

# Avaliação do programa de controle do tabagismo em um centro de saúde de São Luís – MA\*

*Control program evaluation smoking in a center of São Luís health - MA*

**Sophia Marta Mendes Costa\***

**Daisy Maria Conceição dos Santos\*\***

Universidade CEUMA, Pró-Reitoria de Graduação da Área de Saúde, Coordenação do Curso de Enfermagem

## RESUMO

Tabagismo é considerado pela Organização Mundial de Saúde uma doença, pois a nicotina que o cigarro contém causa dependência e provoca alterações físicas, emocionais e comportamentais na pessoa que fuma. O estudo objetiva avaliar o programa de controle do tabagismo no Centro de Saúde da Liberdade. Tratou-se de um estudo descritivo, prospectivo de caráter quantitativo. O instrumento para a coleta de dados foi um questionário, com perguntas fechadas de forma a esclarecer os objetivos da pesquisa. A amostra foi constituída por todos os usuários atendidos pelo programa no período da pesquisa, totalizando 25 usuários. Conclui-se que 68% dos participantes da pesquisa eram do sexo feminino, 28% estavam na faixa etária entre 51 a 60 anos, no quesito escolaridade 48% tinham o ensino médio. Sobre a quantidade de cigarros por dia que a pessoa fazia uso antes de iniciar o Programa, 40% participantes afirmou que fumava menos de 10 cigarros por dia, no que diz respeito à idade que utilizou o primeiro cigarro, 44% referiram que iniciaram 10 a 15 anos. Quanto aos motivos que o levaram a fumar onde 12% relatam que foi devido a ansiedade e 84% citaram que foram outros motivos. Depois das reuniões do Programa 80% dos participantes informaram que pararam de fumar, 72% afirmaram ter doença crônica e 52% relataram a falta de apoio familiar como a principal dificuldade na sua permanência no programa. Dessa forma, percebe-se que o sucesso da adesão e manutenção desse paciente depende não só da história clínica mas também do apoio familiar.

**Palavras-chave:** Tabagismo. Programa de Controle. Dependência.

## ABSTRACT

Smoking is considered by the World Health Organization disease because nicotine cigarette that contains addictive and causes physical, emotional and behavioral disorders in people who smoke. The study aims to evaluate the tobacco control program at the Health Centre of Liberty. This was a descriptive, prospective study of quantitative character. The instrument for data collection was a questionnaire with closed questions in order to clarify the research objectives. The sample consisted of all users served by the program during the study period, a total of 25 users. It was concluded that 68% of the survey participants were female, 28% were aged between 51 to 60 years, in the category education 48% had high school. on the number of cigarettes per day that the person had used before starting the program, 40% participants said smoking less than 10 cigarettes per day, with regard to age who used the first cigarette, 44% said that began 10 to 15 years. As for the reasons that led him to smoke where 12% report that was due to anxiety and 84% said there were other reasons. After the meetings of the program 80% of participants reported that they had quit smoking, 72% reported chronic disease and 52% reported a lack of family support as the main difficulty to stay in the program. Thus, it is clear that the success of accession and maintenance of this patient depends not only on medical history but also the family support.

**Keywords:** Smoking. Control Program. Dependency.

\*Projeto de Pesquisa apresentado à disciplina Fundamentos da Pesquisa, do Curso de Enfermagem da Universidade Ceuma, como parte dos requisitos para a elaboração do Artigo Científico. Orientadora: Enf<sup>a</sup>. Me. Daisy Maria Conceição dos Santos.

\*Aluna do curso de Graduação da Universidade Ceuma. E-mail: sophia@hotmail.com

\*\*Orientadora. Enfermeira. Professora da Universidade Ceuma

## INTRODUÇÃO

O tabagismo é a principal causa de morte evitável no planeta segundo a Organização Mundial da Saúde é considerado um problema de saúde pública, em razão da alta prevalência de fumantes e da mortalidade decorrente das doenças relacionadas ao tabaco (BRASIL, 2011).

A prevalência de fumantes no mundo é de 1,3 bilhão, considerando-se pessoas de 15 ou mais anos, constituindo um terço da população global. Desses, 900 milhões estão em países em desenvolvimento e 250 milhões são mulheres. O consumo anual é de 7 trilhões e 30 bilhões de cigarros, correspondendo a 20 bilhões por dia; cerca de 75.000 toneladas de nicotina são consumidas por ano, das quais 200 toneladas são diárias. No Brasil, há 27,9 milhões de fumantes, consumindo 110 bilhões de cigarros por ano, acrescidos de 48 bilhões procedentes de contrabando (BRASIL, 2011).

A fumaça do cigarro tem mais de 4,7 mil substâncias tóxicas. O alcatrão, por exemplo, é composto de mais de 40 compostos cancerígenos. Já o monóxido de carbono (CO) em contato com a hemoglobina do sangue dificulta a oxigenação e, conseqüentemente, ao privar alguns órgãos do oxigênio causa doenças como a aterosclerose (que obstrui os vasos sanguíneos). A nicotina é considerada pela Organização Mundial da Saúde (OMS) droga psicoativa que causa dependência. Ela também aumenta a liberação de catecolaminas, que contraem os vasos sanguíneos, aceleram a frequência cardíaca, causando hipertensão arterial.

O tabagismo está relacionado a mais de 50 doenças sendo responsável por 30% das mortes por câncer de boca, 90% das mortes por câncer de pulmão, 25% das mortes por doença do coração, 85% das mortes por bronquite e enfisema, 25% das mortes por derrame cerebral. Segundo a Organização Mundial da Saúde (OMS), todo ano mais de cinco milhões de pessoas morrem no mundo por causa do cigarro. E, em 20 anos, esse número chegará a 10 milhões se o consumo de produtos como cigarros, charutos e cachimbos continuar aumentando (BRASIL, 2014).

Segundo o Instituto Nacional do Câncer (INCA), vinculado ao Ministério da Saúde, o tabaco também tem relação com a impotência sexual e infertilidade masculina, pois, segundo estudos, prejudica a mobilidade do espermatozóide. Os mesmos prejuízos também são atribuídos ao cachimbo e ao charuto. Apesar de não serem tragáveis, possuem uma concentração de nicotina maior, que é absorvida pela mucosa oral (BRASIL, 2014).

Não só o fumo ativo, mas o passivo também aumenta os riscos de doença. Sete não fumantes morrem por dia em consequência do fumo passivo. O tabagismo passivo aumenta em 30% o risco para câncer de pulmão e 24% o risco para infarto (BRASIL, 2014).

A mortalidade anual relacionada ao tabaco, no mundo, é de 5,4 milhões de pessoas, sendo um óbito a cada dez adultos, dos quais 70% em países em desenvolvimento. No Brasil, ocorrem 200 mil óbitos por ano (BRASIL, 2011).

A previsão para o ano 2020 é ocorrerem, no mundo, 10 milhões de óbitos, sendo 7 milhões nos países em desenvolvimento. A mortalidade nos adultos está sendo maior que o número de óbitos por HIV, malária, tuberculose, alcoolismo, causas maternas, homicídios e suicídios combinados (BRASIL, 2011).

No Brasil, o número de fumantes permanece em queda. Segundo o Vigitel (Vigilância de Fatores de Risco e Proteção para Doenças Crônicas por Inquérito Telefônico) 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).

O fumante faz (segundo pesquisa realizada pelo Centro de Pesquisa Econômica e Negócios, no Reino Unido) em média 4 pausas de 10 minutos para fumar durante o dia o que pode gerar cerca de US\$ 14, 5 bilhões de custo por ano às empresas. Essa atitude não só afeta as empresas, mas a saúde dos profissionais trabalhadores. No Brasil as empresas oferecem diversos programas aos seus empregados tudo para melhorar a qualidade de vida, reduzir absenteísmo e aumentar a produtividade e reduzir custos com assistência a saúde, uma vez que o fumante é um doente potencial (CATHO, 2014)

Segundo o Brasil (2012), em São Luís (MA), o número de fumantes reduziu 33%, passando de 12%, em 2006, para 8%, em 2012. Revelou, ainda, que os homens continuam fumando mais. Em 2006, o índice percentual era de 16%, passando para 12%, em 2012. Já entre as mulheres, esse dado era de 8%, em 2006, reduzindo para 4%, em 2012. O levantamento revela ainda que, na capital do Maranhão, a frequência de fumantes passivos no domicílio é de 12%, sendo 11% em homens e 13% em mulheres. Além disso, a frequência entre pessoas que fumam 20 ou mais cigarros por dia em São Luís é de 2%: 2% homens e 2% mulheres (BRASIL, 2015).

Pensando nisso o Instituto Nacional do Câncer (INCA, 2015), desenvolveu o Programa Nacional de Combate ao Tabagismo que tem como objetivo reduzir a prevalência de fumantes e a conseqüente morbimortalidade relacionada ao consumo de derivados do tabaco, seguindo um modelo no qual ações educativas, de comunicação, de atenção à saúde, associadas às medidas legislativas e econômicas, se potencializam para prevenir a iniciação do tabagismo, promover a cessação de fumar e proteger a população da exposição à fumaça ambiental do tabaco (INCA, 2015).

## METODOLOGIA

Tratou-se de um estudo descritivo, prospectivo de caráter quantitativo, escolhido pela essência da pesquisa dispor de instrumentos técnicos, pois segundo Marconi (2005), a finalidade observar, registrar e analisar os fenômenos ou sistemas técnicos, sem, contudo entrar no mérito dos conteúdos.

Conforme Fuzzi (2010), diz que em razão de sua maior precisão e confiabilidade, os estudos quantitativos são mais indicados para o planejamento de ações coletivas, pois seus resultados são passíveis de generalização, principalmente quando as amostras pesquisadas representam, com fidelidade, a população de onde foram retiradas.

Na pesquisa prospectiva, o estudo foi conduzido a partir do momento presente e caminha em direção ao futuro (MARCONI, 2005). A investigação foi desenvolvida com os pacientes tabagistas atendidos no Centro de Saúde da Liberdade. Trata-se de unidade vinculada à Secretaria Municipal de Saúde de São Luís – MA, referência para o atendimento de pacientes tabagistas onde existe o Programa de Controle do Tabagismo implantado.

O município de São Luís está organizado em sete Distritos Sanitários, seis na zona urbana (Centro, Bequimão, Cohab, Coroadinho Itaqui-Bacanga e Tirirical) e um na zona rural (Vila Esperança).

O Centro de Saúde ainda dispõe de quatro equipes de Saúde da Família, quatro enfermeiros, cinco técnicos de enfermagem, um técnico de saúde bucal, quatro clínicos gerais, dois cirurgiões dentistas, uma assistente social, uma fisioterapeuta, um ginecologista obstetra e uma pediatra. Estão implantados nesse serviço os programas de Controle da Hipertensão e do Diabetes, Eliminação da Hanseníase, Controle da Tuberculose, Atenção a Saúde da Mulher, Atenção a Saúde da Criança e Saúde Bucal. Os procedimentos realizados são basicamente vacinas, curativos, nebulizações administração de medicamentos, consultas de enfermagem e médica, além de atendimentos individuais e grupais pela assistente social e psicóloga.

A amostra foi constituída por 25 usuários atendidos pelo programa no período da pesquisa. Foram incluídos no estudo, usuários participantes do Programa de Controle de Tabagismo no Centro de Saúde da Liberdade. Foram excluídos do estudo os usuários que não participaram pelo menos de duas reuniões comportamentais e os não aceitaram participar da pesquisa.

Como instrumento de pesquisa, foi elaborado pela própria autora, um questionário contendo perguntas e respostas fechadas com questões inerentes à saúde e prontuários dos participantes do programa.

Os dados foram coletados pela própria pesquisadora através de entrevista, durante os meses de fevereiro e março/16, no período da manhã.

Os dados obtidos foram agrupados de acordo com sua especificidade, em função de sua preferência absoluta e dos índices percentuais analisados, compilados e apresentados na forma de gráficos e tabelas no programa *Microsoft Excel* versão 2010.

O estudo obedeceu aos aspectos éticos e legais e pesquisa em seres humanos de acordo com as recomendações do Conselho Nacional de Saúde e a Resolução 466/12, que trata das diretrizes e normas de pesquisa envolvendo seres humanos.

Foi oferecido aos participantes do Programa de Controle de Tabagismo que aceitarem a participar da pesquisa o TCLE (Termo de Consentimento Livre e Esclarecido), esclarecendo os objetivos da pesquisa.

Foi enviado ao diretor do Centro de Saúde um Termo de Compromisso, comprometendo-se o caráter da pesquisa somente para fins acadêmicos, bem como mantendo sigilo dos nomes dos participantes.

## RESULTADOS E DISCUSSÃO

Nesta pesquisa foi feita a opção de delinear resultados e discussões em um mesmo capítulo, proporcionando um melhor entendimento sobre o assunto abordado.

Conforme a Tabela 1 observa-se que 68% (17) dos participantes da pesquisa eram do sexo feminino, 28% (7) estavam na faixa etária entre 51 a 60 anos e com o mesmo valor, foi encontrada a faixa etária mais de 60 anos. No quesito escolaridade 48% (12) tinham o ensino médio.

De acordo com Dantas et al. (2009) nos últimos anos, as mulheres vêm superando esses números em relação ao sexo masculino. Essa mudança provém de ações cotidianas e rotineiras.

De acordo com um trabalho, feito pela Fundação Oswaldo Cruz (Fiocruz) junto à Universidade Federal Fluminense (UFF), os autores do estudo se basearam em duas pesquisas, uma de 1989 e outra de 2008, sobre a prevalência de tabagismo entre brasileiros acima de 15 anos de idade. De acordo com o levantamento, a taxa de fumantes diminuiu de 32% para 17,2% nesse período (2008).

De 1989 a 2008, redução do fumo entre quem estudou em universidade foi de 57%, e de 36,7% entre indivíduos com menos de sete anos de escolaridade.

Em estudo semelhante, Giatti e Barreto (2011) a prevalência de fumantes no sexo masculino foi mais elevada entre os homens e aumentou com a idade até a faixa de 45-54 anos, sofrendo leve declínio entre os tinham de 55-64 anos; diminuiu inversamente com a escolaridade e a renda domiciliar per capita.

**Tabela 1 – Distribuição dos aspectos socioeconômicos dos participantes da pesquisa com relação ao sexo, à faixa etária e escolaridade em uma Unidade de Saúde. São Luís - MA, 2016.**

VARIAVEL	N	%
<b>Sexo</b>		
Feminino	17	68,0
Masculino	8	32,0
<b>Faixa etária</b>		
18 a 30 anos	3	12,0
31 a 40 anos	3	12,0
41 a 50 anos	5	20,0
51 a 60 anos	7	28,0
mais de 60 anos	7	28,0
<b>Escolaridade</b>		
não alfabetizado	2	8,0
Fundamental completo	5	20,0
Fundamental incompleto	5	20,0
Médio completo	12	48,0
Superior completo	1	4,0
<b>TOTAL</b>	<b>25</b>	<b>100</b>

**Tabela 2 – Distribuição dos aspectos socioeconômicos dos pacientes com relação à faixa etária e sexo em uma Unidade de Saúde. São Luís - MA, 2016.**

VARIAVEL	N	%
<b>Antes de entrar no programa, você fumava quantos cigarros por dia</b>		
Menos de 10	10	40,0
11 a 20	9	36,0
21 a 30	5	20,0
mais de 31	1	4,0
<b>Com que idade experimentou o primeiro cigarro</b>		
10 a 15 anos	11	44,0
16 a 20 anos	10	40,0
Mais de 21 anos	4	16,0
<b>TOTAL</b>	<b>25</b>	<b>100</b>

A Tabela 2 apresenta resultados onde foi perguntado sobre a quantidade de cigarros por dia que a pessoa fazia uso antes de iniciar o Programa, 40% (10) participantes afirmou que fumava menos de 10 cigarros por dia, no que diz respeito à idade que utilizou o primeiro cigarro, 44% (11) referiram que iniciaram 10 a 15 anos.

Estudo Bortoluzzi et al. (2011) que diverge da referida pesquisa afirma que dentre os fumantes, o número de cigarros consumidos ao dia variou entre dois (mínimo) e sessenta (máximo), com média de 16,6 ( $\pm 10,5$ ) cigarros ao dia. Dentre os fumantes, 18,8% (23) relataram fumar o primeiro cigarro após os 15 anos de idade, e 58,1% (71) fumaram o primeiro cigarro entre 10 e 15 anos de idade, o que corrobora como o atual estudo.

Em relação ao número de cigarros consumidos em um dia, a média encontrada no estudo de Castro et al. 10 foi de 17,9 ( $\pm 11,07$ ), dessa forma, a quantidade de cigarros consumida pode ser utilizada como parâmetro para avaliação da gravidade da dependência.

Ainda Martins e Seidl (2011) ao início do tratamento, o número médio de cigarros/dia para a amostra foi de 24,54 e, quanto ao nível de dependência nicotínica avaliado pelo QNDF, obteve-se média de 6,38 pontos: 20% da amostra n=13 apresentaram níveis muito baixo e baixo, sendo que os níveis elevado e muito elevado totalizaram 64% (n=40). Acrescenta-se que ao entrar no grupo, o objetivo parar de fumar foi quase unânime: 60 pessoas (95,2%) o afirmaram.

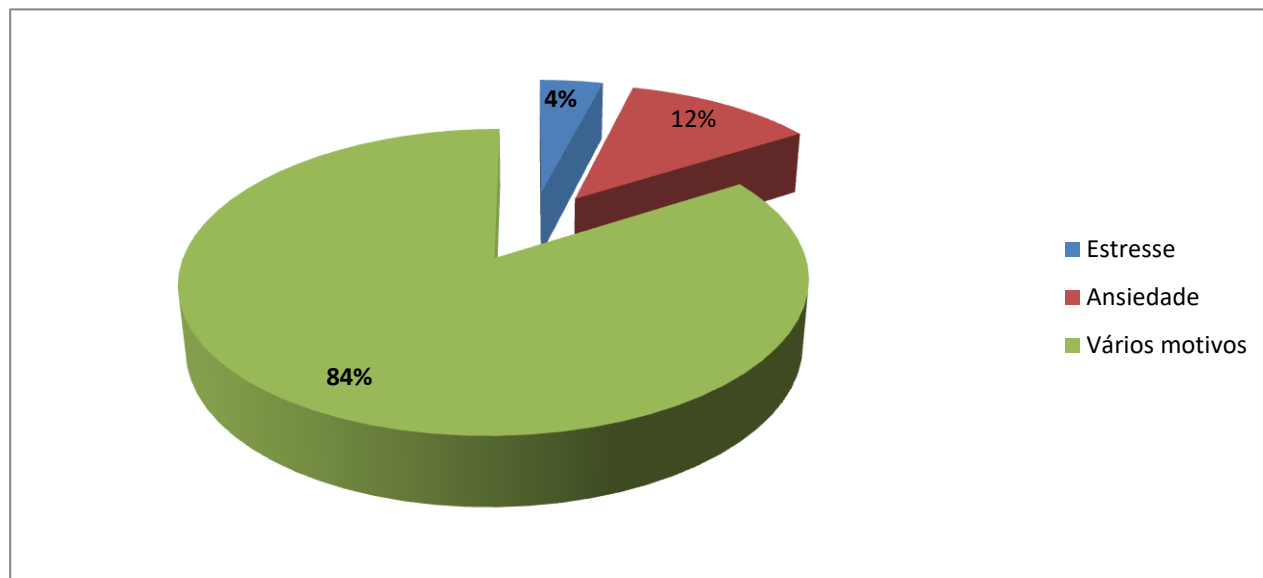


Gráfico 1: Distribuição das justificativas referidas como motivos que o levaram a fumar

Tabela 3 – Distribuição dos aspectos socioeconômicos dos pacientes com relação à faixa etária e sexo em uma Unidade de Saúde. São Luís - MA, 2016.

VARIAVEL	N	%
<b>Depois das reuniões do Programa, você parou de fumar?</b>		
Sim	20	80,0
Não	5	20,0
<b>Você tem alguma doença crônica?</b>		
Sim	7	28,0
Não	18	72,0
<b>Toma algum medicamento diariamente?</b>		
Sim	13	52,0
Não	12	48,0
<b>Qual medicamento?</b>		
Ansiolíticos (controle da ansiedade)	1	4,0
Anti-hipertensivos	3	12,0
Para controle da glicose	1	4,0
Outros	7	28,0
<b>Faz alguma atividade física?</b>		
Sim	1	4,0
Não	24	96,0
<b>O que dificultaria sua permanência no programa?</b>		
Falta de tempo	7	28,0
Difícil acesso ao local	2	8,0
Falta de apoio da família	13	52,0
A falta de interesse em parar de fumar	3	12,0
<b>TOTAL</b>	<b>25</b>	<b>100</b>

O Gráfico 1 apresenta o resultado das justificativas referidas como motivos que o levaram a fumar onde 12% (3) relatam que foi devido a ansiedade e 84% (21) citaram que foram outros motivos.

Corroborando com nosso estudo, pesquisa de Fontenelle (2012) evidenciou que 84% dos pesquisados indicaram também como motivo de usar o cigarro a questão da ansiedade e as situações estressantes.

Em estudo semelhante, Martins e Seidl (2011) encontraram 26 pessoas referindo o início do tabagismo influenciado de pares ou colegas, tendo sido a categoria mais frequente, seguida da influência de familiares, com vinte ocorrências. Evidenciou-se, a partir dos relatos, que a participação de familiares permeou outras categorias como contato com cigarro por demanda de terceiros (dez registros), pois na maioria dos casos eram os pais e avós que mandavam os participantes, ainda crianças, acenderem cigarro e entregar-lhes, o que favoreceu a iniciação do tabagismo para essas pessoas.

Gigliotti, Carneiro e Ferreira (2001) destacam que cerca de um terço dos tabagistas apresentam sintomas de ansiedade e depressão. Existem ainda evidências de que a influência entre tabagismo e depressão seja recíproca. Assim, alguns fumantes deprimidos podem usar o tabaco para aliviar seus sentimentos negativos, enquanto que esse comportamento seria reforçado positivamente face à ação da nicotina; diante da cessação do uso do tabaco, estariam mais propensos a desenvolverem novo episódio depressivo, aumentando seu risco de recaída (RONDINA et al., 2004).

A tabela 3 demonstra que depois das reuniões do Programa 80% (20) dos participantes informaram que pararam de fumar, 72% (18) afirmaram ter doença crônica, pouco mais da metade, 52% (13) fazem uso de medicamento diariamente. Dos medicamentos utilizados 12% (3) referiram utilizar anti-hipertensivos, 96% (24) dos participantes não fazem atividade física. Abordados sobre o que dificultaria sua permanência no programa 52% (13) relatou a falta de apoio familiar.

Considerando que, se o participante acha que os profissionais envolvidos no Programa de Controle de Tabagismo, repassaram as informações com clareza, 100% afirmou que sim, e quanto a questão se indicaria o Programa, o resultado também foi de 100% afirmativo, sim indicariam o Programa.

## CONCLUSÃO

Nossos resultados confirmam que a ha maior prevalência de tabagismo entre homens, independentemente da escolaridade, da renda e da presença ou não de problemas de saúde diretamente relacionados ao tabagismo. Os resultados mostraram ainda que as prevalências de tabagismo na população economicamente ativa foram mais elevadas nos homens inseridos em trabalhos sem proteção social.

Assim, enquanto não existir a dimensão do problema, parece difícil para o tabagista sentir as dimensões das suas consequências. Uma forma de sentir o efeito e de testar a capacidade de controle sobre a abstinência da nicotina é o teste de medir o intervalo máximo de tempo entre dois cigarros fumados durante uma semana.

## REFERENCIAS

BRASIL.Instituto Nacional de Câncer-INCA. Programa Nacional de Controle do Tabagismo – 10/04/2015.

Disponível em:

<[http://www2.inca.gov.br/wps/wcm/connect/acoes\\_programas/site/home/nobrasil/programa-nacional-controle-tabagismo](http://www2.inca.gov.br/wps/wcm/connect/acoes_programas/site/home/nobrasil/programa-nacional-controle-tabagismo)> Acesso em:10 set. 2015.

\_\_\_\_\_,Plano de ações estratégicas para o enfrentamento das doenças crônicas não transmissíveis (DCNT) no Brasil 2011-2022. Brasília: Ministério da Saúde, 2011.

\_\_\_\_\_.Ministério da Saúde. População de fumantes cai 33% em São Luís – 29/08/2013. Disponível em: <<http://portalsaude.saude.gov.br/index.php/cidadao/principal/agenciasaude/noticias-antiores-agencia-saude/5700-populacao-de-fumantes-cai-33-em-sao-luis>> Acesso em: 10 de set. 2015.

CATHO. Tabagismo x produtividade das empresas - 19/03/2014. Disponível

em:<<http://www.catho.com.br/carreira-sucesso/noticias/tabagismo-x-produtividade-das-empresas>>. Acesso em: 10 set. 2015.

FONTENELLE, Leonardo. Sobre os 10 motivos para parar fumar. Disponível em: <http://leonardof.med.br/2010/05/10/10-motivos-para-fumar/>. Acesso em: 13 de maio de 2016

FUZZI, Ludmila Pena. Metodologia Científica -2010.

Disponível em:

<<http://profludfuzzimetodologia.blogspot.com.br/2010/03/o-que-e-pesquisa-de-campo.html>> Acesso em: 12 de set. 2015.

GIATTI, Luana; BARRETO, Sandhi Maria. Tabagismo, situação no mercado de trabalho e gênero: análise da PNAD 2008. Cad. Saúde Pública vol.27 n.º.6 Rio de Janeiro Jun. 2011.

INSTITUTO NACIONAL DE CÂNCER INCA. A situação do tabagismo no Brasil: dados dos inquéritos do Sistema Internacional de Vigilância, da Organização Mundial da Saúde, realizados no Brasil, entre 2002 e 2009. Rio de Janeiro: Inca, 2011. 76 p.

LEMMENS, V.; et al. Instituto Nacional de Câncer José Alencar Gomes da Silva. Prevenção do tabagismo e outros fatores de risco de doenças crônicas. Disponível em:

<[http://www2.inca.gov.br/wps/wcm/connect/acoes\\_programas/site/home/nobrasil/programa-nacional-controle-tabagismo/programa-saber-saude](http://www2.inca.gov.br/wps/wcm/connect/acoes_programas/site/home/nobrasil/programa-nacional-controle-tabagismo/programa-saber-saude)> Acesso em: 10 set.2015.

MARCONI, Marina de Andrade; LAKATOS, Eva Maria. Fundamentos de metodologia científica. 6ª ed. São Paulo, SP: Atlas, 2005.

MARTINS, Karla Cristina; SEIDL, Eliane Maria Fleury. Mudança do comportamento de fumar em participantes de grupos de tabagismo. Psic.: Teor. e Pesq. vol.27 no.1 Brasília Jan./Mar. 2011.

REICHERT, J.; et al. Diretrizes para cessação do tabagismo –2008. *Jornal Brasileiro de Pneumologia*, v. 34, n. 10, p.845-880, 2008.

RONDINA, R.C.; GORAYEB, R.,; BOTELHO, C. (2004). A dinâmica psicológica do tabagismo: O papel de características de personalidade, psicopatologia, fatores genéticos e neurobiológicos no comportamento de fumar tabaco. Monografia, Cuiabá: Entrelinhas.

SOCIEDADE DE CARDIOLOGIA DO ESTADO DO RIO DE JANEIRO. Costa et. al Programa Multiprofissional de Controle do Tabagismo: aspectos relacionados à abstinência de longo prazo Disponível em: <<http://www.rbconline.org.br/artigo/programa-multiprofissional-de-controle-do-tabagismo-aspectos-relacionados-a-abstinencia-de-longo-prazo/>> Acesso em: 12 set. 2015.