativas. O objetivo é desenvolver uma atenção integral que impacte a saúde e autonomia das pessoas e nos determinantes e condicionantes de saúde (BRASIL, 2019).

No mundo o câncer de pulmão é responsável por mais de dois terços das mortes

relacionadas ao tabaco. No Brasil, o INCA até o final de 2019, estima 31.270 novos casos de câncer de traqueia, brônquio e pulmão em decorrência do tabagismo, sendo 18.740 em homens e 12.530 em mulheres. O câncer de pulmão é o segundo mais frequente no país e dados do Sistema de Informações sobre Mortalidade demonstram que 27.833 pessoas foram a óbito em 2017, entretanto, o número de mortes e internações é maior quando se considera que o tabagismo causa outras doenças. Segundo o INCA, em 2015, as mortes com relação direta ao uso do tabaco são: doenças cardíacas 34.999; doença pulmonar obstrutiva crônica – DPOC 31.120; outros cânceres 26.651; câncer de pulmão 23.762; tabagismo passivo 17.972; pneumonia 10.900 e por acidente vascular cerebral – AVC 10.812 (PORTES et al., 2020)

O Instituto também afirma que a assistência médica associada ao tabagismo gerou, em 2015, R\$ 39,4 bilhões em custos diretos. Além disso, a perda de produtividade associada ao hábito de fumar, no mesmo ano, chega a R\$ 17,5 bilhões em custos indiretos devido às mortes prematuras e incapacidades. A efetivação do PNCT em nível municipal é um desafio que deve ser encarado pela APS no contexto nacional. O relevante impacto do tabagismo na saúde da população mundial aponta para a importância da superação das limitações e obstáculos que dificultam a real implementação do PNCT na atenção básica, como forma de modificação desta grave situação (BRASIL, 2020).

As citações acima tem como objetivo geral demonstrar a importância da implementação de ações na promoção e prevenção ao hábito de fumar, seus agravos de saúde, seus impactos econômicos ao município e ao Instituto Nacional do Seguro Social. A proposta específica de intervenção seria a mobilização da equipe da Estratégia da Saúde da Família e dos gestores do município de Rio Claro localizado no estado Rio de Janeiro, com a finalidade de promover ações na captação de usuários tabagistas, ofertando palestras, informativos, propagandas, além de garantir tratamento integral como preve as diretrizes e a legislação atual.

4 Metodologia

De acordo com a proposta do projeto que buscou incentivar as pessoas a não experimentarem o cigarro e as que já fazem uso procurarem tratamento para parar de fumar, foi idealizado a estratégia de promover divulgações, informando os riscos relacionados ao tabagismo e desenvolvendo grupos de tabagismo com tratamento integral aos munícipes que possuem o hábito de fumar e que estejam cadastrados nos módulos 1 e 2 do programa de Estratégia de Saúde da Família do município de Rio Claro. Para esta construção, foi necessário estruturar e delinear o desenvolvimento das ações da seguinte forma:

Identificar primeiramente a população que possui hábito de fumar referente aos módulos 1 e 2 da população com aproximadamente 4.278 pessoas, as quais serão divididas em duas equipes abrangentes através das nove microáreas; sendo o módulo 1 responsável pelas microáreas 4, 5, 6 e 7 com um total de 1.807 usuários e o módulo 2 com as microáreas 1,2,3,8 e 9 com 2.471 usuários. As fichas cadastrais dos usuários para identificação, serão analisadas e transformadas em dados estatísticos, conforme informações dos dados de identificação como o sexo e a faixa etária. Para execução das ações, tem-se a participação dos agentes comunitários de saúde que serão orientados a informar aos pacientes e a filtrar aqueles que desejam parar de fumar de acordo com o tratamento e ações propostas. Para uma organização e planejamento dos critérios de seleção, os pacientes serão divididas em microáreas já existentes no intuito de captar e formar grupos de no máximo 15 pacientes por microárea. Estes grupos caracterizados pelas respectivas microáreas e serão distribuídos em subgrupos de no máximo quinze pessoas que realizarão quatro sessões semanais inicialmente, em continuidade a duas sessões quinzenais e posteriormente uma reunião mensal com a participação de todos os grupos de tabagismo até completarem assim um ano desde o início do tratamento.

As sessões serão divididas e traçadas da seguinte forma:

Cronograma (2021-2022):

- Na primeira sessão será realizada a abordagem cognitivo comportamental e a avaliação do grau de dependência do tabaco através do Teste de Fagerstrom criado pelo médico dinamarquês Karl Fagerström em 1974 que elaborou o "método de avaliação de Fagerström", hoje, empregado por especialistas para ajudar a definir a melhor estratégia para quem quer largar o cigarro ([FAGERSTRÖM, 2020](#))

Neste teste são realizadas seis perguntas com notas de zero a 10 e ao final obtido total de pontos e o grau de dependência. Os indivíduos que apresentarem grau elevado de dependência como os que fumam vinte ou mais cigarros por dia; fumam o primeiro cigarro em até 30 minutos após acordar e consomem no mínimo 10 cigarros por dia; fumantes que já tentaram parar de fumar anteriormente e não conseguiram; apresentando um escore de Fagerstrom igual ou maior que cinco receberão tratamento medicamentoso caso não haja

Tabela 1 –

Primeira sessão com no máximo 15 participantes.	Abordagem cognitivo comportamental + Avaliação do grau de dependência do tabaco (Teste de Fagerstrom).
Segunda, Terceira e Quarta sessões semanais.	Terapia de reposição de nicotina e ou farmacológica + Abordagem cognitivo comportamental.
Duas sessões quinzenais .	Terapia de reposição de nicotina e ou farmacológica + Abordagem cognitivo comportamental.
Sessões mensais com a participação de todos os grupos.	Prevenção de recaídas até completar um ano de acompanhamento.
Finalização após 1 ano de tratamento e acompanhamento.	Avaliação dos resultados no prazo proposto após um ano de tratamento.

contraindicações clínicas.

- Na sessão de terapia de reposição de nicotina serão oferecidos o adesivo transdérmico e a goma de mascar, além do fármaco bupropiona. Vale ressaltar, que os esquemas terapêuticos poderão ser utilizados isoladamente ou combinados. No entanto, as sessões de abordagem cognitivo comportamental serão obrigatórias a todos os participantes e coordenadas por um ou dois profissionais de saúde de nível superior que atue na Unidade de Estratégia de Saúde da Família; inicialmente com quatro sessões semanais, duas sessões quinzenais e uma reunião mensal até completar um ano de acompanhamento.

As reuniões com os participantes serão realizadas na Unidade de Estratégia de Saúde da Família do município de Rio Claro referentes aos módulos 1 e 2, porém a previsão que o projeto seja iniciado no ano início de 2021 e finalizado no final início de 2022 conforme o cronograma anual de tratamento e acompanhamento dos pacientes participantes.

5 Resultados Esperados

O esforços de prevenção e de tratamento ao tabagismo têm sido realizados pela rede pública de saúde ao longo dos anos e constitui-se a maior causa de morte evitável no mundo. Os programas e estratégias de educação em saúde, são efetivos na cessação do tabaco, porém as dificuldades de acesso à medicação e aos recursos humanos qualificados ainda são um problema importante a ser enfrentado. Convencer os gestores da importância no combate ao tabagismo é outro passo que deve ser considerado, visto a alta incidência de agravos de saúde relacionadas ao consumo do tabaco. O projeto de intervenção tem como meta promover ações de orientação e prevenção informando os riscos relacionados ao tabagismo para que as pessoas não experimentem o cigarro e a ofertar tratamento integral aos que já são fumantes.

O planejamento e execução das ações idealizadas serão formados por grupos de no máximo quinze pessoas, coordenados por um ou dois profissionais de nível superior atuantes na UBS e que façam parte da equipe referentes aos módulos 1 e 2.

Ações de prevenção como a realização de orientações na sala de espera, atividades em grupo acerca dos riscos do tabagismo são uma boa oportunidade para o esclarecimento de informações sobre malefícios do cigarro, além da troca de conhecimentos e experiências. Os espaços fora das unidades também devem ser incluídos através de palestras, grupos de discussão em escolas e abordagem sobre o tema nas atividades escolares.

Os fumantes passarão por uma abordagem cognitivo comportamental e consequente avaliação do grau de dependência do tabaco, poderão se beneficiar do apoio medicamentoso e participarão obrigatoriamente das sessões de abordagem cognitivo comportamental na Unidade de Estratégia de Saúde da Família. Os tratamentos ofertados serão a terapia da reposição de nicotina, através de adesivo transdérmico ou goma de mascar e o antidepressivo bupropiona. Não havendo contra indicações clínicas, os esquemas terapêuticos poderão ser utilizados isoladamente ou combinados. Os resultados esperados a longo prazo são a diminuição dos agravos de saúde e consequentemente redução nos gastos com as comorbidades causadas pelo cigarro, além da redução dos custos relacionados com instituto nacional de seguro social.

Esperam-se taxas superiores a cinquenta por cento de abstinência nesses pacientes no prazo proposto de um ano de tratamento e acompanhamento.

Referências

- BARRETO, I. F. *Tabaco: a construção das políticas de controle sobre seu consumo no Brasil*. 2020. Disponível em: <https://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-59702018000300797>. Acesso em: 10 Jun. 2020. Citado na página 15.
- BRASIL, M. da Saúde do. *VIGILÂNCIA DE FATORES DE RISCO E PROTEÇÃO PARA DOENÇAS CRÔNICAS POR INQUÉRITO TELEFÔNICO*. Brasília, DF: Editora MS/CGDI, 2019. Citado na página 15.
- BRASIL, M. da Saúde do. *Brasil é o 2º país a alcançar as medidas de combate do tabaco da OMS*. 2020. Disponível em: <<https://www.saude.gov.br/noticias/agencia-saude/45616-brasil-e-o-2-pais-a-alcancar-as-medidas-de-combate-do-tabaco-da-oms>>. Acesso em: 10 Jun. 2020. Citado na página 16.
- FAGERSTRÖM, T. D. Teste de fagerström: Uma estimativa da dependência à nicotina. *Sociedade de Pneumologia e Tisiologia do Estado do Rio de Janeiro*, p. 1–1, 2020. Citado na página 17.
- (INCA), I. N. de Câncer José Alencar Gomes da S. *Programa Nacional de Controle do Tabagismo*. 2020. Disponível em: <<https://www.inca.gov.br/programa-nacional-de-controle-do-tabagismo/tratamento>>. Acesso em: 10 Jun. 2020. Citado na página 15.
- JÚNIOR, M. G. *Como é o manejo do tabagismo na atenção primária?* 2020. Disponível em: <<https://pebmed.com.br/como-e-o-manejo-do-tabagismo-na-atencao-primaria/>>. Acesso em: 10 Jun. 2020. Citado na página 15.
- PORTES, L. H. et al. *Ações voltadas para o tabagismo: análise de sua implementação na Atenção Primária à Saúde*. 2020. Disponível em: <https://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232014000200439>. Acesso em: 10 Jun. 2020. Citado 2 vezes nas páginas 15 e 16.