



SECRETARIA
DE ESTADO DA SAÚDE



GOVERNO
DE GOIÁS

Boletim Epidemiológico

Volume 20, Número 1

Gerência de Vigilância Epidemiológica/Superintendência de Vigilância em Saúde/Secretaria de Estado da Saúde de Goiás

Programa de Controle do Tabagismo em Goiás: Resultados do 3º Quadrimestre de 2017

Leilinéia Pereira Ramos de Rezende Garcia¹, Mayara Silva Rodrigues Borges², Selma Alves de Oliveira Tavares³

¹Enfermeira, Especialista em Vigilância em saúde e Saúde do Adulto e do Idoso. GVE/SUVISA/SES-GO. Goiânia, GO, Brasil. Lattes:<http://lattes.cnpq.br/3149098566711484>

²Enfermeira, Especialista em Análise de Situação de Saúde. GVE/SUVISA/SES-GO. Goiânia, GO, Brasil. Lattes:<http://buscatextual.cnpq.br/buscatextual/visualizacv.do?id=K4238755H3>

³Educadora, Especialista em Vigilância em saúde e Epidemiologia. GVE/SUVISA/SES-GO. Goiânia, GO, Brasil. Lattes:<http://lattes.cnpq.br/8240524319452166>

Recebido: 12/05/2018

Aceito: 05/02/2019

Publicado: 08/02/2019

Email:gve.suvisa@gmail.com

Descritores: Tabagismo; Avaliação em Saúde; Programas Nacionais de Saúde

INTRODUÇÃO

Os malefícios do tabagismo estão amplamente documentados em estudos globais e nacionais^{1,2,3}. De forma geral, os riscos para a saúde decorrem tanto do consumo direto do tabaco como também da exposição ao fumo passivo^{1,2,4,5}.

O tabaco constitui o principal fator de risco para as Doenças Crônicas Não Transmissíveis (DCNT), que são responsáveis por 63% das mortes no mundo¹ e 72% no Brasil^{6,7}. Dentre as doenças relacionadas ao tabagismo, citam-se os cânceres (pulmão, cavidade oral, mama e outros), as doenças respiratórias crônicas, com destaque para as doenças cardiovasculares, além dos prejuízos para o crescimento intrauterino e predisposição a partos prematuros⁴.

A prevalência de tabaco no mundo é elevada e existem importantes variações entre as regiões^{8,9,10}. A Organização Mundial da Saúde (OMS) tem motivado os países a realizar o monitoramento do uso do

tabaco, enquanto medida fundamental para apoiar políticas de controle e inverter o que é considerado uma epidemia. A OMS aponta que, caso nenhuma medida de impacto seja tomada globalmente, as mortes relacionadas ao uso deste produto, projetadas para 2030, chegarão a 8 milhões ou 10% do total das mortes globais^{1,4}.

No Brasil, desde 2006, o número de fumantes diminuiu de 15,7% para 10,1% em 2017. Dados do Ministério da Saúde¹¹⁻²⁵ apontam que a frequência do consumo do tabaco entre os fumantes nas capitais brasileiras reduziu em 36%, no período de 2006 a 2017.

O monitoramento do tabagismo é um compromisso assumido pelo Brasil, desde a aprovação, em 2005, da Convenção-Quadro do Controle do Tabaco da OMS (CQCT-OMS). No entanto, seu controle sistemático tem sido realizado desde 1989, quando o Instituto Nacional de Câncer (INCA) criou o Programa Nacional de Controle do Tabagismo (PNCT), o qual é referência mundial. Esse programa objetiva-se reduzir a prevalência de fumantes e a consequente morbimortalidade por doenças relacionadas ao tabaco, por meio de ações educativas, de comunicação e de atenção à saúde, associadas às medidas legislativas e econômicas, para prevenir a iniciação do tabagismo, promover a cessação de fumar e proteger a população da exposição à fumaça ambiental do tabaco^{26,27}.

Todos os estados brasileiros possuem coordenações locais de controle de tabagismo e desenvolvem ações em consonância com o PNCT e, mais especificamente, com a CQCT^{27,28,29}.

De acordo com a Portaria nº 571²⁹ o atendimento ao usuário deve acontecer individualmente ou em grupos de apoio, nos termos das diretrizes de cuidado à pessoa tabagista no âmbito da Rede de Atenção à Saúde das Pessoas com Doenças Crônicas do Sistema Único de Saúde (SUS).

O tratamento adotado no Brasil inicia-se com uma abordagem mínima (realizada nas consultas de rotina ou em visita domiciliar, com duração de três a cinco minutos) ou intensiva, com uma abordagem cognitivo-comportamental, terapia que combina treinamento de habilidades comportamentais e medicamentos, quando há necessidade. Quanto ao tratamento medicamentoso, quando indicado, é feito por meio da terapia de reposição de nicotina (TRN), com a utilização de adesivos transdérmicos (21, 14 e 7mg) e goma de mascar (2mg) e do antidepressivo cloridrato de bupropiona (150 mg), utilizados individualmente ou em combinação^{28,29,30,31,32}.

Diante desse cenário, o objetivo deste estudo é descrever os resultados do Programa de Controle do Tabagismo em Goiás no último quadrimestre de 2017, verificando assim sua eficácia e efetividade.

MÉTODOS

Trata-se de um estudo descritivo do atendimento realizado por 113 municípios no 3º quadrimestre (01 de setembro a 31 de dezembro) de 2017.

Considerando que os dados referentes ao Programa de Tabagismo são informados com períodos quadrimestrais pelos municípios e que essa prática foi adotada pelo Instituto Nacional do Câncer/ INCA, a partir de setembro de 2017, optou-se por realizar o estudo contemplando apenas os dados de setembro a dezembro do referente ano.

As informações foram coletadas por meio de um formulário, elaborado e preconizado pelo (INCA/MS), disponibilizado no FormSUS, ferramenta criada pelo DATASUS, de uso público, com normas de utilização definidas, compatíveis com a legislação e com a Política de Informação e Informática do SUS. O FormSUS foi desenvolvido para atender a finalidades do SUS e de órgãos públicos parceiros, mas foi colocado à disposição de instituições e universidades para aplicações de interesse público.

As variáveis utilizadas foram: municípios que ofertaram atendimento e tratamento e responderam o questionário; nível de complexidade das unidades de saúde que ofertaram atendimento; número de pessoas atendidas por sexo e faixa etária; adesão ao tratamento; pacientes abstinentes; pacientes que utilizaram alguma medicação.

Para limpeza e análise dos dados, bem como construção dos gráficos, foi utilizado o Excel^(R). E para a confecção do mapa, TabWin32.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

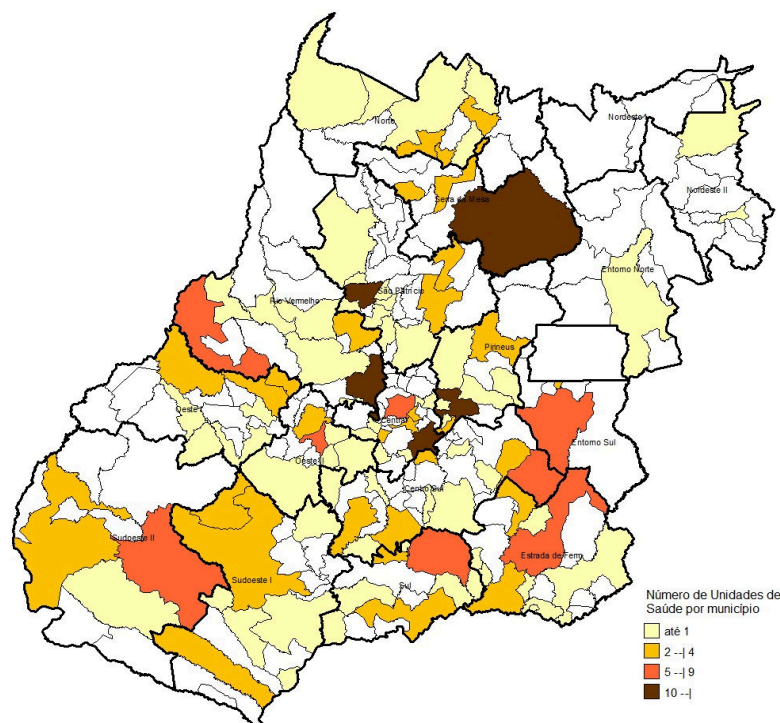
Em Goiás, no último quadrimestre de 2017, 113 municípios ofertaram o tratamento para o tabagismo em 288 unidades de saúde a 3.685 fumantes (Figura 1).

A maior parte das unidades que ofertaram o tratamento pertencem à Atenção Básica de Saúde, como mostra a Figura 2.

Segundo o Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas Dependência à Nicotina²⁸, a oferta de tratamento para dependentes de nicotina deve mesmo ocorrer, prioritariamente, na Atenção Básica (AB), devido ao seu grau de descentralização e capilaridade, podendo ser ofertado na média e alta complexidade, compreendendo Policlínicas, Unidades de Pronto

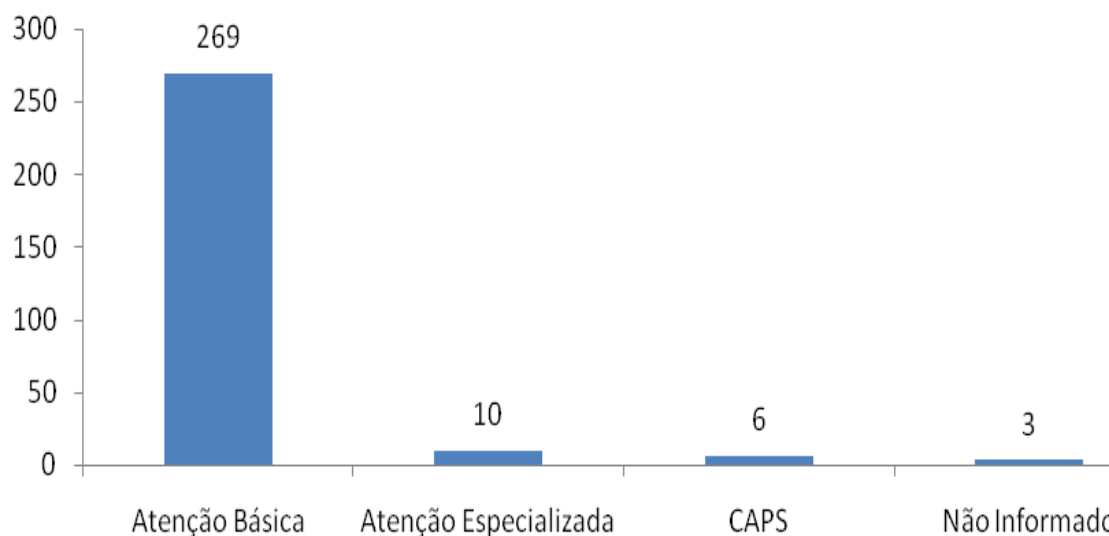
Atendimento – UPAs, Centros de Atenção Psicossocial – CAPS, Hospitais Gerais, dentre outros^{27,28,29}.

Figura 1 - Número de unidades de saúde que ofertaram o tratamento para o tabagismo por município, Goiás, setembro a dezembro de 2017



Fonte: FormSUS/MS

Figura 2 - Tipo de unidades que ofereceram atendimento ao tabagista, Goiás, setembro a dezembro de 2017

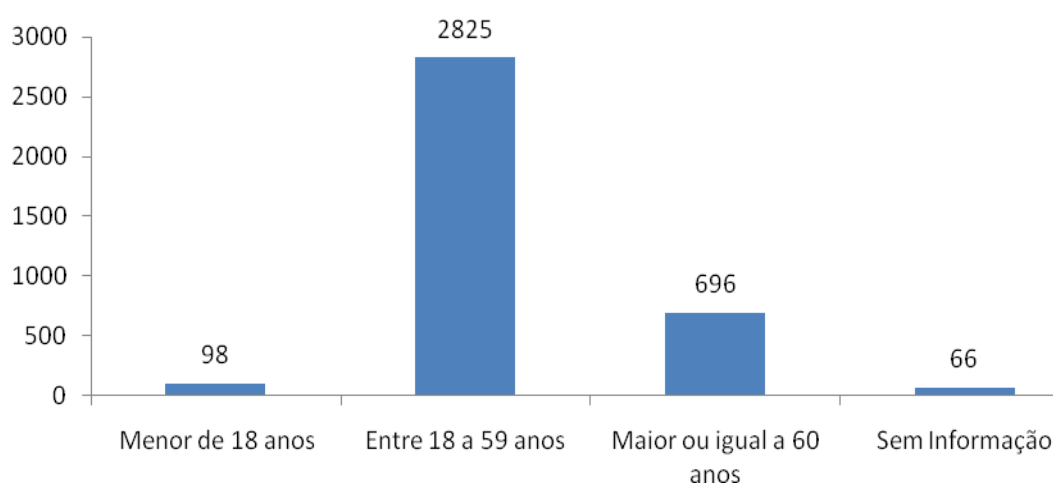


Fonte: FormSUS/MS

A maioria dos pacientes atendidos no período foi do sexo feminino (60%), e concordante com estudo de Russo e Azevedo³⁰ em que 64,2% das pessoas que buscaram tratamento ambulatorial para abandono do tabagismo eram do sexo feminino. Alves et al³¹ relatou que as mulheres são mais cuidadosas com a saúde, têm mais paciência para aguardar em filas e desfrutam de maior disponibilidade.

Com relação à faixa etária, adultos entre 18 e 59 anos foram a maioria, perfazendo um total de 77% dos fumantes que procuraram tratamento (Figura 3).

Figura 3 - Quantitativo de fumantes que buscaram tratamento por faixa-etária, Goiás, setembro a dezembro de 2017



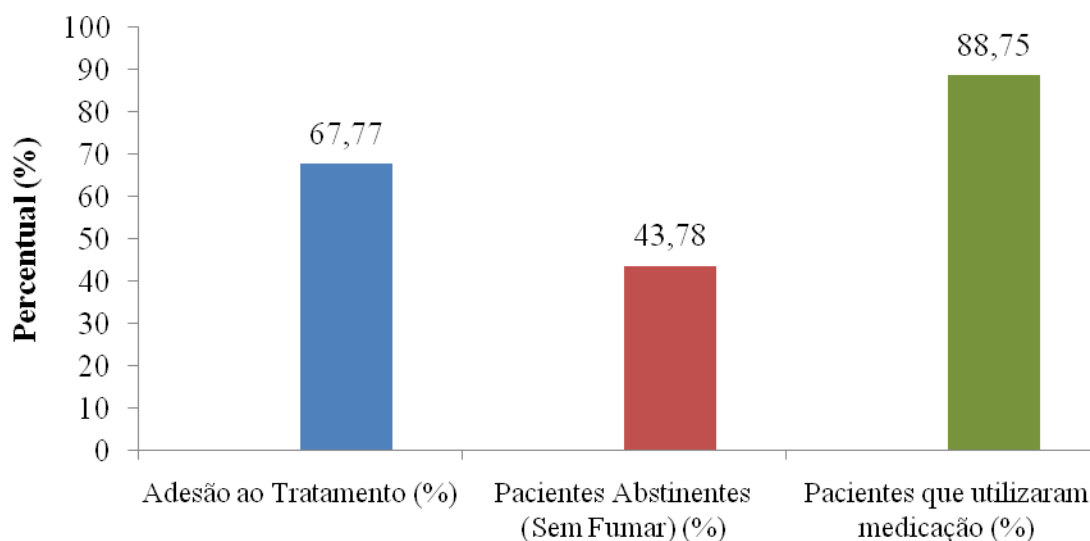
Fonte: FormSUS/MS

Entre os anos de 2006 a 2017, pesquisa realizada nas capitais brasileiras constatou maior prevalência¹¹⁻²² de dependência do tabaco no gênero feminino na faixa etária de 30 a 50 anos e, no masculino, de 18 a 29 anos.

Dos pacientes que aderiram ao tratamento, mais de 40% pararam de fumar (Figura 4).

Salientamos que o indicador “Adesão ao Tratamento” é a quantidade de pessoas que estavam presentes na 4ª sessão de grupo em relação ao quantitativo da 1ª sessão de grupo. “Pacientes abstinentes” são o percentual de pessoas que estavam sem fumar na 4ª sessão de grupo. “Pacientes que utilizaram medicação” são o percentual de pacientes que utilizaram algum tipo de medicação para cessação do Tabagismo.

Figura 4 - Indicadores de tratamento para cessação do Tabagismo, Goiás, setembro a dezembro de 2017



Fonte: FormSUS/MS

O *National Institute for Health and Care Excellence – NICE*³² define como “taxa de sucesso” índice de pelo menos 35% de pacientes em abstinência, após 4 semanas de tratamento, o que demonstra que a taxa de abstinentes em Goiás (43,78%) reflete sucesso.

Em um estudo de coorte realizado no Estado de São Paulo³³ foi observado que no final da quarta semana de tratamento 44,6 % dos pacientes haviam cessado o hábito de fumar, percentuais próximos aos alcançados pelo programa implantado em nosso Estado.

O Ministério da Saúde utiliza como padrão de referência o período de quatro sessões semanais para a coleta e cálculo dos indicadores do tratamento realizado. Suas Diretrizes Terapêuticas²⁸ indicam que um programa de cessação de fumar é considerado efetivo quando se alcança a taxa de cessação de fumar igual ou superior a 30%, após doze meses, sendo que o tabagismo apresenta um padrão evolutivo semelhante ao de doenças crônicas, podendo apresentar períodos de remissões e recidivas.

Em Goiás, mais de 80% dos fumantes que iniciaram o tratamento usaram pelo menos algum dos medicamentos, (Quadro1) disponíveis no programa, o que é um alto índice comparado ao estado do Paraná, 71% e Rio de Janeiro, 63%.

Não há relatos na literatura de um padrão esperado para o uso do medicamento, mas a recomendação do Instituto Nacional do Câncer/MS ao Departamento de Assistência Farmacêutica (DAF) dos Estados, é que apenas 70% das pessoas que participam do grupo de

apoio para cessação de fumar utilizem a farmacoterapia, tendo em vista que a abordagem cognitiva comportamental é o eixo principal do tratamento^{26,27,28}.

Quadro 1 - Medicamentos disponibilizados pelo Programa de Controle de Tabagismo

Medicamentos	Dosagem
Terapia de Reposição de Nicotina	Adesivo Transdérmico 7mg, 14mg e 21mg
	Goma de Mascar 2mg
	Pastilha 2mg
Cloridrato de Bupropiona	Comprimido 150mg

Fonte: Portaria nº 761/SAS/MS de 21 de junho de 2016.

Sabe-se que a farmacoterapia aumenta a chance de abstinência em 2 vezes³⁴. Intervenções farmacológicas e comportamentais têm sido propostas na tentativa de auxiliar indivíduos a pararem de fumar. Embora 80% dos fumantes desejem parar de fumar, apenas 3% conseguem fazê-lo por si mesmos e, somente 7% dos que tentam parar sozinhos se mantêm abstinentes por um período longo de tempo. A taxa de sucesso de abstinência pode aumentar em 15% a 30% com a utilização de intervenções psicossociais e farmacológicas³⁵.

O uso de medicamentos tem um papel bem definido no processo de cessação do tabagismo, que é o de minimizar os sintomas da síndrome de abstinência à nicotina, facilitando a abordagem intensiva do tabagista. Medicamentos não devem ser utilizados isoladamente, e sim em associação com a abordagem. Dessa forma, o tabagista sente menos ansiedade ao parar de fumar, e se sente mais confiante para por em prática as orientações recebidas durante as sessões da abordagem intensiva²⁸.

Entretanto, quanto ao uso da bupropiona, apesar de ser eficaz no tratamento da dependência da nicotina, existem várias condições clínicas que contra-indicam seu uso. A ocorrência de efeitos colaterais é relativamente alta, obrigando a redução da dose ou suspensão do tratamento medicamentoso em até 38% dos casos. A terapia de reposição da nicotina traz bons resultados quando associada à bupropiona, mas também tem restrições e fica excluída da terapêutica dos portadores de doenças cardiovasculares graves^{35,36}.

É preciso levar em conta ainda, inúmeros fatores como características culturais e socioeconômicas dos pacientes, os motivos que os levaram a participar do programa de abandono do fumo (procura espontânea ou motivo de doença, como câncer e DPOC), o grau de dependência da nicotina, o tempo de acompanhamento além de critérios utilizados para avaliar o sucesso do tratamento (objetivos ou subjetivos).

Na prática diária, o principal dado que o profissional de saúde utiliza para avaliar a redução ou abandono do fumo é a informação do próprio paciente.

CONCLUSÃO

O Programa de Controle do Tabagismo de Goiás atendeu 3.685 fumantes, dos quais 88,75% necessitaram utilizar medicamentos, 32,23% desistiram após a primeira sessão de grupo e 43,78% estavam sem fumar no momento da 4ª sessão de tratamento cognitivo-comportamental.

Os dados apresentados demonstraram que o Programa de Controle do Tabagismo em Goiás apresentou resultados positivos, o que é um incentivo para a ampliação do Programa nos municípios estudados e para a implantação naqueles que não o tem.

Além da abordagem preventiva, técnicas terapêuticas e farmacológicas têm sido desenvolvidas, tornando o tratamento desta dependência bastante promissor. A tendência atual é aumentar a utilização de práticas que favoreçam a integralidade dos cuidados à saúde e que envolvam intervenções preventivas, promoção em saúde e a busca de melhoria na qualidade de vida.

O trabalho possibilita estimular os gestores municipais à análise sobre a abrangência da oferta de tratamento e de sua representação atual na cobertura da demanda de fumantes que necessitam de ajuda especializada para cessar o hábito de fumar.

REFERÊNCIAS

1. World Health Organization. Global status report on noncommunicable diseases 2010. Geneva: World Health Organization; p. 108-115. 2011. Disponível em: http://www.who.int/nmh/publications/ncd_report_full_en.pdf Acesso em: 22/02/2018
2. Doll R, Hill AB. Smoking and carcinoma of the lung. Br Med J 1950; 2:739-58. Almeida L, Szklo A, Sampaio M, Souza M, Martins LF, Szklo M, et al. Global Adult Tobacco Survey Data as a tool to monitor the WHO Framework Convention on Tobacco Control (WHO FCTC) implementation: the Brazilian case. Int J Environ Res Public Health 2012; 9:2520-36.
3. Schmidt MI, Duncan BB, Silva GA, Menezes AM, Monteiro CA, Barreto SM, et al. Chronic non-communicable diseases in Brazil: burden and current challenges. Lancet 2011; 377:1949-61.
4. World Health Organization. Global health risks: mortality and burden of disease attributable to selected major risks. Geneva: World Health Organization; p. 02 e 21. 2009. Disponível em: http://www.who.int/healthinfo/global_burden_disease/GlobalHealthRisks_report_full.pdf Acesso em: 22/02/2018.
5. Giovino GA, Mirza SA, Samet JM, Gupta PC, Jarvis MJ, Bhala N, et al. Tobacco use in 3 billion individuals from 16 countries: an analysis of nationally representative cross-sectional household surveys. Lancet 2012; 380:668-79.

6. Malta DC, Moura L, Prado RR, Escalante JC, Schmidt MI, Duncan BB. Mortalidade por doenças crônicas não transmissíveis no Brasil e suas regiões, 2000 a 2011. *Epidemiol Serv Saúde* 2014; 23:599-608. Disponível em: <https://www.scielo.org/article/ress/2014.v23n4/599-608/> Acesso em: 22/02/2018.

7. World Health Organization. WHO report on the Global Tobacco Epidemic 2013: enforcing bans on tobacco advertising, promotion and sponsorship. Geneva: World Health Organization; p.22 2013. Disponível em: http://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/85380/9789241505871_eng.pdf;jsessionid=6E73C1C2A1AE3967D38A4CFECB66F087?sequence=1 Acesso em: 22/02/2018.

8. World Health Organization. MPOWER: a policy package to reverse the tobacco epidemic. Geneva: World Health Organization; p.10-31, 2008. Disponível em: http://www.who.int/tobacco/mpower/mpower_english.pdf Acesso em: 22/02/2018.

9. Monteiro CA, Cavalcante TM, Moura EC, Claro RM, Szwarcwald CL. Population-based evidence of a strong decline in the prevalence of smokers in Brazil (1989-2003). *Bull World Health Organ* 2007; 85:527-34.

10. World Health Organization. WHO global action plan for the prevention and control of NCDs 2013-2020. Geneva: World Health Organization; p.5-9 2013 Disponível em: http://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/94384/9789241506236_eng.pdf?sequence=1 Acesso em: 23/02/2018.

11. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Vigilância de Doenças e Agravos não Transmissíveis e Promoção da Saúde. *Vigitel Brasil 2006: vigilância de fatores de risco e proteção para doenças crônicas por inquérito telefônico: estimativas sobre frequência e distribuição sociodemográfica de fatores de risco e proteção para doenças crônicas nas capitais dos 26 estados brasileiros e no Distrito Federal em 2006*, p. 25-30. Brasília: 2007.

12. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Vigilância de Doenças e Agravos não Transmissíveis e Promoção da Saúde. *Vigitel Brasil 2007: vigilância de fatores de risco e proteção para doenças crônicas por inquérito telefônico: estimativas sobre frequência e distribuição sociodemográfica de fatores de risco e proteção para doenças crônicas nas capitais dos 26 estados brasileiros e no Distrito Federal em 2007*, p. 24-28. Brasília:2008.

13. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Vigilância de Doenças e Agravos não Transmissíveis e Promoção da Saúde. *Vigitel Brasil 2008: vigilância de fatores de risco e proteção para doenças crônicas por inquérito telefônico: estimativas sobre frequência e distribuição sociodemográfica de fatores de risco e proteção para doenças crônicas nas capitais dos 26 estados brasileiros e no Distrito Federal em 2008*, p. 24-27. Brasília:2009.

14. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Vigilância de Doenças e Agravos não Transmissíveis e Promoção da Saúde. *Vigitel Brasil 2009: vigilância de fatores de risco e proteção para doenças crônicas por inquérito telefônico: estimativas sobre frequência e distribuição sociodemográfica de fatores de risco e proteção para doenças crônicas nas capitais dos 26 estados brasileiros e no Distrito Federal em 2009*, p. 32-35. Brasília:2010.

15. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Vigilância de Doenças e Agravos não Transmissíveis e Promoção da Saúde. *Vigitel Brasil 2010: vigilância de fatores de risco e proteção para doenças crônicas por inquérito telefônico: estimativas sobre frequência e distribuição sociodemográfica de fatores de risco e proteção para doenças crônicas nas capitais dos 26 estados brasileiros e no Distrito Federal em 2010*, p. 32-35. Brasília:2011.

16. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Vigilância de Doenças e Agravos não Transmissíveis e Promoção da Saúde. *Vigitel Brasil 2011: vigilância de fatores de risco e proteção para doenças crônicas por inquérito telefônico: estimativas sobre frequência e distribuição sociodemográfica de fatores de risco e proteção para doenças crônicas nas capitais dos 26 estados brasileiros e no Distrito Federal em 2011*, p. 32-35. Brasília:2012.

17. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Vigilância de Doenças e Agravos não Transmissíveis e Promoção da Saúde. *Vigitel Brasil 2012: vigilância de fatores de risco e proteção para doenças crônicas por inquérito telefônico: estimativas sobre frequência e distribuição sociodemográfica de Boletim Epidemiológico. Volume 20, Número 1 – Programa de Controle do Tabagismo em Goiás: Resultados do 3º Quadrimestre de 2017*

fatores de risco e proteção para doenças crônicas nas capitais dos 26 estados brasileiros e no Distrito Federal em 2012, p. 30-33. Brasília:2013.

18. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Vigilância de Doenças e Agravos não Transmissíveis e Promoção da Saúde. Vigitel Brasil 2013: vigilância de fatores de risco e proteção para doenças crônicas por inquérito telefônico: estimativas sobre frequência e distribuição sociodemográfica de fatores de risco e proteção para doenças crônicas nas capitais dos 26 estados brasileiros e no Distrito Federal em 2013, p. 35-38. Brasília:2014.

19. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Vigilância de Doenças e Agravos não Transmissíveis e Promoção da Saúde. Vigitel Brasil 2014: vigilância de fatores de risco e proteção para doenças crônicas por inquérito telefônico: estimativas sobre frequência e distribuição sociodemográfica de fatores de risco e proteção para doenças crônicas nas capitais dos 26 estados brasileiros e no Distrito Federal em 2014, p. 33-36. Brasília:2015.

20. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Vigilância de Doenças e Agravos não Transmissíveis e Promoção da Saúde. Vigitel Brasil 2015: vigilância de fatores de risco e proteção para doenças crônicas por inquérito telefônico: estimativas sobre frequência e distribuição sociodemográfica de fatores de risco e proteção para doenças crônicas nas capitais dos 26 estados brasileiros e no Distrito Federal em 2015, p. 33-36. Brasília:2016.

21. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Vigilância de Doenças e Agravos não Transmissíveis e Promoção da Saúde. Vigitel Brasil 2016: vigilância de fatores de risco e proteção para doenças crônicas por inquérito telefônico: estimativas sobre frequência e distribuição sociodemográfica de fatores de risco e proteção para doenças crônicas nas capitais dos 26 estados brasileiros e no Distrito Federal em 2016, p. 35-38. Brasília:2017.

22. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Vigilância de Doenças e Agravos não Transmissíveis e Promoção da Saúde. Vigitel Brasil 2017: vigilância de fatores de risco e proteção para doenças crônicas por inquérito telefônico: estimativas sobre frequência e distribuição sociodemográfica de fatores de risco e proteção para doenças crônicas nas capitais dos 26 estados brasileiros e no Distrito Federal em 2017, p. 27-30. Brasília:2018.

23. Malta DC, Morais Neto OL, Silva Junior JB. Apresentação do plano de ações estratégicas para o enfrentamento das doenças crônicas não transmissíveis no Brasil, 2011 a 2022. Epidemiol Serv Saúde 2011; 20:425-38.

24. Malta DC, Silva Júnior JB. O plano de ações estratégicas para o enfrentamento das doenças crônicas não transmissíveis no Brasil e a definição das metas globais para o enfrentamento dessas doenças até 2025: uma revisão. Epidemiol Serv Saúde 2013; 22:151-64.

25. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Pesquisa Nacional de Saúde: 2013. Percepção do estado de saúde, estilos de vida e doenças crônicas. Rio de Janeiro: Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística; p. 31-34. 2014.

26. Brasil. Ministério da Saúde. Instituto Nacional de Câncer (Inca). Coordenação de Prevenção e Vigilância - CONPREV. Programa Nacional de Controle do Tabagismo e outros Fatores de Risco - Brasil. Rio de Janeiro: Inca; 2001.

27. Brasil. Ministério da Saúde. Portaria GM/MS/ N. ° 1.575, de 29 de agosto de 2002. Consolida o Programa Nacional de Controle de Tabagismo, e dá outras providências. Diário Oficial da União 2002; 29 ago.

28. Brasil. Ministério da Saúde. Portaria nº 761/SAS/MS, de 21 de junho de 2016. Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas Dependência à Nicotina. Diário oficial da União nº 118, jun. 2016; Seção 1, pg. 68-69.

29. Brasil. Ministério da Saúde. Portaria GM/MS Nº 571 de 05 de abril de 2013. Diário Oficial da União de 08 de abril de 2013, p. 56 e 57.

30. Russo AC, Azevedo RCS. “Fatores motivacionais que contribuem para a busca de tratamento ambulatorial para a cessação do tabagismo em um hospital geral universitário” J Bras Pneumol. 2010;36(5):603-611

Boletim Epidemiológico. Volume 20, Número 1 – Programa de Controle do Tabagismo em Goiás: Resultados do 3º Quadrimestre de 2017

-
31. Alves RF, Silva RP, Ernesto MV, Lima AGB, Souza FM. Gênero e saúde: o cuidar do homem em debate. *Psicologia: Teoria e Prática* – 2011, 13(3):152-166.
32. NICE-National Institute for Health and Clinical Excellence. Smoking cessation services in primary care, pharmacies, local authorities and workplaces, particularly for manual working groups, pregnant women and hard to reach communities. NICE public health guidance. [Acesso em 30 nov 2014]. London; 2008. Disponível em: www.nice.org.uk/PH10
33. Longanezi, Valeria Efetividade do Programa de Tratamento do Tabagismo oferecido pelo SUS no estado de São Paulo/Dissertação (mestrado) – Programa de Mestrado Profissional em Saúde Coletiva da Coordenadoria de Recursos Humanos da Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo. São Paulo, 2016. 100p.
34. C.G.Mazoni et al. “A eficácia das intervenções farmacológicas e psicossociais para o tratamento do tabagismo: revisão da literatura” ISSN (versão eletrônica): 1678-4669 Acervo disponível em: www.scielo.br/epsic.
35. Brasil. Ministério da Saúde. Instituto Nacional de Câncer, Coordenação de Prevenção e Vigilância - Consenso sobre Abordagem e Tratamento do Fumante, Rio de Janeiro, 2001. Disponível em: http://www.saude.sp.gov.br/resources/ses/perfil/profissional-da-saude/homepage//tratamento_fumo_consenso.pdf Acesso em: 22/02/2018.
36. Marques ACPR et AL. “Consenso sobre o tratamento da dependência de nicotina”. *Rev Bras Psiquiatr* 2001; 23: 200-14. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rbp/v23n4/7168.pdf> Acesso em: 30/10/2018.