



Tatiana Cargnelutti

Estratégias motivacionais e o profissional da saúde na cessação do tabagismo

Monografia apresentada à Faculdade de Odontologia de Piracicaba da Universidade Estadual de Campinas, como requisito para obtenção de Título de Especialista em Saúde Coletiva e da Família.

Piracicaba
2014

Tatiana Cargnelutti

Estratégias motivacionais e o profissional da saúde na cessação do tabagismo

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado à
Faculdade de Odontologia de Piracicaba da
Universidade Estadual de Campinas, como requisito
para conclusão do Curso de Especialização em Saúde
Coletiva e da Família.

Orientador: Prof. Ms. Fabrício Narciso
Olivati

Piracicaba
2014

Ficha catalográfica
Universidade Estadual de Campinas
Biblioteca da Faculdade de Odontologia de Piracicaba
Marilene Girello - CRB 8/6159

C191e

Cargnelutti, Tatiana, 1976-
Estratégias motivacionais e o profissional da saúde na
cessação do tabagismo / Tatiana Cargnelutti. --
Piracicaba, SP: [s.n.], 2014.

Orientador: Fabrício Narciso Olivati.
Trabalho de Conclusão de Curso (especialização) –
Universidade Estadual de Campinas, Faculdade de
Odontologia de Piracicaba.

1. Abandono do hábito de fumar. 2. Nicotina. 3.
Profissional de saúde. 4. Políticas públicas. I.
Olivati, Fabrício Narciso, 1976- II. Universidade
Estadual de Campinas. Faculdade de Odontologia
de Piracicaba. III. Título.

Dedicatória

A **Deus** por ter me dado a graça de poder concluir esse trabalho de Especialização em Saúde Coletiva e poder participar da Saúde Pública de nosso Brasil, sendo este um sonho realizado.

Ao meu **esposo Edvaldo**, meu amor, meu amigo e companheiro de todas as horas e maior incentivador de meus estudos.

A minha filhinha **Mariana**, razão da minha existência, que com seu sorriso me faz desejar um mundo melhor.

E a todas as **pessoas significativas** que passaram em minha vida ...minha eterna gratidão.

Agradecimentos

À minha **mãe** (Regina) e meu **padrasto** (Paulo) e a querida **Irene** que permaneceram em meu lugar no cuidado carinhoso de minha filha para que eu pudesse crescer e me aprimorar.

Ao meu querido pai (Dante), à minha madrastra (Raquel) e minha Irma (Thais) pelo carinho e amor recebidos.

Aos meus **superiores** do Distrito Sudoeste da Prefeitura Municipal de Campinas e **Coordenação** do Centro de Saúde Santo Antônio, em especial à **Dra. Denise Cury e Dra. Wanice Quinteiro**, que permitiram a minha participação nesta formação e a minha ausência temporária no centro de saúde.

Aos meus **professores e colegas** da Especialização em Saúde Coletiva da FOP/Unicamp por todo companheirismo e amizade, em especial à **Prof. Dra Jaqueline Vilela Bulgareli** por seu apoio e orientação neste trabalho.

A minha companheira de estudos e viagem, **Jamille Nogueira** que me acompanhou em toda essa trajetória. Obrigada por todo apoio e amizade.

As colegas, e amigas, **Bárbara e Janice**, que em nosso lugar permaneceram incansáveis no atendimento aos pacientes da Equipe de Saúde Bucal.

As minhas colegas e amigas de trabalho (**Deborah, Simone e Terezinha**) e aos **pacientes** do **Grupo de Prevenção e Tratamento ao Tabagismo - Novos Ares** que me inspiraram ao tema deste trabalho para que no futuro mais pessoas sejam saudáveis e felizes sem o vício do tabagismo.

*“Tente de alguma maneira, fazer alguém feliz.
Aperte a mão, de um abraço, um passo em sua direção
Aproxime-se, sem cerimônia.
Dê um pouco de calor do seu coração.
Assente-se bem perto e deixe-se ficar; muito tempo ou pouco tempo.
Não conte o tempo de se dar. Deixe o sorriso acontecer.
E não se espante se a pessoa mais feliz for você.”*
Anônimo

SUMÁRIO

1. INTRODUÇÃO	10
2. DESENVOLVIMENTO	
2.1 Tabagismo	13
2.2 Ação e dependência da nicotina	16
2.3 Políticas e Programas Governamentais	
2.3.1 A Estratégia de Saúde da Família	18
2.3.2 A Estratégia do Programa Nacional de Controle ao Tabagismo	20
2.3.3 Ações de Promoção de saúde e Cessação do Tabagismo propostas pelo INCA	21
2.3.4 A Estratégia Mundial - Convenção- Quadro	23
2.3.5 A Estratégia da Política Nacional de Humanização	24
2.3.5.1 Tecnologia do cuidado em saúde	26
2.3.5.2 Acolhimento e Vínculo como tecnologia leve no cuidado em saúde	27
2.3.6 Cadastramento das Unidades básicas de Saúde no Sistema Único de Saúde para o tratamento do tabagismo	29
2.3.7 Diretrizes para o tratamento do tabagismo aos coordenadores da saúde credenciados pelo ministério da Saúde	31
2.4 Grupo de Adesão ao Tratamento	42
2.5 Modelos de Ajuda	43
2.6 Atitudes e crenças profissionais na cessação ao tabagismo	45
3. CONCLUSÃO	49
4. REFERÊNCIAS	50

RESUMO

Qualquer fumante sabe que abandonar o cigarro é uma medida fundamental para melhorar a sua qualidade de vida, evitar doenças e viver mais. Mas essa é uma missão desafiadora para a maior parte dos tabagistas. Nove em cada dez fumantes gostariam de largar o cigarro, sendo que a maioria (63%) já tentou fazê-lo, sem sucesso. Segundo pesquisas da OMS, o fumo está ligado a mais de 50 tipos de diferentes doenças. Além da mortalidade, morbidade e incapacidade causadas pelo consumo e exposição à fumaça do tabaco, impactantes prejuízos sanitários, sociais, econômicos e ambientais também se manifestam em todo o mundo. Este trabalho tem como objetivo relacionar as estratégias motivacionais inseridas em programas e políticas governamentais (Estratégia de saúde da família, a política de humanização – o Humaniza-SUS, o Programa Nacional de prevenção e tratamento ao tabagismo) e relacioná-las às abordagens tradicionais na atenção primária. A cessação tabágica promove redução significativa na taxa de mortalidade antes dos 35 anos e em menor escala na faixa acima de 65 anos, representando uma intervenção justo-efetiva. A intervenção nos tabagistas é a melhor estratégia para a redução a médio prazo da mortalidade relacionada ao tabagismo. Embora 70% dos fumantes manifeste desejo de parar de fumar, somente 5% consegue fazê-lo sem auxílio de profissionais da saúde. A baixa porcentagem de fumantes que conseguem parar de fumar indica que é necessária a atuação de profissionais especializados e técnicas eficazes para o tratamento do tabagismo. Logo o profissional de saúde envolvido com o tratamento de tabagistas apresenta-se como fator chave nos resultados positivos na cessação tabágica. Qualificar o cuidado do profissional da saúde é de extrema importância para obter melhores resultados na cessação do tabagismo e para este fim o profissional de saúde deve munir-se de todo conhecimento possível para conseguir colaborar no processo de cessação do tabagismo.

Palavra-chaves: abandono do hábito de fumar, nicotina, profissional de saúde, motivação, políticas públicas

ABSTRACT

Any smoker knows that quitting smoking is a key to improving their quality of life, prevent disease and live longer measured . But this is a challenging task for most smokers . Nine out of ten smokers would like to quit smoking , and most of which (63 %) have tried it without success. According to research from the WHO , smoking is linked to more than 50 different types of diseases . Beyond mortality , morbidity and disability caused by tobacco consumption and exposure to tobacco smoke , impacting health, social , economic and environmental damage are also manifested throughout the world . This work aims at connecting the inserted motivational strategies in government policies and programs (Family Health Strategy , the Policy of humanization - the Humaniza - SUS , the National Programme for prevention and treatment of smoking) and relate them to traditional approaches in primary care . Smoking cessation significantly reduces the mortality rate before age 35 and to a lesser extent in the group above 65 years , representing a fair - effective intervention . The intervention in smokers is the best strategy for the medium-term reduction of smoking-related mortality. Although 70% of smokers express a desire to quit smoking, only 5 % can do it without the help of health professionals. The low percentage of smokers who successfully quit smoking indicates that the performance of efficient and skilled technical professionals for smoking cessation treatment is required. Logo health professionals involved in the treatment of smokers is presented as a key factor in positive outcomes in smoking cessation . Qualify the care of the health professional is extremely important for best results in smoking cessation and to this end the health professional must provide himself with all possible knowledge to get work in the smoking cessation process.

Key word : smoking use cessation , nicotine, health personnal, motivation, public policies

1. **INTRODUÇÃO**

Qualquer fumante sabe que abandonar o cigarro é uma medida fundamental para melhorar a sua qualidade de vida, evitar doenças e viver mais. Mas essa é uma missão desafiadora para a maior parte dos tabagistas. Nove em cada dez fumantes gostariam de largar o cigarro, sendo que a maioria (63%) já tentou fazê-lo, sem sucesso. Atualmente, 15,6% dos brasileiros com mais de 14 anos são fumantes. Este desafio é compartilhado por todos os profissionais que participam de programas de prevenção e tratamento ao tabagismo (Moema, 2013).

Segundo Moema (2013), o que faz da nicotina uma substância tão poderosa é sua capacidade de ativar a região cerebral responsável por fornecer a sensação de prazer. Quando uma pessoa fuma, o circuito cerebral dessa região é acionado, provocando uma sensação de bem-estar. Essa área do cérebro também pode ser ativada quando comemos um alimento apetitoso ou vivenciamos um momento alegre. Fumantes, porém, dependem da nicotina para acionar a região. O tabagista vira refém do prazer de fumar, pois ele identifica o ato como o que há de mais prazeroso na vida, mesmo assim, até pessoas altamente dependentes podem deixar de fumar.

Segundo pesquisas da OMS, o fumo está ligado a mais de 50 tipos de diferentes doenças, entre elas o câncer de pulmão, faringe, boca, próstata além de problemas cardíacos e vasculares, como enfarte, derrame e trombozes. Além da mortalidade, morbidade e incapacidade causadas pelo consumo e exposição à fumaça do tabaco, impactantes prejuízos sanitários, sociais, econômicos e ambientais também se manifestam em todo o mundo (WHO, 2008).

Embora as consequências sejam bem conhecidas, o número absoluto de fumantes continua a crescer em todo o mundo, particularmente em países em desenvolvimento, indicando que ter informação sobre estas consequências não induz as pessoas a abandonarem permanentemente o hábito de fumar, nem impede que novos fumantes iniciem o hábito (Marques, 2001).

A síndrome de dependência à nicotina é reconhecida como um dos maiores problemas de saúde pública do mundo. Estima-se que, durante o século XX, aproximadamente 100 milhões de pessoas morreram de doenças relacionadas ao hábito de fumar. Vários estudos indicam que o tabagismo reduz a expectativa de vida, aumenta os custos médicos totais e contribui para a perda de produtividade (Das, 2003).

A cessação tabágica promove redução significativa na taxa de mortalidade antes dos

35 anos e em menor escala na faixa acima de 65 anos, representando uma intervenção justo efetiva. A intervenção nos tabagistas é a melhor estratégia para a redução a médio prazo da mortalidade relacionada ao tabagismo. Embora 70% dos fumantes manifeste desejo de parar de fumar, somente 5% consegue fazê-lo sem auxílio de profissionais da saúde. Além disso, há escassez no número e no treinamento de profissionais capacitados para abordar o paciente tabagista e empreender medidas de intervenção. Ademais, o número de serviços de apoio para abandono do fumo é insuficiente, assim como a distribuição gratuita de medicamentos utilizados na cessação do tabagismo na rede pública (Fernandes, 2008).

A baixa porcentagem de fumantes que conseguem parar de fumar indica que é necessária a atuação de profissionais especializados e técnicas eficazes para o tratamento do tabagismo (Sardinha et al, 2005).

As ações para promover a cessação de fumar têm como objetivo motivar fumantes a deixar de fumar, aumentar o acesso dos mesmos a métodos eficazes para cessação do tabagismo e têm envolvido a articulação de diferentes atividades (Cavalcante, 2005).

Nessa tarefa de ajudar os pacientes a vencer a dependência do cigarro, podem ser priorizados alguns métodos conhecidos de atuação. Há métodos que destacam o papel dos fármacos no tratamento, que incluem a terapia de reposição de nicotina e a utilização de bupropiona, conjuntamente com a terapia comportamental breve, abordagem terapêutica individual ou em grupo facilitada por um profissional da saúde (Marques, 2001).

As unidades de saúde que se comprometem com o tratamento aos tabagistas geralmente incluem dois profissionais da saúde com nível superior sendo que um deles deve ser um médico capacitado para tal. A equipe que atua geralmente é multidisciplinar e entre eles encontram-se psicólogos, nutricionistas, enfermeiros, dentistas, auxiliares de enfermagem e odontologia.

As diversas técnicas de apoio motivacional têm por objetivo levar a pessoa a dar a partida no processo de mudança, que pode ocorrer rapidamente com alguma assistência adicional, ou pode requerer um período longo de apoio e orientação terapêutica. Há esperança na gama de abordagens alternativas disponíveis. Mas o querer do paciente se faz necessário, bem como iniciativa própria, embora fatores ambientais (dependência à nicotina, doenças psiquiátricas, apoio familiar, apoio profissional) possam contribuir para tal (Escher, 2006).

O fato do fumo ser a causa mais comum de morte evitável, fortalece o papel da equipe e da sociedade na promoção e realização de atividades que estimulem o cessar de fumar (Malcon et al, 2003).

A importância de estabelecer uma aliança terapêutica é fundamental. O modo como o profissional interage com os pacientes parece ser tão importante, ou até mais importante do que a abordagem ou a escola de pensamento com que o terapeuta opera. O profissional precisa oferecer três condições essenciais para preparar o caminho para a mudança natural: empatia, acolhimento não possessivo e autenticidade (Escher, 2006).

Para que o profissional de saúde consiga uma maior adesão ao tratamento e resultados mais positivos na cessação ao tabagismo é importante estar consciente do seu papel como facilitador em todo este processo e para isso, é essencial conhecer as bases teóricas do tratamento e das intervenções motivacionais possíveis.

Obviamente que aprender todas as técnicas científicas oferecidas habitualmente são importantes e formadoras da base para qualquer tratamento de cessação ao tabagismo, porém apenas isso não basta. Precisamos construir uma relação de ajuda mais efetiva entre profissionais e tabagistas com o objetivo de motivar a mudança de comportamentos e hábitos através de uma ação mais humanizada dos profissionais de saúde para com os pacientes que buscam esse apoio profissional.

Qualificar o cuidado sempre é uma solução importante para obter melhores resultados e para este fim o profissional de saúde deve munir-se de todo conhecimento possível para conseguir colaborar no processo de cessação do tabagismo dos pacientes das unidades básicas de saúde.

Este trabalho tem como objetivo relacionar as estratégias políticas e relacioná-las às abordagens tradicionais utilizadas dando ênfase na relação interpessoal profissional e tabagistas.

2. DESENVOLVIMENTO

2.1 O Tabagismo

Tabagismo é o ato de fumar, inalar, aspirar ou mascar produtos feitos da folha do tabaco, que tem em sua composição a nicotina como princípio ativo, uma substância tóxica que provoca reações físicas, psicológicas e químicas na biologia do organismo humano, o que torna o tabagismo um vício por intoxicação aguda ou crônica, também conhecido como tabaquismo ou niquitismo (Moema, 2013).

Em razão da dependência bioquímica causada pela nicotina, a OMS classificou o vício de fumar no grupo de doenças de transtornos mentais e de comportamento, como uma enfermidade pela décima revisão de classificação internacional de doenças (CID-10) decorrentes do uso de substância psicoativas (da Graça Castro, 2007).

Além do aumento de mortes prematuras e das consequências graves à saúde, o tabagismo promove enormes gastos com o tratamento das doenças por ele provocadas. Pinto (2008) afirma que no Brasil o Sistema Único de Saúde (SUS) gasta cerca de R\$ 338,6 milhões por ano com internações, remédios e quimioterapia. Os gastos públicos se elevam se forem incluídas despesas com aposentadorias precoces e pelo custo do tratamento do tabagismo na rede pública (Pinto, 2008).

Atualmente, o tabagismo é considerado um problema de saúde pública, em razão da alta prevalência de fumantes e da mortalidade decorrente das doenças relacionadas ao tabaco. A prevalência de fumantes no mundo é de 1,3 bilhão, considerando-se pessoas de 15 ou mais idade, 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 (Wünsch et al, 2010).

No Brasil, há 27,9 milhões de fumantes, consumindo 110 bilhões de cigarros por ano, acrescidos de 48 bilhões procedentes de contrabando. 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 (Ministério da Saúde, 2001).

A previsão para o ano 2020 é ocorrerem, no mundo, 10 milhões de óbitos, sendo 7 milhões nos países em desenvolvimento. Persistindo essa tendência, no século XXI, eventual-

mente, ocorrerá 1 bilhão de óbitos. A mortalidade nos adultos está sendo maior que o número de óbitos por HIV, malária, tuberculose, alcoolismo, causas maternas, homicídios e suicídios combinados (Filho, 2009).

No Brasil, a redução de fumantes a partir da década de 90 até o momento foi de 33,2% para 15,2%, na população acima de 18 anos. Igualmente, houve redução acentuada do consumo, passando de 1989 unidades per capita na década de 80 do século passado, para 1194 no ano de 2000 (Ministério da Saúde, 2001).

Há várias formas preparadas de tabaco, que têm a mesma ação nociva à saúde humana: cigarro, charuto, cachimbo, narquilé, uso oral de tabaco - tabaco sem fumaça (moído, mascado) e rapé (Ministério da Saúde, 2001).

O tabagismo traz repercussões à saúde, socioeconômicas e ecológicas. Hoje existem mais de 50 doenças relacionadas ao tabagismo, atingindo principalmente os aparelhos respiratório (doença pulmonar obstrutiva crônica - DPOC, algumas doenças intersticiais, *Tabagismo* agravamento da asma), cardiovascular (aterosclerose, arterial coronariana, acidente vascular cerebral, aneurisma, tromboangeite obliterante, associação tabaco-anovulatório), digestivo (refluxo gastroesofágico, úlcera péptica, doença de Crohn, cirrose hepática), genitourinário (disfunção erétil, infertilidade, hipogonadismo, nefrite), neoplasias malignas (cavidade oral, faringe, esôfago, estômago, pâncreas, cólon, reto, fígado e vias biliares, rins, bexiga, mama, colo de útero, vulva, leucemia mieloide), na gravidez e no feto (infertilidade, abortamento espontâneo, descolamento prematuro da placenta, placenta prévia, pré-eclâmpsia, gravidez tubária, menor peso ao nascer, parto prematuro, natimortos, mortalidade neonatal, malformações congênitas, prejuízo no desenvolvimento mental em idade escolar) e outras (envelhecimento da pele, psoríase, osteoporose, artrite reumatoide, doença periodontal, cárie dental, estomatites, leucoplasias, língua pilosa, pigmentação melânica, halitose, queda das defesas imunitárias) (Rev. Assoc. Med. Bras, 2010).

Entre as repercussões socioeconômicas citamos: desvio de renda (menos gastos com as necessidades básicas) e perda de produtividade (por retenção no leito, absenteísmo no trabalho, pensões, acidentes, assistência médica, invalidez e mortes precoces) (Rev. Assoc. Med. Bras, 2010).

No âmbito ecológico dentre as repercussões do tabaco podemos citar na cultura do tabaco (empobrecimento do solo, uso de pesticidas e fertilizantes), na produção dos produtos do tabaco (cura do tabaco - uso de mata nativa e reflorestada; na fabricação (destruição de uma árvore para 300 cigarros) e provocação de incêndios (30%) (Rev. Assoc. Med. Bras, 2010).

Na queima de um cigarro há produção de 4.720 substâncias, em 15 funções químicas, das quais 60 apresentam atividade cancerígena, e outras são reconhecidamente tóxicas. Além da nicotina, monóxido de carbono e hidrocarbonetos aromáticos, citam-se amidas, imidas, ácidos carboxílicos, lactonas, ésteres, aldeídos, cetonas, alcoóis, fenóis, aminas, nitritos, carboidratos, anidritos, metais pesados e substâncias radioativas com origem nos fertilizantes fosfatados (Polônio 210, Carbono 14, Rádio 226) (Tabagismo, Rev. Assoc. Med. Bras, 2010).

O consumo do tabaco geralmente se inicia na adolescência, em média entre 13 e 14 anos de idade. Quanto mais precoce o seu início, maior a gravidade da dependência aos problemas a ela associadas (Batista et al, 2011).

A inalação da fumaça resultante da queima de derivados de todo tipo de tabaco, por não fumante, constitui o chamado tabagismo passivo, exposição involuntária ao tabaco ou à Poluição Tabágica Ambiental (PTA). O tabagismo passivo é considerado a *terceira causa de morte evitável no mundo*, após o tabagismo ativo e o alcoolismo. Estima-se que metade das crianças do mundo encontra-se exposta à PTA; dessas, 9 a 12 milhões com menos de cinco anos de idade são atingidas em seus ambientes domiciliares (Filho, 2009).

Um importante relatório norte-americano concluiu que: (1) o cigarro e outras formas de uso do tabaco geram dependência; (2) a nicotina é a droga presente no tabaco que causa essa dependência; (3) os processos farmacológicos e comportamentais que determinam a dependência de nicotina são similares àqueles que determinam a dependência de outras drogas como a heroína e a cocaína (USA Department of Health and Human Services, 1988).

A prevalência da dependência de nicotina na população adulta norte-americana diminuiu, desde 1965, de 42% para 25%, e, desde então, esse número não se modificou.¹⁸ Um dos aspectos relevantes que explicam parte desse fenômeno é que apenas 2,5% de todos os fumantes alcançam a abstinência a cada ano (Marques, 2001).

No Brasil, a prevalência observada em um estudo recente na população adulta de São Paulo é semelhante à norte-americana: em torno de 24% (Ministério da Saúde, 2001).

Estudos têm mostrado que 30% a 50% das pessoas que começam a fumar escalam para um uso problemático. O Serviço Nacional de Saúde dos Estados Unidos mostrou que entre os 70% dos adolescentes que começam a fumar, 25% passam rapidamente a fumar todos os dias. O uso das demais drogas nessa população declina com a idade, mas isto não acontece com o tabaco. A idade média de início de consumo é 13-14 anos nos EUA e no Brasil, mas a vulnerabilidade para dependência não está relacionada apenas à idade (USA Department of Health and Human services, 1988).

A expectativa de vida de um indivíduo que fuma muito é 25% menor que a de um não fumante. Nos últimos 20 anos, a educação e a persuasão não foram suficientes para promover uma mudança política, cultural e social relacionada ao comportamento de fumar. Investimentos continuados e mais consistentes voltados para a prevenção e o tratamento são necessários em função das projeções sobre a mortalidade entre o período de 2000 a 2049 (Marques, 2001).

As intervenções para interromper o uso de tabaco ainda não estão integradas às rotinas dos serviços de saúde no mundo. A falta de estratégias de integração, de tempo disponível para acoplar ações assistenciais mais específicas e mesmo a percepção dos profissionais de saúde de que os tratamentos para a dependência de nicotina são pouco efetivos são algumas das barreiras apontadas. A efetividade dos tratamentos ainda é baixa, mas demonstrou-se que, com aumento dos recursos durante o tratamento, melhora-se o sucesso das intervenções. (Owen, 1995; Department of health of london, 1998; Foulds, 1996).

Assim, diante de dados tão alarmantes em relação à mortalidade, à morbidade e ao alto custo socioeconômico com a saúde determinados pelo uso de tabaco, além das dificuldades na implementação do tratamento, organizou-se um conjunto de recomendações básicas para o tratamento da dependência de nicotina, com o objetivo de sistematizar as práticas clínicas, psicológicas e sociais (Marques, 2001).

2.2 Ação e dependência da nicotina

A nicotina induz tolerância (necessidade de doses progressivamente maiores para obter o mesmo efeito) e dependência (desejo de consumi-la) por agir nas vias dopaminérgicas do sistema mesolímbico, diminuindo a atividade do tálamo. Assim como outras drogas psicoativas, ela libera dopamina no nucleus accumbens, localizado no mesencéfalo, estimulando a sensação de prazer e “recompensa” (Moema, 2013).

Vencido o desconforto provocado pelas primeiras tragadas do tabaco (mal-estar, tontura, náuseas), o fumante passa a experimentar uma sensação prazerosa pelo uso da nicotina. Segundo Marques et al. (2001), uma diminuição de 50% no consumo da nicotina já é capaz de desencadear os sintomas de abstinência nos indivíduos dependentes. A síndrome de abstinência da nicotina é mediada pela noradrenalina e começa cerca de 8 horas após fumar o último cigarro, atingindo o auge no terceiro dia. Os principais sintomas são: ansiedade, irritabilidade, distúrbios do sono (insônia e sonolência diurna), aumento do apetite, alterações cognitivas (diminuição da concentração e atenção) e fissura pelo cigarro (“craving”). Por isso os dependentes da nicotina apresentam alívio da abstinência ao fumarem o primeiro cigarro da manhã.

A irritabilidade durante a abstinência da nicotina é uma queixa comum dos tabagistas. O ganho de peso indesejado é um dos sintomas que mais incomodam os pacientes em abstinência da nicotina. Na maioria dos casos o aumento de peso é de 4 a 6 kg, podendo chegar a 10% do peso corporal em algumas pessoas. Mulheres e tabagistas que consomem acima de 25 cigarros/dia são mais propensos a engordar após o abandono do fumo, possivelmente por aumento da ingestão alimentar e readaptações metabólicas (Centers for disease control and prevention,1994).

Estudos epidemiológicos mostram que mais de 70% dos tabagistas desejam parar de fumar. Entretanto menos de 10% alcançam esse objetivo por conta própria, pois o desconforto da abstinência de nicotina e a fissura pelo cigarro fazem com que a maior parte dos ex-tabagistas apresente recaída. As recaídas costumam ocorrer entre dois dias e três meses de abstinência (Fiore,1992; Us department of health and human services,1994; Centers for disease control and prevention,1990).

Cox et al. (2003) alertam que até 58% dos pacientes com câncer continuam fumando após serem informados do diagnóstico, muitas vezes por hábito comportamental, ansiedade ou estresse.

2.3 Políticas e Programas Governamentais

2.3.1 Estratégia de Saúde da Família

Na década de 1990, no contexto de formação do Sistema Único de Saúde (SUS) no Brasil, ocorreram importantes debates acerca da formulação de políticas públicas de saúde que culminaram com a implantação do Programa de Saúde da Família (PSF) como peça fundamental da reestruturação da atenção básica. O PSF estruturado pelo MS, em 1995, contribuiu com as proposições da atenção primária definidas na Conferência de Alma Ata, em 1978, e instituiu a Medicina de Família, já implantada em alguns países desenvolvidos e em Cuba (Aguilar, 1998).

Seus princípios de atuação estavam centrados na pessoa, na interlocução com o indivíduo, sua família e a comunidade em que está inserido, na prática orientada pelo entendimento de que o processo saúde-doença é um fenômeno complexo relacionado à interação de fatores de ordem biológica, psicológica e socioambiental (Aguilar, 1998).

Dessa forma, o PSF introduziu uma intervenção mais pró-ativa em saúde, uma vez que não se espera que as pessoas busquem os serviços, mas que os serviços busquem as pessoas, sendo um instrumento de reorganização da demanda. Demonstra a intenção de não agir apenas sobre a doença instalada, mas de incentivar a promoção da saúde, a prevenção e a reorganização da demanda dos serviços em uma área delimitada, fazendo do PSF uma “porta de entrada” para o SUS (Diehl, 2011).

Em geral, de acordo com as diretrizes operacionais, uma equipe de PSF é formada por um médico generalista ou médico de família, um enfermeiro, 1 ou 2 auxiliares de enfermagem e 4 a 6 agentes comunitários de saúde. Em uma UBS, pode haver várias equipes de PSF. A área de abrangência de uma UBS é dividida por regiões, e cada equipe de PSF é responsável por uma região de aproximadamente 800 a 1.000 famílias cadastradas. Cada região é subdividida em microrregiões, o que facilita a atuação dos agentes comunitários de saúde e dos demais membros da equipe (Diehl, 2011).

Entre as atribuições de uma equipe, estão a atenção integral a todas as fases do ciclo de vida (infância, adolescência, gestação, adulto, idoso), atividades correspondentes a áreas prioritárias e criação de grupos de diabéticos, hipertensos e psicóticos crônicos, por exemplo (Marsiglia, 2005).

De acordo com LEYCOVITZ & GARRIDO (1996), o PSF é um modelo de atenção que reforça a ideia de saúde como um direito de cidadania, e que este modelo deve oferecer

serviços mais resolutivos, integrais e humanizados, pautados na intersetorialidade e da participação da comunidade nas ações de saúde e no controle social.

SOUZA (1999, p.24) destaca alguns compromissos importantes da prática da Saúde da Família como espaço social familiar como núcleo básico da abordagem, assistência integral, resolutiva, contínua e de qualidade, intervenção em fatores de risco, humanização da assistência, criação de vínculos e co-responsabilidade entre profissionais e a comunidade, desenvolvimento de ações intersetoriais através de parcerias; democratização do processo saúde-doença, da organização do serviço, da produção social da saúde como direito da cidadania e organização da comunidade para efetivo exercício do controle social.

Muitos são os esforços e avanços do Programa Saúde da Família na assistência à saúde da população, como indicou a pesquisa “Avaliação do Processo de Implantação e de Funcionamento do PSF”, Brasil em 1999 (2003a). A exemplo disso está o tratamento de pacientes hipertensos que atingiu índices surpreendentes passando de 34,8% para 98,5% e no acompanhamento do crescimento e desenvolvimento infantil (53,1% para 98,3%) no Brasil onde o programa foi implantado.

Porém, ao contrário de outras ações desenvolvidas pelos profissionais do PSF em outras áreas de atenção à saúde, que já há tempo vem se mostrando de maneira clara e objetiva, o que se observa cotidianamente é que muito pouco se aborda quanto ao abuso e dependência das drogas lícitas e ilícitas na prática do profissional no PSF (de Barros et al, 2006) No momento em que o Ministério da Saúde considera o Programa Saúde da Família como um modelo de reorganização da prática assistencial criada para substituir o modelo tradicional centrado no hospital, ele assume o desafio de garantir o acesso igualitário a todos os serviços de saúde. Mediante essa relevância, o PSF fechou o ano de 2009 com 30.328 equipes, equivalentes a 96,1 milhões de brasileiros assistidos em 5.251 municípios (aproximadamente 50,7% da população) (Ministério da Saúde, 2009).

Pode-se imaginar o impacto das ações desenvolvidas pelos profissionais do PSF nas condições de saúde da população brasileira, e entendendo que entre as ações que serão desenvolvidas pelo PSF na atenção básica a saúde, deve estar incluída as ações de assistência ao abuso e a dependência de drogas, incluindo o tabagismo. Assim, é inequívoca a necessidade de trazer à luz esta questão enquanto desafio profissional do PSF (de Barros et al, 2006).

2.3.2 A Estratégia do Programa Nacional de Controle ao Tabagismo

O INCA (Instituto Nacional do Câncer) coordena e executa, em âmbito nacional, o Programa de Controle do Tabagismo e outros Fatores de Risco de Câncer visando à prevenção de doenças na população através de ações que estimulem a adoção de comportamentos e estilos de vida saudáveis e que contribuam para a redução da incidência e mortalidade por câncer e doenças tabaco-relacionadas no país (Ministerio da Saúde, 2000).

As ações do programa nacional de controle ao tabagismo são desenvolvidas em parceria pelas três instâncias governamentais - federal, estadual e municipal - para capacitar e apoiar os 5.561 municípios brasileiros e abrangem as áreas da educação, legislação e economia. (Ministerio da Saúde, 2000).

As estratégias deste programa são voltadas para a educação, onde as ações educativas dividem-se em pontuais e contínuas (Sousa, 1999).

As ações pontuais envolvem campanhas Dia Mundial sem Tabaco (31 de maio), dia nacional de Combate ao Fumo (29 de agosto) e Dia Nacional de Combate ao Câncer (4 de fevereiro), que têm como perspectiva comum a sensibilização e informação da comunidade e as lideranças em geral sobre o assunto, bem como a divulgação através da mídia e a realização de eventos como congressos, seminários e outros para chamar a atenção de profissionais de saúde sobre o tema. (Ministério da Saúde, 2001).

As ações contínuas objetivam manter um fluxo contínuo de informações sobre prevenção do câncer, tanto em relação ao tabagismo como aos demais fatores de risco de câncer.

Considera-se que culturas e hábitos são passíveis de mudança somente a longo prazo. Portanto, essas ações utilizam canais para alcançar a comunidade de forma contínua e dentro da realidade de sua rotina. Dessa forma, através da realização de atividades sistematizadas em subprogramas dirigidos aos ambientes de trabalho, escolas e às unidades de saúde, o tema é inserido nas rotinas desses ambientes.

Outro passo importante nesse processo implica no desenvolvimento de ações que apoiem o fumante que queira parar de fumar. Desta forma, o **módulo *Ajudando seu Paciente a Deixar de Fumar*** surge com o objetivo de capacitar profissionais de saúde para que possam apoiar de forma efetiva os fumantes da comunidade no processo de cessação de fumar (Ministério da Saúde, 2003b)

As ações legislativas envolvem o apoio técnico a processos e projetos de lei, o monitoramento da legislação e a informação sobre os malefícios do tabaco e outros fatores de risco

de câncer aos membros do Congresso Nacional. Outra ação importante tem sido a divulgação das leis de controle do fumo na comunidade assim como a identificação e articulação de mecanismos que possibilitem a fiscalização e o cumprimento das mesmas (Ministério da Saúde, 2003a).

Apesar de ser um país em desenvolvimento, de ter dimensões continentais e quase 200 milhões de habitantes, e de ser o segundo maior produtor e o maior exportador de tabaco em folhas do mundo, o Brasil tem conseguido desenvolver um Programa de Controle do Tabagismo forte e abrangente.

Por outro lado, muitos ainda são os desafios a serem enfrentados. Ainda morrem no país cerca de 200.000 pessoas por ano devido ao tabagismo, provavelmente como consequência dos efeitos tardios da expansão do consumo de tabaco que teve início na década de 50 e 60, e atingiu o seu apogeu na década de 70 (PAHO, 2002). O câncer de pulmão continua a ser o tipo de câncer que mais mata homens no Brasil, e a segunda causa de morte por câncer entre as mulheres (Cavalcante et al, 2005).

A repercussão negativa na saúde como um todo torna evidente que as ações para o controle do tabagismo dependem da articulação de estratégias em diferentes dimensões, envolvendo diferentes setores sociais, governamentais e não governamentais.

2.3.3 Ações de Promoção de saúde e Cessação do Tabagismo propostas pelo INCA

O INCA (Instituto Nacional do Câncer) coordena e executa, em âmbito nacional, o Programa de Controle do Tabagismo e outros Fatores de Risco de Câncer visando à prevenção de doenças na população através de ações que estimulem a adoção de comportamentos e estilos de vida saudáveis e que contribuam para a redução da incidência e mortalidade por câncer e doenças tabaco-relacionadas no país (Ministério da Saúde, 2003d).

As ações do programa nacional de controle ao tabagismo são desenvolvidas em parceria pelas três instâncias governamentais - federal, estadual e municipal - para capacitar e apoiar os 5.561 municípios brasileiros e abrangem as áreas da educação, legislação e economia. (Ministério da Saúde, 2003d).

A lógica das ações envolvem: educação e informação, promoção e apoio à cessação de fumar, mobilização e articulação de políticas, e de medidas legislativas e econômicas que favoreçam o controle do tabagismo e vigilância e monitoramento.

Segundo o ministério da Saúde (2003a), as ações para promover a cessação de fumar têm como objetivo motivar fumantes a deixarem de fumar, aumentar o acesso dos mesmos à métodos eficazes para cessação do tabagismo, e têm envolvido a articulação de diferentes atividades:

- Divulgação de métodos eficazes para a cessação de fumar através de campanhas, da mídia, de eventos dirigidos a profissionais de saúde.
- Reunião com sociedades científicas para elaboração de consenso sobre métodos eficazes para cessação de fumar.
- Ampliação do apoio para cessação de fumar através abordagem cognitivo comportamental breve fornecida pelo serviço gratuito de telefonia Disque Pare de Fumar da Ouvidoria do Ministério da Saúde, cujo funcionamento teve início a partir de maio de 2001.
- Inserção do número do Disque Pare de Fumar nas embalagens dos produtos derivados de tabaco ao lado de advertências sanitárias contundentes, a partir de fevereiro de 2002.
- Capacitação de profissionais de saúde para a cessação de fumar: Módulo Ajudando seu Paciente a Deixar de Fumar - Abordagem Breve. Esse módulo busca motivar e instrumentalizar profissionais de saúde para que insiram essa abordagem nas suas rotinas de atendimento. Desde 1998 foram capacitados mais de 6.000 profissionais de saúde.
- Capacitação de profissionais de saúde para a cessação de fumar: Módulo Ajudando seu Paciente a Deixar de Fumar - Abordagem Intensiva ou Formal. Esse módulo faz parte da estratégia para implantação de ambulatórios específicos para tratamento de fumantes na rede SUS, com vistas a atender os fumantes que não conseguem deixar de fumar através da abordagem breve.
- Inserção do financiamento do atendimento para cessação de fumar na rede do Sistema Único de Saúde (SUS) – A Portaria 1.575, assinada em 29 de agosto de 2002, criou os Centros de Referência em Abordagem e Tratamento do Fumante no âmbito do SUS, e incluiu os procedimentos relativos a essa atividade no Sistema de Informações Ambulatoriais do Sistema Único de Saúde (SIA/SUS). Através dessa iniciativa objetivou-se universalizar o acesso dos fumantes brasileiros aos métodos eficazes para cessação do tabagismo em todo o mundo e sem dúvida tornou-se um grande avanço para o PNCT. Porém, o monitoramento desse processo realizado pelo INCA ao longo desse

período mostrou que apenas as unidades de saúde de alta complexidade ou hospitais especializados puderam ser cadastrados como Centros de Referência em Abordagem e Tratamento do Fumante, o que limitava o acesso a esse serviço.

- Diante desse quadro, o Ministério da Saúde resolveu, através da Portaria 1.798 de 12/09/03, criar um Grupo de Trabalho no âmbito da Secretaria de Atenção à Saúde, com a finalidade de proceder à revisão, atualização e ao aperfeiçoamento da Portaria 1.575, para ampliar o acesso do fumante que deseja parar de fumar, às unidades de saúde da atenção básica e de média complexidade, e dessa forma oferecendo a toda população brasileira fumante, o que há de mais eficaz em termos de cessação do tabagismo, reduzindo assim, em um tempo mais curto essa fatal epidemia em nosso país. A atual proposta de Portaria deverá ser pactuada entre os gestores municipais e estaduais da rede SUS e pretende alinhar essa ação com as propostas do programa que é permitir um amplo acesso a esse tratamento no nível da atenção básica.

Em suma, o objetivo desse processo é criar no Brasil um amplo acesso para abordagem e tratamento da dependência do tabaco que obedeça um gradiente de intensidade. Ou seja, a ideia é oferecer aos fumantes que têm um nível de dependência mais baixo, abordagens cognitivas comportamentais breves seja através do Disque Pare de Fumar, seja através da inclusão desse tipo de atendimento nas rotinas de profissionais de saúde da atenção básica. Paralelamente, busca-se estruturar uma rede para acolher os fumantes com grau mais elevado de dependência, inclusive os que apresentam comorbidades psiquiátricas e que portanto precisam de uma abordagem mais intensiva e especializada ((Ministério da Saúde, 2003a).

2.3.4 A Estratégia Mundial - Convenção- Quadro

Reconhecido internacionalmente pela sua liderança no controle do tabagismo, o Brasil coordenou o processo de elaboração da Convenção-Quadro durante os anos de 1999 e 2003. Em 27 de outubro de 2005 a adesão do Brasil à CQCT foi formalmente ratificada pelo Senado Federal. Desde então a implementação das medidas da CQCT passou a ser a Política Nacional de Controle do Tabaco (Bettcher, 2004).

A Convenção-Quadro para o Controle do Tabaco (CQCT) é o primeiro tratado internacional de saúde pública da história da Organização Mundial da Saúde. E representa um ins-

trumento de resposta dos 192 países membros da Assembleia Mundial da Saúde à crescente epidemia do tabagismo em todo mundo (Bettcher, 2004).

A CQCT foi adotada pela Assembleia Mundial da Saúde em 21 de maio de 2003 e entrou em vigor em 27 de fevereiro de 2005. Desde então é o tratado que agregou o maior número de adesões na história da Organização das Nações Unidas (Inca, 2004).

O objetivo da Convenção-Quadro é “proteger as gerações presentes e futuras das devastadoras consequências sanitárias, sociais, ambientais e econômicas geradas pelo consumo e pela exposição à fumaça do tabaco” (artigo 3º) (Inca, 2004).

Considerada um marco histórico para a saúde pública mundial, a Convenção-Quadro determina a adoção de medidas intersetoriais nas áreas de propaganda, publicidade, patrocínio, advertências sanitárias, tabagismo passivo, tratamento de fumantes, comércio ilegal e preços e impostos (Bettcher, 2004).

Cabe à Comissão Nacional para Implementação da Convenção-Quadro para o Controle do Tabaco (CONICQ) articular a organização e implementação de uma agenda governamental intersetorial para o cumprimento das obrigações previstas no tratado. Além das ações nacionais, o Brasil é signatário da Convenção-Quadro da Organização Mundial de Saúde, em vigor desde 2005, a qual visa reduzir a prevalência do consumo e a exposição ao tabaco, “[...] proteger as gerações presentes e futuras das devastadoras consequências sanitárias, sociais, ambientais e econômicas, geradas pelo consumo e pela exposição à fumaça do tabaco[...]” (Inca, 2004).

Nosso país exerceu importante papel ao presidir todas as negociações referentes ao tratado. Sua eleição, por consenso, para presidir as discussões, deu-se pelo avanço no controle do tabagismo; porém, a resistência interna enfrentada foi muito grande, para que pudesse obter o aval do congresso nacional, devido à grande pressão da indústria do fumo no país (Bettcher, 2004).

2.3.5 A Estratégia da Política Nacional de Humanização

Importante iniciativa no campo da saúde, além das reflexões acadêmicas, foi a implantação, pelo Ministério da Saúde, do Programa Nacional de Humanização da Atenção e Gestão no Sistema Único de Saúde - Humaniza SUS. Uma proposta que convoca todos, gestores, trabalhadores e usuários, a se comprometerem com o processo de humanização, visto que o próprio Ministério identificou número crescente de queixas, por parte dos usuários, relacionadas

à falta de acolhimento, de acesso e de condições de trabalho, entre outras (Ministério da Saúde, 2010).

A Política Nacional de Humanização (PNH), segundo o Ministério da Saúde (2010) se estrutura a partir de: Princípios, Método, Diretrizes e Dispositivos.

Os princípios são entendidos como o que causa ou força a ação, ou que dispara um determinado movimento no plano das políticas públicas. São 3 os princípios que regem a PNH: transversalidade, inseparabilidade entre a atenção e a gestão dos processos de produção de saúde e autonomia protagonismo dos sujeitos.

Seus objetivos se baseiam em cinco focos:

1. Contagiar trabalhadores, gestores e usuários do SUS com os princípios e as diretrizes da humanização;
2. Fortalecer iniciativas de humanização existentes;
3. Desenvolver tecnologias relacionais e de compartilhamento das práticas de gestão e de atenção;
4. Aprimorar, ofertar e divulgar estratégias e metodologias de apoio a mudanças sustentáveis dos modelos de atenção e de gestão;
5. Implementar processos de acompanhamento e avaliação, ressaltando saberes gerados no SUS e experiências coletivas bem-sucedidas.

A Política Nacional de Humanização toma cinco diretrizes centrais para orientar a ação das equipes que têm por tarefa produzir saúde: Acolhimento, Gestão Democrática das organizações de saúde, Clínica Ampliada, Valorização do trabalho dos trabalhadores da saúde, garantir os direitos dos usuários (Ministério da Saúde, 2010).

Estas diretrizes – orientações ético-políticas – estabelecem os rumos para a construção e experimentação de dispositivos, que são arranjos de processos de trabalho para alterar a dinâmica de organização do trabalho, permitindo a construção de novas realidades institucionais, que permitam a emergência de novos modos de gerir e de cuidar. Dispositivos não são um fim em si mesmo, mas acionadores de processos de mudança. Assim, a Política Nacional de Humanização não toma os dispositivos como um fim, mas como agenciamentos que permitem pôr os sujeitos em novas relações, mais horizontais, mais democráticas coprodutoras

de maior eficácia das práticas de saúde - mais potentes, portanto, para a produção de saúde (Ministério da Saúde, 2010).

O estudo da temática humanização do atendimento em saúde é de essencial relevância, uma vez que a constituição de um atendimento calcado em princípios como a integralidade da assistência, a equidade, a participação social do usuário, dentre outros, demanda a revisão das práticas cotidianas, de modo a valorizar a dignidade do profissional e do usuário (Santos, 2007).

Para alcançar uma nova compreensão dos princípios e valores que balizam a humanização, o profissional da saúde necessita articular o conhecimento teórico e técnico da ciência aos aspectos afetivos, sociais, culturais e éticos das relações que estabelece através de sua prática, para que a humanização não fique restrita às atribuições meramente técnicas, mas, principalmente, à capacidade de compreender e respeitar o ser humano nas suas diferentes formas de ser e existir (Santos, 2007).

Mas todo processo de humanização no atendimento de saúde começa com a simples intenção de ajudar outra pessoa que apresente um problema. No grupo de tabagismo fica claro que parar de fumar é o problema explícito de todos e ajudar com qualidade, é a solução profissional que mais colabora com esse resultado tão almejado por todos.

2.3.5.1 Tecnologia do cuidado em saúde

Assim como o conceito de cuidado, existem várias acepções de tecnologia. O termo tecnologia possui como definição etimológica "tecno" que vem de techné, que é o saber fazer, e "logia" que vem de logos razão, ou seja, **significa a razão do saber fazer**. As tecnologias podem ser classificadas em **leve** quando falamos de relações, acolhimento, gestão de serviços; em **leve-dura** quando nos referimos aos saberes bem estruturados, como o processo de enfermagem, medicina, odontologia etc; e **dura** quando envolvem os equipamentos tecnológicos do tipo máquinas, as normas (Rocha, 2008).

A tecnologia, portanto, permeia o processo de trabalho em saúde, contribuindo na construção do saber (e em sua própria expressão); ela se apresenta desde o momento da ideia inicial, da elaboração e da implementação do conhecimento, como também, é resultado dessa mesma construção. Ou seja, ela é ao mesmo tempo processo e produto. Além disso, a tecnologia também aparece na forma como se estabelecem as relações entre os agentes, no modo

como se dá o cuidado em saúde, compreendido como um trabalho vivo em ato (Rodrigues, 2001).

A história demonstra que o cuidar sempre esteve presente nas diferentes dimensões do processo de viver, adoecer e morrer, mesmo antes do surgimento das profissões. O conceito de cuidar é extremamente discutido e varia conforme o autor, isto se dá devido às diversas formas de se olhar o cuidador, o ser cuidado e o entorno (Rocha, 2008).

O cuidar pode ser entendido como um processo que envolve e desenvolve ações, atitudes e comportamentos que se fundamentam no conhecimento científico, técnico, pessoal, cultural, social, econômico, político e psico-espiritual, buscando a promoção, manutenção e ou recuperação da saúde, dignidade e totalidade humana (Rocha, 2008).

O cuidado em saúde pertence a duas esferas distintas: uma objetiva, que se refere ao desenvolvimento de técnicas e procedimentos, e uma subjetiva, que se baseia em sensibilidade, criatividade e intuição. Através destes conceitos podemos perceber a complexidade do cuidado e que o cuidado somente se estabelece quando há a utilização das duas esferas concomitantemente e a utilização adequada da tecnologia. (Rodrigues, 2001).

2.3.5.2 Acolhimento e Vínculo como tecnologia leve no cuidado em saúde.

O Acolhimento descrito anteriormente como uma tecnologia leve, faz parte de uma importante iniciativa no campo da saúde, dentro da implantação, pelo Ministério da Saúde, do Programa Nacional de Humanização da Atenção e Gestão no Sistema Único de Saúde - Humaniza SUS.

A Política Nacional de Humanização tem como uma de suas cinco diretrizes o acolhimento e o vínculo na tarefa produzir saúde e bem estar entre profissionais, usuários e gestores (Santos et al, 2007).

Acolhimento é a orientação ética e toma como base o contrato entre os sujeitos que cuidam e os que são cuidados, cuja ação é produzir um campo comum que vamos chamar de produção do cuidado compartilhado, corresponsabilização. Acolher é, pois, o que inaugura e sustenta processos de cuidar. Alguns autores consideram o acolhimento como “receber o ajudado calorosamente ao iniciar o encontro com ele, sendo que ao acolhê-lo deve-se transmitir receptividade e interesse de modo que se sinta valorizado (Carvalho et al, 2008).

O acolhimento pode ser entendido ainda como um processo que se inicia antes mesmo do usuário chegar ao serviço de saúde, devendo ser definido como um “modo de resposta” às

necessidades que são expressas pela clientela. Nesse sentido, a Política Nacional de Humanização considera o acolhimento como importante dispositivo para a consolidação de práticas de cuidado, sobretudo na Atenção Primária, que valorizem o usuário e resgate sua cidadania (Matsumoto, 2008).

Outro instrumento de trabalho relacional é o **vínculo** o qual permite a circulação de afetos entre pessoas, além de se constituir em ferramenta eficaz na horizontalização e democratização das práticas de cuidado, pois favorece a negociação entre os sujeitos envolvidos nesse processo.

Segundo Lima et al (2013), a construção do vínculo, portanto, centra-se na formação de laços afetivos entre profissionais da saúde e usuários, ou seja, no receber bem cada usuário que comparece ao serviço, na confiança e na facilidade de comunicação entre esses atores. Considera-se que as dimensões deste dispositivo também perpassam pela humanização dos serviços e como ato de troca de saberes entre usuários e trabalhadores que qualifica a escuta aos problemas e necessidades de saúde e compreende o sofrimento do outro.

O vínculo guarda estreita relação com a capacidade do outro para usufruir da condição de sujeito ativo, autônomo nas decisões acerca de sua vida, dispositivo que leva os sujeitos ao encontro de suas potencialidades, pois favorece a reciprocidade de experiências e, assim, possibilita a construção de atos terapêuticos corresponsabilizados e coautorais (Ministério da Saúde, 2010).

Deste modo, deve existir uma atenção acolhedora, construída pelo vínculo e corresponsabilização como maneira de produzir um cuidado que considere as opiniões e as possibilidades dos trabalhadores e usuários na composição de um determinado projeto terapêutico, não esquecendo do contexto em que esses atores estão inseridos (da Silveira et al, 2005).

Entretanto, alguns estudos segundo o Ministério da Saúde (2010) revelam que o cuidado que se constrói no cotidiano dos serviços é centrado apenas nas tecnologias duras e leves, direcionado para a abordagem de queixa-conduta, centrada no ato prescritivo, sem a interação entre profissionais da saúde e usuários e anulando a importância dos espaços de fala e escuta na produção do cuidado.

Embora esses “modos de cuidado” sejam burocratizados e com pouco manuseio de tecnologias leves, algumas experiências mostram possibilidades de cuidar para além desse ato prescritivo. Tais experiências (da Silveira et al, 2005) revelam um cuidado integral na atenção primária com práticas de acolhimento, vínculo e corresponsabilização da equipe multiprofissi-

onal, existência de grupos de educação em saúde e ações de promoção direcionadas à comunidades induzem a resultados favoráveis na assistências à saúde das pessoas, tais como: melhora na adesão ao tratamento farmacológico e não farmacológico através do grupo de adesão ao tratamento.

2.3.6 Cadastramento das Unidades básicas de Saúde no Sistema Único de Saúde para o tratamento do tabagismo.

O tratamento do tabagismo no Sistema Único de Saúde (SUS) é regulado pela Portaria N° 1035/GM, de 31 de maio de 2004, regulamentada pela Portaria SAS/MS/N° 442 de 13 de agosto de 2004. Estas portarias ampliam o acesso da abordagem e tratamento do tabagismo a atenção básica e média complexidade da rede do SUS, incluem no elenco de procedimentos financiados pelo Piso da Atenção Básica (PAB) aqueles referentes ao tratamento do tabagismo e aprovam o Plano de Implantação da Abordagem e Tratamento do Tabagismo na Rede SUS (Anexo I da Portaria SAS/MS/N° 442/2004) e o Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas da Dependência à Nicotina (Anexo II da Portaria SAS/MS/N° 442/2004) (Ministério da Saúde, 2004d).

Essas portarias definem também que o tratamento do tabagismo deve ser realizado através da abordagem cognitivo-comportamental obrigatória e apoio medicamentoso quando indicado, e poderá ser realizado por qualquer unidade de saúde pertencente ao SUS, de qualquer nível hierárquico, segundo critério do gestor municipal, desde que preencha os critérios de credenciamento definidos pelo Plano de Implantação (Anexo I da Portaria SAS/MS/N° 442/2004). Segundo este plano, para ser credenciada para o tratamento do tabagismo no Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES) a unidade deve cumprir os seguintes requisitos: (Ministério da Saúde, 2004d)

- ser unidade de saúde ambulatorial ou hospitalar, integrante do Sistema Único de Saúde, classificada em qualquer nível hierárquico;
- não permitir fumar no interior da unidade;
- contar com, no mínimo, um profissional de saúde de nível universitário, das categorias profissionais constantes na Portaria SAS/MS/N° 442, devidamente capacitado, segundo modelo preconizado pelo Programa Nacional de Controle do Tabagismo. Cópia do certificado de capacitação dos profissionais deverá ser incluída no processo de credenciamento da unidade;

- dispor de locais para atendimento individual e sessões de grupo;
- garantir equipamentos e recursos necessários como tensiômetro, estetoscópio e balança antropométrica, para avaliação clínica do fumante. O município deve garantir também, seja na própria unidade de atendimento ou em uma unidade de referência, a realização de exames para apoio diagnóstico dos pacientes que necessitarem de avaliação complementar.

Conforme pactuação na Comissão Intergestores Tripartite, o Ministério da Saúde está adquirindo e encaminhando para as Secretarias Municipais de Saúde, que tiverem unidades credenciadas para o atendimento ao tabagista no CNES os medicamentos (adesivo transdérmico de nicotina, goma de mascar de nicotina e cloridrato de bupropiona) e os manuais do participante a serem utilizados durante as sessões da abordagem cognitivo-comportamental. O envio dos insumos está condicionado ao encaminhamento de uma estimativa de atendimento às Secretarias Municipais de Saúde, conforme as orientações descritas abaixo.

Para que o município possa receber o material de apoio e os medicamentos, é necessário seguir os seguintes passos: (Ministério da Saúde, 2003d).

- enviar à Coordenação Estadual ou do Distrito Federal do Programa de Controle do Tabagismo, uma estimativa de fumantes a serem atendidos, de acordo com a capacidade instalada;
- após o recebimento das estimativas de atendimento dos municípios, a Coordenação Estadual ou do Distrito Federal deverá consolidar, as informações e enviar para a Coordenação Nacional do Programa de Controle do Tabagismo/INCA/MS;
- somente receberão os medicamentos e materiais de apoio, as unidades de saúde que estiverem credenciadas e que enviarem a estimativa de atendimento;
- a continuidade do recebimento desses insumos estará vinculada ao envio periódico de informações para a Coordenação Estadual do Programa, sobre os atendimentos realizados pelas unidades de saúde;
- o quantitativo dos insumos a serem enviados a cada município será calculado pela Coordenação Nacional do Programa e repassado aos Departamentos do Ministério da Saúde responsáveis pela compra, produção e distribuição dos mesmos, a partir das informações enviadas pelas Coordenações Estaduais e do Distrito Federal;

2.3.7 Diretrizes para o tratamento do tabagismo aos coordenadores de saúde credenciados pelo ministério da Saúde

O programa é destinado a ajudar os participantes a deixarem de fumar, fornecendo-lhes todas as informações e estratégias necessárias para direcionar seus próprios esforços nesse sentido. Ele consiste de uma abordagem ativa e pragmática, em que os participantes são incentivados a aplicar o que aprenderam com o Programa em outros aspectos de sua vida (Ministério da Saúde, 2003d).

O programa consiste de quatro sessões de grupo (10 a 15 pessoas), de uma hora e meia, uma vez por semana, por um período de quatro semanas. Num programa com essa duração, obtém-se tanto êxito quanto num programa mais longo. Contendo todos os elementos que são significativos para ajudar fumantes a pararem de fumar e a permanecerem sem cigarros, ele aborda os comportamentos, pensamentos e sentimentos dos fumantes (Ministério da Saúde, 2004b).

Finalmente, ele usa a interação de grupo para incentivar e apoiar as mudanças, sem, no entanto, estimular a dependência dos participantes ao grupo. Embora tenha sido elaborado para ser aplicado em quatro sessões de uma hora e meia, pode haver flexibilidade. Tem-se a opção de conduzir encontros mais demorados, para mostrar filmes ou ampliar as discussões de grupo. No entanto, a programação básica deve ser sempre mantida (Ministério da Saúde, 2004 b).

Segundo as orientações do Ministério da Saúde, o programa deve ser coordenado por dois profissionais de saúde de nível universitário, previamente capacitados e que possuam as seguintes qualidades: tenham compromisso com a preservação da saúde; gostem de trabalhar com grupos; tenham facilidade de relacionamento, flexibilidade e bom senso; sejam capazes de falar simples e diretamente e não serem fumantes. No entanto, caso não haja disponibilidade dos dois profissionais, os grupos poderão ser orientados somente por um deles.

Cada sessão do grupo possui conteúdos previamente estabelecidos, para serem discutidos na medida em que os participantes evoluem na busca de seu objetivo.

Sessão 1. Entender por que se fuma e como isso afeta a saúde

Sessão 2. Os primeiros dias sem fumar

Sessão 3. Como vencer os obstáculos para permanecer sem fumar

Sessão 4. Benefícios obtidos após parar de fumar

Os temas de cada sessão são trabalhados de forma dinâmica e dialogada, com base em conhecimento científico, porém, de forma simples e objetiva, para que os participantes possam relacionar tal conhecimento com seu dia-a-dia. Eles também tem a oportunidade de relatar como se sentem, ouvir os colegas e dar sugestões uns aos outros sobre o que devem fazer para o alcance de seu objetivo comum, que é a cessação do tabagismo.

O coordenador é responsável por manter todos os participantes envolvidos no processo. Isso significa envolvê-los nas discussões em grupo sempre que for necessário. Também é papel do coordenador cuidar para que as sessões de grupo iniciem e terminem no horário preestabelecido, bem como manter os seus próprios comentários e as discussões do grupo dentro da pauta. Isso é especialmente importante, porque o Programa é dinâmico, intensivo e com muito material para ser abordado em um período de tempo relativamente curto. Para tal realização o profissional credenciado recebe o manual do coordenador com todas as orientações necessárias para conduzir o programa de cessação em sua unidade de saúde (Ministério da Saúde, 2004).

Também é responsabilidade do coordenador manter um registro dos progressos feitos pelos participantes e guardar essas anotações para estudo e observações posteriores.

Para que o profissional de saúde possa ajudar um paciente a deixar de fumar, é necessário, em primeiro lugar, que ele entenda a dependência à nicotina e que esta se trata de uma doença.

Sabendo que a dependência a nicotina possui três componentes básicos: dependência física, responsável pelos sintomas da síndrome de abstinência quando se abandona o cigarro; dependência psicológica, responsável pela sensação de ter no cigarro um apoio ou um mecanismo de adaptação para lidar com sentimentos de solidão, frustração, com as pressões sociais e outras; e condicionamento, representado por associações habituais com o ato de fumar (fumar e tomar café, fumar e trabalhar, fumar e dirigir, fumar e consumir bebidas alcoólicas, fumar após as refeições e outras) (Ministério da Saúde, 2004). Dessa forma, é importante salientar que o tratamento do fumante tem como eixo a abordagem cognitivo-comportamental, para informar ao fumante sobre os riscos de fumar e os benefícios de cessar o tabagismo, motivá-lo a deixar de fumar e apoiá-lo no processo de cessação, fornecendo as orientações necessárias para que ele consiga lidar com a síndrome de abstinência, com a dependência psicológica e os condicionamentos associados ao hábito de fumar.

Para uma melhor sistematização, as intervenções atualmente utilizados para cessação de fumar foram divididos em 2 grupos: I) intervenções para os quais existem evidências atuais sobre sua eficácia na cessação de fumar, e II) intervenções que embora preconizados para cessação de fumar ainda carecem de evidências científicas sobre sua eficácia para cessação de fumar (Ministério da Saúde, 2004).

I.) Intervenções Eficazes para a Cessação do tabagismo

Esse grupo inclui duas grandes abordagens para as quais existem evidências científicas suficientes para comprovar sua eficácia na cessação de fumar: a abordagens psicossociais e abordagens farmacológicas.

Intervenções psicossociais

Os diferentes modelos de tratamento variam de acordo com a base teórica e as técnicas utilizadas. As intervenções podem ser diferenciadas pela intensidade (frequência ou duração do tratamento), pelo *setting* que é utilizado (ambulatorial ou hospitalar), e pela forma em que é oferecida (individual, grupo, ou por meio de outro canal de comunicação como, por exemplo, tratamento para tabagismo pelo telefone) (Mazoni, 2008)

A maioria das intervenções psicossociais para dependência química compartilha de técnicas como a psicoeducação, reforço da auto-eficácia, suporte e encorajamento da relação terapêutica. As intervenções podem ser caracterizadas como breves ou intensivas (Shearer, 2007).

As breves incluem material de auto-ajuda e aconselhamento face a face ou telefônico. As intervenções intensivas são geralmente oferecidas por profissionais especializados e têm formato individual ou em grupo (Lancaster, 2005).

A entrevista motivacional é uma das intervenções psicossociais que vem sendo utilizada para cessação de comportamentos dependentes. Está baseada em três conceitos importantes: a motivação, a qual é definida como a probabilidade de que uma pessoa inicie, dê continuidade e permaneça num processo de mudança específico; a ambivalência, experiência de conflito psicológico para escolher entre dois caminhos; e a prontidão para mudança que está baseada no Modelo Transteórico. Este modelo preconiza que a mudança comportamental é um processo e que as pessoas têm diversos níveis de motivação para mudar comportamentos.

Com isso, permite planejar intervenções e programas que atendam às necessidades particulares dos indivíduos (Prochaska e Di Clemente, 1982).

Segundo Prochaska e Di Clemente (1982), o modelo transteórico descreve 5 estágios motivacionais, pelos quais os indivíduos passam, quando modificam um comportamento problema. O primeiro, a Pré-Contemplanção, o indivíduo não demonstra consciência suficiente de que tem problemas. Quando a pessoa passa a considerar seu comportamento como um problema, com a possibilidade de mudanças, ela entra no estágio de Contemplanção. Seguindo para o estágio de Preparação, a pessoa começa a construir tentativas para mudar seu comportamento. Quando estas tentativas são colocadas em prática, a pessoa encontra-se no estágio de Ação, ocorrendo uma implementação de planos para a modificação do comportamento problema. Finalmente, o sucesso da mudança ocorre no estágio de Manutenção, onde a pessoa modifica seu estilo de vida, evitando a recaída, atingindo abstinência e consolidando as mudanças. A recaída pode estar presente, obrigando novamente o dependente a passar várias vezes pelos estágios de mudança, antes de atingir a manutenção em longo prazo.

Poucos fumantes (10%) encontram-se prontos para modificarem seu hábito de fumar. Portanto, as intervenções devem envolver a avaliação do estágio motivacional e a aplicação de técnicas adequadas a cada estágio (Hugues, 2003). A entrevista motivacional é uma ferramenta bastante útil em várias fases do tratamento e especialmente importante em casos nos quais os clientes estejam ambivalentes e resistentes à mudança.

Além disso, por tratar-se de uma técnica breve e diretiva, possui indicação para atender vários *settings* como o ambulatório, o hospital e mais recentemente vem sendo disponibilizada através de tele-consulta. Vários estudos relatam à utilização da entrevista motivacional por telefone para atendimento de tabagistas. Por outro lado quando telefonam para um serviço de tele atendimento, 83% encontram-se no estágio de ação (Mazoni, 2007).

Miller e Rollnick (2001) enumeraram seis elementos indispensáveis para trabalhar estratégias de mudança. Estes elementos podem ser sumarizados pelo acrônimo inglês FRAMES: *Feedback* (devolução), que é o uso da informação com base nos resultados obtidos na avaliação inicial estruturada e objetiva da real situação do paciente; *Responsibility* (responsabilidade) é a ênfase na responsabilidade pessoal do paciente e na liberdade de escolha; *Advice* (recomendação) é proporcionar ao paciente conselhos claros e diretos, sobre a necessidade de mudança e como ela pode ser obtida; *Menu* (inventário) é oferecer opções de escolha para o paciente, mostrando alternativas para mudança; *Empathy* (empatia) é a

aceitação do paciente, entendendo seu processo sem julgá-lo e escutando-o de forma reflexiva; e *Selfefficacy* (auto-eficácia) que reforça a crença do paciente na própria capacidade de mudança.

A intervenção breve motivacional produz melhores resultados do que um simples aconselhamento, especialmente entre aqueles que não estão prontos para parar de fumar, dobra as taxas de cessação, gasta menos tempo no atendimento dos pacientes, previne doenças crônicas relacionadas ao cigarro e tem alto impacto custo/benefício. Esta intervenção também tem sido oferecida por meio de ligações telefônicas materiais de auto-ajuda (Ministério da Saúde, 2004d).

Terapia Cognitivo-Comportamental

É uma abordagem que combina intervenções cognitivas com treinamento de habilidades comportamentais, e que é muito utilizada para o tratamento das dependências. Os componentes principais dessa abordagem envolvem: a detecção de situações de risco de recaída; o desenvolvimento de estratégias de enfrentamento (Fiore et al, 1992).

Dentre as várias estratégias empregadas nesse tipo de abordagem temos, por exemplos, a auto-monitoração, o controle de estímulos, o emprego de técnicas de relaxamento, procedimentos aversivos. Em essência, esse tipo de abordagem envolve o estímulo ao auto-controle ou auto-manejo para que o indivíduo possa aprender como escapar do ciclo vicioso da dependência, e a tornar-se assim um agente de mudança de seu próprio comportamento (Marques, 2001).

Os estudos mostram que, qualquer que seja a duração dessa abordagem, há um aumento da taxa de abstinência. Porém, quanto maior o tempo total da abordagem (frequência da abordagem multiplicada pelo tempo gasto em cada contato) maior a taxa de abstinência. Por outro lado, a partir de um tempo total de abordagem de 90 minutos, não ocorre aumento adicional da taxa de abstinência (Fiore, 1998).

Segundo Fiore (1998), a associação de abordagens nas linhas que se seguem, até um máximo de quatro, conduz a um significativo aumento na taxa de cessação:

5. preparar o fumante para soluções de seus problemas;
6. estimular habilidades para resistir as tentações de fumar;
7. preparar para prevenir a recaída;
8. preparar o fumante para lidar com o stress.

Sabe-se que quanto maior for o tempo dedicado em cada abordagem do fumante, maior a taxa de cessação. Assim, quando comparadas com as situações em que nenhum aconselhamento é dado ao fumante, a abordagem mínima (< 3 minutos) aumenta a taxa de cessação de fumar em 30%, a abordagem de 3 a 10 minutos aumenta em 60% e a abordagem de 10 minutos de duração aumenta em mais de 100% (Organização Mundial de Saúde, 2008).

Classificação das abordagens cognitivo-comportamentais, segundo a OMS (2008):

- 2 Abordagem breve/mínima (PAAP):** consiste em perguntar e avaliar, aconselhar e preparar o fumante para que deixe de fumar, sem no entanto, acompanhá-lo nesse processo. Pode ser feita por qualquer profissional de saúde durante a consulta de rotina, sobretudo por aqueles que têm dificuldade de fazer um acompanhamento desse tipo de paciente (exemplo: profissionais que atuam em pronto socorro; pronto atendimento; triagens, etc.). Este tipo de abordagem pode ser realizada em 3 minutos durante o contato com o paciente. Vale salientar que embora não se constitua na forma ideal de atendimento, pode propiciar resultados positivos como instrumento de cessação, pois permite que um grande número de fumantes sejam beneficiados, com baixo custo.
- 3 Abordagem básica (PAAPA):** consiste em perguntar, avaliar, aconselhar, preparar e acompanhar o fumante para que deixe de fumar. Também pode ser feita por qualquer profissional de saúde durante a consulta de rotina, com duração, no mínimo, de 3 minutos e, no máximo, de 5 minutos, em média, em cada contato. Indicada a todos os fumantes. É mais recomendada que a anterior (PAAP), porque prevê o retorno do paciente para acompanhamento na fase crítica da abstinência, constituindo-se em uma importante estratégia em termos de saúde pública, e também oferece a vantagem do baixo custo.
- 4 Abordagem específica/intensiva:** É a abordagem em ambulatório específico para atender os fumantes que querem deixar de fumar. Pode ser feita individualmente ou em grupo e é indicada para fumantes que foram identificados como motivados, durante as abordagens anteriores, tentaram deixar de fumar, mas não obtiveram sucesso, ou para aqueles que procuraram diretamente os profissionais para esse tipo de apoio. Essa abordagem se diferencia

das anteriores no que se refere a duração do contato a cada consulta. O ideal é que essa abordagem seja distribuída em quatro sessões estruturadas com periodicidade semanal, que no final somem pelo menos 90 minutos de tempo total de contato nas 4 primeiras sessões. Para o cronograma de acompanhamento após as 4 primeiras sessões, tanto em grupo como individual, sugere-se: 15 dias, 30 dias, 60 dias, 90 dias, 180 dias e 12 meses.

5 Abordagem dos fumantes que tiveram lapso ou recaíram após uma abordagem básica/mínima:

Esses fumantes devem ser abordados sem críticas, analisando-se as circunstâncias de recaída, retornando ao processo da abordagem cognitivo-comportamental (PAAPA), e estimulando-o a tentar novamente. Caso o profissional julgue necessário, poderá encaminhá-lo para a abordagem específica/intensiva. Para reforçar a abordagem, o profissional de saúde pode fornecer material educativo, específico para o fumante, bem como orientá-lo a buscar apoio através do serviço Disque-Saúde/Ministério da Saúde através do número 0800 61 1997.

6 Abordagem para o fumante que não demonstra desejo de parar de fumar: Vários podem ser os motivos pelos quais alguns fumantes não demonstram desejo de parar de fumar:

1. Falta de informação sobre os efeitos nocivos do tabagismo.
2. Falta de recursos financeiros.
3. Crenças e receios relacionados ao processo de cessação.
4. Insegurança devido a tentativas anteriores sem sucesso ou mesmo recaídas.
5. Não desejam realmente.

Qualquer que seja a razão, esses pacientes poderão mudar seu nível de motivação através de intervenções motivacionais, que podem ser sistematicamente feitas por profissionais de saúde durante as suas consultas de rotina.

7 Abordagem do não-fumante: A todo não-fumante deve ser perguntado se convive com fumantes em casa e/ou no ambiente de trabalho. Em caso afirmativo, ele deve ser esclarecido sobre os riscos da exposição tabagística ambiental, correlacionando-a com a doença apresentada atualmente ou com o risco de desenvolver uma doença relacionada a essa exposição. Se possível, devem receber material esclarecendo sobre tabagismo passivo. Esta

abordagem pode ser feita com crianças a partir de 5 anos de idade, adequando a informação e a linguagem à faixa etária.

Componentes das abordagens:

Perguntar e Avaliar (PAapa)

As perguntas sugeridas como suficientes para avaliar o fumante quanto à sua dependência de nicotina, e seu grau de motivação para deixar de fumar, são (Nunes, et al, 2010):

- 2 *Você fuma? Há quanto tempo?* (diferencia a experimentação do uso regular; por exemplo, se o fumante diz fumar 5 cigarros por dia e ter começado a fumar há 15 dias, de acordo com a OMS ele ainda não é um fumante regular e encontra-se em fase de experimentação).
- 3 *Quantos cigarros fuma por dia?* (pacientes que fumam 20 ou mais cigarros por dia provavelmente terão uma maior chance de desenvolverem fortes sintomas de síndrome de abstinência na cessação de fumar).
- 4 *Quanto tempo após acordar acende o 1º cigarro?* (pacientes que fumam nos primeiros 30 minutos após acordar, provavelmente terão uma maior chance de desenvolverem fortes sintomas de síndrome de abstinência na cessação de fumar).
- 5 *O que você acha de marcar uma data para deixar de fumar?* (permite avaliar se o fumante está pronto para iniciar o processo de cessação de fumar). Em caso de resposta afirmativa, perguntar: *Quando?*
- 6 *Já tentou parar?* Se a resposta for afirmativa, fazer a pergunta 6.
- 7 *O que aconteceu?* (permite identificar o que ajudou e o que atrapalhou a deixar de fumar, para que esses dados sejam trabalhados na próxima tentativa).

Aconselhar e Preparar (pa~~A~~Pa)

A partir das respostas às perguntas acima, recomenda-se aconselhar o fumante a parar de fumar, adaptando as mensagens ao perfil do fumante levando em consideração sexo, idade, existência de doenças associadas ao tabagismo, etc. A conduta deve estar de acordo com o interesse do fumante em deixar de fumar, ou não, no momento da consulta.

Os fumantes que não estiverem dispostos a parar nos próximos 30 dias, devem ser estimulados a pensar sobre o assunto e serem abordados no próximo contato. É importante que o profissional se mostre disposto a apoiá-los nesse processo.

Já para aqueles interessados em parar de fumar, a etapa seguinte é prepará-los para isso. Nessa etapa da preparação para a cessação, o profissional de saúde deve sugerir que o fumante marque uma data, deve explicar os sintomas da abstinência e sugerir estratégias para controlar a vontade de fumar (tomar água, chupar balas, mascar chicletes, gengibre, etc), e para quebrar os estímulos associados ao fumar (restringir o uso de café e bebida alcoólicas, desfazer-se de isqueiros, evitar ambientes ou situações que estimulem o fumar, aprender a lidar com situações de estresse, etc). Esse preparo deve levar em consideração as experiências individuais do paciente e do próprio profissional que o está atendendo (Marques, 2001)

Acompanhar (paapA)

O ideal é que todos os fumantes que estão em processo de cessação de fumar sejam acompanhados com consultas de retorno para garantir um apoio na fase inicial da abstinência onde os riscos de recaída são maiores.

O grupo sugeriu que o paciente que está em processo de cessação de fumar retorne para acompanhamento em pelo menos 3 momentos durante os seis meses subsequentes à parada de fumar. Esses retornos podem acontecer, de acordo com a avaliação do profissional de saúde, nos 1º, 3º e 6º e 12º meses (Marques, 2001).

Farmacoterapia

A farmacoterapia pode ser utilizada como um apoio, em situações bem definidas, para alguns pacientes que desejam parar de fumar. Ela tem a função de facilitar a abordagem cog-

nitivo-comportamental, que é a base para a cessação de fumar e deve sempre ser utilizada (Wu ping et al, 2006).

Existem, no momento, algumas medicações de eficácia comprovada na cessação de fumar. Esses medicamentos eficazes são divididos em duas categorias: medicamentos nicotínicos e medicamentos não-nicotínicos (Marques, 2001).

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 (Nunes et al, 2010).

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 (Balbani, 2005).

A TRN (adesivo e goma de mascar) e a bupropiona são considerados medicamentos de 1ª linha, e devem ser utilizados preferencialmente. A nortriptilina e a clonidina são medicamentos de 2ª linha, e só devem ser utilizados após insucesso das medicações de 1ª linha (Marques, 2010).

Critérios para utilização da farmacoterapia:

Para prescrição de apoio medicamentoso, sugerimos critérios de acordo com o grau de dependência física da nicotina (Balbani, 2005).

- fumantes pesados, ou seja, que fumam 20 ou mais cigarros por dia;
- fumantes que fumam o 1º cigarro até 30 minutos após acordar e fumam no mínimo 10 cigarros por dia;
- fumantes com escore do teste de Fagerström, igual ou maior do que 5, ou avaliação individual, a critério do profissional;
- fumantes que já tentaram parar de fumar anteriormente apenas com a abordagem cognitivo-comportamental, mas não obtiveram êxito devido a sintomas da síndrome de abstinência;
- não haver contra-indicações clínicas.

Critérios para seleção do medicamento:

Em geral, a monoterapia é suficiente para a maioria dos pacientes. A escolha entre uma das formas de terapia de reposição de nicotina (adesivo e goma de mascar) e bupropiona dependerá da avaliação individual do paciente pelo profissional. Não havendo contra-indicações clínicas, podem ser escolhidos os medicamentos acima, de acordo com a posologia e facilidade de administração. Assim, entre os medicamentos de 1ª linha, não existe um critério fechado de escolha, devendo-se na ausência de contra-indicações, fazer a opção levando em conta a opinião e vontade do paciente, o que tende a aumentar a aderência ao tratamento (Menezes, 2004).

Nos casos em que houver falha de tratamento, ou seja, em que o paciente não conseguiu parar de fumar após ter sido realizada abordagem cognitivo-comportamental e utilizado apenas um dos medicamentos de 1ª linha, pode-se pensar na associação dessas formas terapêuticas. Estudos mostram que a associação entre adesivo e goma de mascar de nicotina, ou entre adesivo de nicotina e bupropiona, ou mesmo entre goma de mascar de nicotina e bupropiona, elevam as taxas de sucesso no processo de cessação de fumar (Jorenby et al, 1999).

Devidos a seus efeitos colaterais, e por terem sido testados em pequenas amostras de poucos estudos científicos, a nortriptilina e a clonidina só devem ser utilizados após insucesso das terapias de primeira linha, sob supervisão médica (Wu Ping, 2006).

II.) *Métodos ainda sem eficácia comprovada para cessação de fumar*

Vários outros métodos vêm sendo preconizados para a cessação de fumar tais como hipnose, acupuntura (agulha, laser), feedback fisiológico, cigarros artificiais sem drogas, aromaterapia (França), fórmulas de ervas, adesivos de lobélia (Ministério da Saúde, 2001).

Até o momento atual, não existem evidências científicas suficientes para comprovar a eficácia desses métodos. São ainda necessárias pesquisas utilizando metodologia dentro do rigor científico que avaliem a eficácia, a viabilidade, assim como o custo e benefício dos métodos (Ministério da Saúde, 2001).

Dessa forma, nenhum desses métodos é recomendado como o método de escolha para a cessação de fumar. No entanto, esses métodos poderão ser usados caso sejam de escolha dos pacientes e desde que não existam contraindicações para o seu uso.

Segundo o Consenso de Abordagem e Tratamento do Fumante do Ministério da Saúde (2001), “até o momento atual não existem evidências científicas suficientes para comprovar a

eficácia” da acupuntura e de outros métodos como aromaterapia e hipnose. Assim, a acupuntura “não é recomendada como o método de escolha para a cessação de fumar”, mas poderá ser usada “caso seja de escolha dos pacientes e desde que não existam contraindicações para o seu uso”.

2.4 Grupo de Adesão ao Tratamento

Grupo adesão é uma prática de saúde que se fundamenta no trabalho coletivo, na interação e no diálogo. Trata-se de um grupo homogêneo quanto à enfermidade dos pacientes, aberto com relação à entrada destes em cada reunião e multidisciplinar no que diz respeito à coordenação. Tem caráter informativo, reflexivo e de suporte, e sua finalidade é identificar dificuldades, discutir possibilidades e encontrar soluções adequadas para problemáticas individuais e/ou grupais que estejam dificultando a adesão ao tratamento (Bleguer, 1998).

É um ambiente de motivação para o tratamento pelo compartilhar de dificuldades e pela busca de alternativas para superá-las, de construção de vínculos, de acolhida, de respeito à diferença e de reforço da auto-estima, em que se busca estimular a pessoa a encontrar recursos para lidar com as questões do adoecer, da doença e dos seus efeitos sobre sua vida.

Segundo Bleguer (1998) é um cenário de interação de diferentes pessoas, conceitos, valores e culturas no qual cada ator se diferencia e se reconhece no outro em uma dinâmica que possibilita falar, escutar, sentir, indagar, refletir e aprender a pensar para superar resistências à mudança e promover adaptação do estilo de vida à condição de saúde.

Assim como o cuidado, no grupo adesão a aprendizagem e o ensino são **bilaterais**, integrantes de um processo mútuo e solidário, no qual **todos ensinam e todos aprendem**, assemelhando-se a um processo pedagógico baseado na exemplaridade, na simetria, na interação e na reciprocidade que permite aos seres humanos, reunidos naquele ambiente, colocarem-se uns frente aos outros, aprenderem uns com os outros, encurtando a distância entre profissionais e pacientes em uma aproximação que possibilita diminuir o fosso entre os serviços de saúde e o cotidiano da população assistida (da Silveira et al, 2005).

A grupoterapia com pacientes portadores de doenças crônicas nos serviços de saúde é uma prática assistencial secular que varia em múltiplas modalidades, moldadas pela finalidade, pela técnica e pela fundamentação teórica. Os procedimentos terapêuticos e as ferramentas técnicas variam e combinam-se de acordo com o objetivo do trabalho grupal (Bleguer, 1998).

Ao incluir a dimensão humana nas ações terapêuticas e pedagógicas, percebe-se uma dinâmica, na qual o sujeito afeta e é afetado, caracterizando um processo de influência mútua. Neste processo, a *relação interpessoal* (Folkes, 1972) é uma via, um instrumento, um recurso a ser incorporado e utilizado no cuidado e na aprendizagem. O resultado desta dinâmica é uma *dupla humanização* em que a prática humaniza os sujeitos e os sujeitos humanizam a prática que desenvolvem, entendimento que se reforça no pensamento de Bleger ao afirmar que “quando se trabalha um objeto, não apenas o objeto está sendo modificado, mas também o sujeito (...), e as duas coisas ocorrem ao mesmo tempo”.

Os profissionais de saúde que ali estão percebem que sua função, como facilitadores de grupo que se propõem a contribuir para que os pacientes se vinculem ao tratamento, é acolhê-los e ouvi-los para que tragam experiências, situações vividas, dúvidas, por meio das quais se explicitem as dificuldades em cuidar-se, identifiquem quais os recursos de que dispõem para dar conta deste seu momento e então estabeleçam conexões entre os conhecimentos, as informações e as vivências, para que novos entendimentos possam processar novas formas de condutas em prol da saúde, oportunizando uma “aprendizagem vital que pressupõe uma mudança de atitude a respeito da pessoa inteira (Miranda e Miranda, 1990).

Portanto, pela possibilidade que oferece ao profissional de saúde de exercer sua função transformadora com resolutividade e responsabilidade social e também de produzir alternativas que respondam aos desafios na busca de adesão ao tratamento, consideramos a prática com grupo adesão como um espaço de aprendizagem no qual os sujeitos que dele compartilham, de acordo com Rovere, “são problematizados e problematizam uma determinada realidade desenvolvendo competências para intervir sobre ela”.(Bleguer, 1998).

2.5 Modelos de Ajuda

Buscando obter dados sobre o relacionamento que se estabelece entre o profissional de saúde e o usuário, estudamos as habilidades interpessoais da pessoa que presta atendimento, segundo o “modelo de ajuda” de Robert R. Carchuff e Bernard G. Berenson, citado por MIRANDA & MIRANDA (1990). São elas: atender, responder, personalizar e orientar. Também consideramos as fases pelas quais o usuário passa durante o processo de ajuda que são: envolver-se, explorar, compreender e agir.

ENTRALGO (1983) nos faz pensar em acolhimento quando fala em “Relação de ajuda”, na qual as pessoas que procuram ajuda são ao mesmo tempo objetos e agentes da ação;

são objetos porque procuram ajuda, necessitam de ajuda, e agentes porque participam dessa ajuda através de opiniões e decisões. Nesta relação é imprescindível que a equipe de saúde esteja preparada adequadamente de modo a proporcionar uma relação clara e tranquila para o usuário.

MIRANDA & MIRANDA (1990) falam também sobre a relação de ajuda; citam que esta ocorre no encontro entre duas pessoas e será através desse encontro que o ajudador vai acolher o ajudado e construir a base de uma relação a dois. O relacionamento de ajuda é desenvolvido a cada encontro de modo a render o máximo para ambos. É como se o ajudador formasse a imagem do ajudado nos momentos iniciais, checando o quanto de abertura e disponibilidade pode esperar dele. Estes autores tiveram como fonte principal de seu trabalho o “modelo de ajuda” de Robert R. Carchuff e Bernard G. Berenson.

Os autores, desenvolvendo seu “modelo de ajuda”, buscaram incessantemente uma operacionalização das habilidades interpessoais; compartilhar as habilidades de ajuda com o maior número de pessoas; pais, professores, patrões, profissionais de saúde, religiosos, aquelas pessoas que normalmente exercem influência marcante na vida dos outros – além dos profissionais da área da “saúde mental” – psiquiatras, psicólogos, orientadores, conselheiros. A todo esse grupo de pessoas significativas chamou de ajudadores; e ao grupo de pessoas que de uma forma ou de outra, recebem sua influência ou com eles interagem, de ajudados.

Neste modelo constam as **principais habilidades interpessoais** do ajudador, sendo:

- 1) **atender** é comunicar de maneiras não verbais, disponibilidade e interesse pelo ajudado;
- 2) **responder** é comunicar compreensão pelo ajudado;
- 3) **personalizar** é mostrar ao ajudado sua parcela de responsabilidade no seu problema;
- 4) **orientar** é avaliar com o ajudado, as alternativas de ação possíveis e facilitar a escolha de uma delas.

Também segundo este modelo, as fases pelas quais o ajudado passa durante o desenrolar do processo de ajuda são:

- 1) **envolver-se**: capacidade de se entregar ao processo de ajuda;
- 2) **explorar**: capacidade de avaliar a situação real em que se encontra no momento do processo de ajuda;

3) **compreender**: estabelecer ligações de causa e efeito entre os elementos presentes em sua vida;

4) **agir**: movimentar-se do ponto onde está para onde quer chegar, escolhendo o melhor caminho.

O final do processo de ajuda ocorre quando o ajudado se torna seu próprio ajudador.

2.6 Atitudes e crenças profissionais na cessação ao tabagismo

Além dos aspectos mencionados existem outros que devem ser considerados para que haja uma boa intervenção junto ao tabagista. Estes referem-se a questões internas ou pessoais do profissional, as quais se não forem bem trabalhadas e refletidas poderão comprometer os resultados da intervenção. Veja com mais detalhes a seguir:

Segundo De Michele (2006), os fatores que podem impedir que o profissional faça uma boa intervenção com tabagistas. São eles:

1. **Atitudes Negativas**: Muitos profissionais acreditam que pessoas que fumam são imorais, sem caráter ou sem força de vontade. Na verdade, este tipo de crença só fará com que o profissional seja hostil com o paciente.

2. **Aspectos Pessoais**: Profissionais que cresceram ou tiveram contato próximo com parentes que fumavam, podem desenvolver atitudes rígidas, em relação a tabagistas. Identificar a posição ou o que o profissional pensa, quanto ao uso e ao usuário, poderá ajudá-lo a desenvolver atitudes mais flexíveis e, quem sabe, mais afetivas. Algumas vezes pode ocorrer o oposto: o profissional não ter conhecimento nenhum e ser extremamente rígido sobre o que pensa de quem fuma. Por não entender julga e julgando não consegue ajudar.

3. **Medo**: Profissionais muito tímidos podem se sentir ameaçados por comportamentos hostis dos pacientes. Além disso, o medo de falar em público também diminui a possibilidade de comunicação entre as partes no grupo.

4. **Hostilidade**: Alguns profissionais sentem-se irritados devido à postura de resistência que muitos pacientes assumem durante a abordagem. Neste caso, procurar entender o comportamento do paciente, seja ele qual for. Do contrário, o profissional pode perder a

objetividade da sua intervenção, assumindo uma postura punitiva.

5. Baixa Autoconfiança: Um profissional com uma baixa auto-estima e baixa autoconfiança em seu desempenho pode necessitar de constante "aprovação" e, neste sentido, pode se sentir impedido a fazer "alianças" com os pacientes. Isto não trará benefício algum para o tabagista dentro do processo de mudanças que deve assumir. O profissional deve ter sim uma atitude positiva da vida e ao longo do processo também adquirir hábitos de vida mais saudáveis.

6.Negativismo: profissionais que acreditam que parar de fumar é muito difícil ou quase impossível não poderão inspirar pessoas a mudarem seus hábitos. O profissional deve ser positivo, acreditar na capacidade pessoal que cada um tem em si, na capacidade de mudar a própria vida podem ser muito transformadores principalmente nos grupos de apoio.

7. Pré-Suposições: Um profissional que encara a tabagista como "fraco", sem determinação para parar, ignorantes, dificilmente terá prazer em atender um paciente e, caso o faça, terá grandes dificuldades para motivá-lo a mudar de comportamento. Muitos profissionais geralmente fazem falsas suposições com base na aparência, comportamento ou estilo de vida. No entanto, há três coisas de que você precisa lembrar ao fazer pré-suposições: reconhecer que é somente uma suposição; não assumir sua suposição como um fato consumado; checar se suas suposições têm algum fundamento. Isto evitará que você faça julgamentos precipitados a respeito do tabagista.

O profissional de saúde deve deixar os julgamentos preconceituosos de que o fumante é um viciado. Deve trocar esse título por doente. O fumante não é ocioso mas antes de tudo um ser humano, que como todos nós, foi exposto ao hábito de fumar e muito provavelmente aprendeu este hábito com os próprios pais, criança ainda, sem condições de discernimento sobre o que era bom ou ruim para a própria saúde. Até compreender o qual danoso para si era o fumar, já estava quimicamente, psicologicamente e socialmente dependente da nicotina.

Os principais obstáculos à saúde do indivíduo que fuma - não importa em que parte do mundo – não são nem físicos e nem biológicos. Ao invés disso, os obstáculos fundamentais à melhoria de sua saúde são as expectativas e comportamentos culturais, sociais e interpessoais.

Segundo Chiesa et al (2007), no que se refere especificamente ao tabaco, a literatura recomenda que a abordagem motivacional pautar-se nos seguintes princípios:

- 1 Reconhecer o conhecimento da pessoa como sua escolha pessoal.
- 2 Deixar que o paciente decida o grau no qual o uso do cigarro é um problema para ele.
- 3 Evitar argumentação ou confrontação.
- 4 Encorajar a pessoa a discutir sobre as vantagens e desvantagens em tentar parar de fumar, como este as vê. Usar esta discussão para sinalizar as inconsistências nas crenças do usuário.

Como cada comportamento individual ou coletivo é aprendido, tem potencial para ser modificado ou substituído por outros comportamentos aprendidos mais recentemente. O profissional de saúde motivado cria oportunidades para as mudanças necessárias na direção de ações pessoais saudáveis.

Mudanças envolvem pessoas, valores, culturas e envolvem também questões ideológicas, sociais, econômicas e históricas. Isso significa romper com “antigos paradigmas”, sem negar, entretanto, a historicidade das profissões, o acúmulo de conhecimentos e os modelos de atenção à saúde existentes no país (Chiesa et al, 2007).

A formação inicial dos profissionais de saúde, de um modo geral, não os prepara para atuar no campo da promoção à saúde, devido ao enfoque ainda predominantemente biológico, curativo, médico-centrado e desarticulado das práticas em saúde. Estudos têm evidenciado o distanciamento existente entre o ensino proposto pelas escolas e as necessidades de saúde da população (Cursino e Gallino, 2012).

A chave para introduzir as mudanças éticas e efetivas em saúde depende da existência de profissionais de saúde, do local ou de fora, que trabalhem cooperativamente com grupos locais e os indivíduos para oferecer escolhas informadas. Para tal objetivo é imperativo formar profissionais humanizados.

No caso específico do tratamento ao tabagista o profissional de saúde deve buscar desenvolver habilidades humanizadas, gostar de trabalhar com pessoas, com grupos sem pré julgamentos e construir em si e no outro o potencial para motivar hábitos saudáveis. Para tanto deve ter sempre o espírito de busca no seu auto-aperfeiçoamento intelectual, emocional e espiritual.

A relutância do fumante em procurar ajuda e a falta de serviços dotados de profissionais treinados para detectar o paciente de risco são barreiras na procura de tratamento. Todos

os indivíduos que chegam aos serviços de saúde devem ser investigados quanto ao hábito de fumar. Isto pode ser feito a partir de um protocolo simples com apenas algumas perguntas. Se fumam, devem ser aconselhados a interromper o uso de tabaco.

Parar de fumar depende de ambas as partes: do fumante e do profissional de saúde. O fumante precisa querer parar de fumar e já estar motivado para a ação, porém o profissional de saúde tem a responsabilidade de atuar em todos os níveis, da prevenção ao tratamento, da escola ao serviço médico de saúde, da criança ao idoso. O profissional de saúde capacitado deve usar de forma criativa todas as ferramentas disponíveis e apresentá-las ao doente.

Antes de tudo o profissional de saúde precisa acreditar que é possível mudar hábitos. O atendimento às pessoas com problemas relacionados ao uso de tabaco é uma tarefa muito complexa, pois envolve, além de conhecimentos técnicos, uma vinculação pessoal, diretamente relacionada às crenças e percepções pessoais do próprio profissional envolvido. Alguns estudos (Reisdorf et al, 2013) apontam o importante papel dos profissionais de saúde como modelos para as pessoas por eles atendidas.

O profissional da saúde deve estar preparado para atender os pacientes que chegam à unidade básica de saúde e que desejam parar de fumar. Se não desejam, a equipe deve estar preparada para motivar aqueles que não quiserem ainda abandonar o vício.

Na relação do profissional com o paciente, a escuta não é só um ato generoso e de boa vontade, mas um imprescindível recurso técnico para o diagnóstico e a adesão terapêutica.

3. **CONCLUSÃO**

É errônea a suposição de que não há mais nada a se fazer pelo paciente fumante: enquanto o paciente estiver ao alcance profissional existe a necessidade do cuidado. Neste sentido, a atuação da equipe de saúde no tratamento ao tabagismo nas unidades de saúde é indispensável para proporcionar o máximo de motivação ao paciente, ajudando-o a mudar de fase motivacional e vivenciar o processo de cura, para que utilize as ferramentas para cessar o hábito de fumar. Isto significa oferecer conhecimentos para que o próprio paciente tome posse das suas habilidades e busque mais qualidade de vida e mudança nos seus hábitos de vida.

A possibilidade de compreender melhor a experiência do adoecer dos fumantes é uma das facetas indispensáveis ao que pode ser considerado desafiador no tratamento da cessação, pois é um processo de construção da prática da integralidade em saúde que considera as necessidades individuais do ser humano e seus hábitos adquiridos com o tempo.

Todos os programas e políticas nacionais sugerem que a ação do profissional da saúde é de extrema importância para o sucesso do tratamento ao tabagismo. Um profissional motivado, interessado e que acredita de fato nos resultados positivos podem levar a um aumento na porcentagem de cessação. O interesse pessoal do profissional envolvido leva a uma conscientização da problemática pelos próprios tabagistas e o apoio oferecido revela novas possibilidades de mudança comportamental e de hábitos, contribuindo assim para a cessação tabágica nas unidades de saúde.

O acolhimento e o vínculo guardam estreita relação com possibilidade de co-responsabilização, tornando o sujeito ativo, autônomo nas decisões acerca de sua vida e, assim, possibilita a construção de atos terapêuticos na direção da cura do tabagismo.

No processo de dinâmica de grupo ou grupoterapia, a função ocupada pela droga é substituída pela função da fala – nesse espaço do grupo, podem *falar*, ao invés de *fumar*.

Parar de fumar é um desafio de todos, profissionais, usuários e familiares, e ajudar com qualidade é a solução profissional que mais colabora com esse resultado e assim chegamos ao cerne da questão para uma ação mais eficaz em saúde e o sonho de todos os usuários: o cuidado humanizado. Para tal é preciso que o profissional de saúde adquira novas habilidades interpessoais para ajudar. O profissional de saúde acessível, respeitado e de confiança, que siga a pessoa e a família ao longo da vida e que assuma uma atitude compromissada tem um formidável potencial de promotor de saúde na cessação do tabagismo em nossa sociedade.

4. REFERÊNCIAS *

Aguiar Santos, D. "A saúde da família no sistema unico de saúde: um novo paradigma?." (1998).

Balbani, AP, and Montovani, JC. "Métodos para abandono do tabagismo e tratamento da dependência da nicotina." *Rev Bras Otorrinolaringol* 71.6 (2005): 820-7.

Batista, ES., and Campos, T. "Impacto do tabagismo e álcool sobre a composição corporal de jovens." *Rev bras cancerologia* 57 (2011): 355-60.

Belinghini, R. "O mito da nicotina: remédio não faz milagre." *Revista da associação brasileira do câncer*, ano 8, n. 47, p. 18-22, 2008.

Bettcher, DW. "A convenção-quadro para o controle do tabaco e a globalização." in: brasil. ministério da saúde. Organização pan-americana da saúde. tabaco e pobreza, um círculo vicioso – a convenção-quadro de controle do tabaco: uma resposta." Brasília: ministério da saúde, 2004. p.85-89.

Bleger, J. "Temas de psicologia: entrevista e grupos." São paulo: Martins fontes, 1998.

Carkhuff, R., Berenson,BG e Thorne, FC. "Beyond counseling and therapy." Vol. 30898129. New York: Holt, Rinehart and Winston, 1977.

Carvalho, Cristiane AP, et al. "Acolhimento aos usuários: uma revisão sistemática do atendimento no Sistema Único de Saúde." *Arq Ciênc Saúde*15.2 (2008): 93-5.

Cavalcante, TM. " O controle do tabagismo no brasil: avanços e desafios." *Rev psiq clín* 32.5 (2005): 283-300.

Centers for Disease Control and Prevention. "Cigarette smoking and health among adults, united states". *Mmwr* 1994;43:925-30.

Centers for disease control and prevention. "Cigarette smoking tributable mortality and years of potential life lost". USA. *Mmwr* 1990;42:645-9.

Chiesa, AM et al. "A formação de profissionais da saúde: aprendizagem significativa à luz da promoção da saúde." *Cogitare enferm*12.2 (2007): 236-40.

Coelho MO, Jorge MSB. Tecnologia das relações como dispositivo do atendimento humanizado na atenção básica à saúde na perspectiva do acesso, do acolhimento e do vínculo. *Ciênc Saúde Coletiva* 2009;14(1):1523-31.

* De acordo com a norma da UNICAMP/FOP, baseada no modelo Vancouver. Abreviatura dos periódicos em conformidade com a Medline

Cursino, Emília Gallindo. A integralidade no ensino da atenção à saúde da criança em cursos de Graduação em Enfermagem. Diss. Universidade de São Paulo, 2012.

Da graça castro, maria, et al. "qualidade de vida e gravidade da dependência de tabaco." Revista de psiquiatria clínica 34.2 (2007): 61-67.

da Silveira, LM and Ribeiro, VB. "Grupo de adesão ao tratamento: espaço de "ensinagem" para profissionais de saúde e pacientes." Interface-Comunicação, saúde, educação 9.16 (2005): 91-104.

Das sk. "Harmful health effects of cigarette smoking". Mol cell biochem. 2003;253(1-2):159-65.

De barros,MA and Pillon, SC. "Programa saúde da família: desafios e potencialidades frente ao uso de drogas." Revista eletrônica de enfermagem 8.1 (2006).

de Micheli,D; Santos Cruz, M. "Estratégias em intervenção breve para diferentes populações". IN: Secretaria Nacional anti-drogas. Intervenção breve para casos de uso de risco de substancias psicoativas. Sistema de detecção do uso abusivo e dependência de substancias psicoativas: Encaminhamento, intervenção breve, reinserção social e acompanhamento – Supera. Brasília: Secretaria Nacional anti-drogas, 2006. Modulo 4.

Department of health of london. "Smoking kills. A white paper on tobacco." London: the stationery office; 1998.

Diehl, A; Cordeiro, DC and Laranjeira, R. "Dependência química: prevenção, tratamento e políticas públicas". Artmed, 2011.

Echer, IC. "Fatores de sucesso no abandono do tabagismo." (2006).

Filho, AC e Achutti a. et al. "XXI. Tabagismo." Primeiras diretrizes clínicas na saúde suplementar 20021: 254.

Fernandes IV; Firmino, R. et al. "Atenção aos tabagistas pela capacitação de profissionais da rede pública." Rev saúde pública 42.2 (2008): 353-5.

Fiore MC, Bailey WC, Cohen SJ. "Smoking cessation. Clinical practice guideline", 18. Rockville (md): US Department of Health and Human Services, Public Health Service, agency for health care policy and research; 1996. [ahcpr publication, 96-0692].

Fiore MC, Jorenby DE, Baker TB, Kenford SL. "Tobacco dependence and the nicotine patch: clinical guidelines for effective use." Jama 1992;268:2687-94.

Folkes, SH.; Anthony, EJ. "Psicoterapia de grupo." São paulo: ibrasa, 1972.

*De acordo com a norma da UNICAMP/FOP, baseada no modelo Vancouver. Abreviatura dos periódicos em conformidade com a Medline

Foulds J. "Strategies for smoking cessation." In: Doll R, Crofton J, eds. Tobacco and health. Br med bull 1996;52(1):157-73.

Galduróz JCF, Noto AR, Nappo SA, Carlini EA. "Primeiro levantamento domiciliar nacional sobre o uso de drogas psicotrópicas". Parte a: estudo envolvendo as 24 maiores cidades do estado de São Paulo. São Paulo: UNIFESP/CEBRID; 1999

Hugues, J.R. (2003). "Motivating and helping smokers to stop smoking." Journal of General Internal Medicine, 18, 1053-1057.

Inca. "A ratificação da convenção-quadro para o controle do tabaco pelo Brasil: mitos e verdades". Rio de Janeiro: Inca, 2004.

Issa, JS. "Deixar de fumar ficou mais fácil". MG editores, 2007.

Jorenby, Douglas E., et al. "A controlled trial of sustained-release bupropion, a nicotine patch, or both for smoking cessation." New England Journal of Medicine 340.9 (1999): 685-691.

Lancaster, T., & Stead, L. F. "Self-help interventions for smoking cessation". Cochrane Database of Systematic Reviews, CD001118, 2005.

Lima, LL, Moreira TM, and Bessa MJ. "Caring production for people with high blood pressure: reception, bonding and co-responsibility." Revista brasileira de enfermagem 66.4 (2013): 514-522.

Malcon, MC, Menezes AM, and Chatkin, Moema. "Prevalência e fatores de risco para tabagismo em adolescentes." Rev saúde pública 37.1 (2003): 1-7.

Marques AC et al. "Consenso sobre o tratamento da dependência de nicotina". Revista brasileira de psiquiatria 23.4 (2001): 200-214.

Marsiglia MG, Silveira C. and Carneiro NJ. "Social policies: inequity, universality and focalization in health within Brazil." Saúde e sociedade 14.2 (2005): 69-76.

Matsumoto S. "O acolhimento: um estudo sobre seus componentes e sua produção em uma unidade da rede básica de serviços de saúde" [dissertação]. Ribeirão Preto: Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo; 1998.

Mazoni, CG et al. "Efficacy of pharmacological and no-pharmacological treatments for smoking cessation." Estudos de Psicologia (Natal) 13.2 (2008): 133-140.

Menezes, AMB. "Diretrizes para cessação do tabagismo." Jornal Brasileiro de Pneumologia 30.Supl 2 (2004): 3.

Merhy, EE. "Saúde: a cartografia do trabalho vivo". Vol. 145. Hucitec, 2002.

* De acordo com a norma da UNICAMP/FOP, baseada no modelo Vancouver. Abreviatura dos periódicos em conformidade com a Medline

Miller, W.R., & Rollnick, S. (2001). Entrevista motivacional: preparando as pessoas para a mudança de comportamentos adictivos. Porto Alegre: Artmed

Ministério da Saúde / Secretaria de atenção a saúde. Instituto nacional do câncer. “Deixando de fumar sem mistérios : manual do coordenador.” 2ª edição. Rio de janeiro : inca ; 2004.

Ministério da saúde /Secretaria de atenção a saúde. Instituto nacional do câncer. “Deixando de fumar sem mistérios: entender por que se fuma e como isso afeta a saúde”. 2ª edição. Rio de janeiro:inca; 2004.

Ministério da saúde /Secretaria de atenção a saúde. Instituto nacional do câncer. “Deixando de fumar sem mistérios: os primeiros dias sem fumar”.2ª edição. Rio de janeiro:inca; 2004.

Ministério da saúde / Instituto nacional de câncer. “Cigarro brasileiro. Análises e propostas para redução do consumo.” Rio de janeiro, 2000.

Ministério da saúde / Instituto nacional de câncer. “Por um mundo livre de tabaco – ação global para controle do tabaco: lo tratado internacional de saúde pública”. 2a edição, 2003a.

Ministério da saúde / Instituto nacional de câncer. “Programa nacional de controle do tabagismo e outros fatores de risco de câncer – modelo lógico e avaliação”. 2003d. Cavalcante, t.m. Rev. Psiq. Clín. 32 (5); 283-300, 2005

Ministério da saúde / Instituto nacional de câncer. “Abordagem e tratamento do fumante, consenso”. 2001.

Ministério da saúde. “Protocolo clínico e diretrizes terapêuticas – dependência à nicotina”. anexo ii da portaria sas/ms 442/04, 2004d.

Ministério da saúde /Secretaria de atenção a saúde. Instituto nacional do câncer. “Deixando de fumar sem mistérios: como vencer obstáculos para permanecer sem fumar”. 2ª edição. Rio de janeiro:inca; 2004.

Ministério da saúde / Secretaria de atenção a saúde. Instituto nacional do câncer. “Deixando de fumar sem mistérios: benefícios obtidos após parar de fumar”. 2ª edição. Rio de janeiro : inca ; 2004.

Ministério da Saúde. Instituto Nacional do Câncer, Coordenação de Prevenção e Vigilância. "Abordagem e tratamento do fumante-consenso 2001." (2001).

Ministério da Saúde. Política Nacional de Humanização. Série B. Textos Básicos de Saúde, cadernos Humaniza Sus, v.2. p.256. Brasília: Ministério da Saúde; 2010.

* De acordo com a norma da UNICAMP/FOP, baseada no modelo Vancouver. Abreviatura dos periódicos em conformidade com a Medline

Miranda, C.F.; Miranda, M.L. Construindo a relação de ajuda. 6. Ed. Belo Horizonte: Editora Crescer, 1990

Miranda, Clara Feldman, and Márcio Lúcio de Miranda. "Construindo a relação de ajuda." Construindo a relação de ajuda. Crescer, 1989.

Mpower package. Geneve: who; 2008.

Moema, F. "Como parar de fumar". Simplissimo livros ltda, 2013.

Nunes, Sandra Odebrecht Vargas, and Márcia Regina Pizzo de Castro. "Tabagismo: abordagem, prevenção e tratamento." (2010).

Organización mundial de la salud. Mpower: um plan de medidas para hacer retroceder la epidemia de tabaquismo. Ginebra: oms, 2008.

Owen S. "Barriers to good practice in smoking cessation work among pregnant women". J inst health educ 1995;33:110-2.

Pinto, m. (2008). Tabagismo um mal a saúde e aos cofres públicos. Rio de janeiro: instituto nacional do câncer (inca) disponível em http://www.inca.gov.br/revistaredecancer/revista_rede_cancer_5/entrevista.pdf

Prochaska, J. O., & Diclemente, C. C. (1982). Transtheoretical therapy: toward a more integrative model of change. Psychotherapy: Theory, Research and Practice, 20, 161-173.

Reisdorfer, Emilene, Edilaine Cristina da Silva Gherardi-Donato, and Rodrigo Otávio Moretti-Pires. "Significados atribuídos ao uso de álcool e tabaco por profissionais de saúde." Revista Gaúcha de Enfermagem 34.4 (2013): 153-160.

Rocha, PK et al. "Cuidado e tecnologia: aproximações através do Modelo de Cuidado." Rev Bras Enferm 61.1 (2008): 113-6.

Rodrigues AMM. Por uma Filosofia da Tecnologia. In: Grinspun MPSZ, organizador. Educação Tecnológica: desafios e perspectivas. 2ª ed. São Paulo (SP): Cortez; 2001.

Rollnick, S., William R.M, and Butler C. "Entrevista motivacional no cuidado da saúde: ajudando pacientes a mudar o comportamento". Artmed, 2009.

Santos-Filho, SB. "Perspectivas da avaliação na Política Nacional de Humanização em Saúde: aspectos conceituais e metodológicos." Ciênc saúde coletiva 12.4 (2007): 999-1010.

* De acordo com a norma da UNICAMP/FOP, baseada no modelo Vancouver. Abreviatura dos periódicos em conformidade com a Medline

Sardinha, A. et al. "Intervenção cognitivo-comportamental com grupos para o abandono do cigarro." Revista brasileira de terapias cognitivas 1.1 (2005): 83-90.

Shearer, J. (2007). Psychosocial approaches to psychostimulant dependence: a systematic review. Journal of Substance Abuse Treatment, 32, 41-52.

Souza, HM. "Incorporando uma prática. In: brasil, seminário de experiências internacionais em saúde da família". Brasília. Relatório final. Brasília: ministério da saúde - coordenação da atenção básica: 1999.

Tabagismo: parte I. Rev. Assoc. Med. Bras. [serial on the internet]. 2010 [cited 2014 apr 29; 56(2)]: 134-134. Available from: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=s010442302010000200005&lng=en.<http://dx.doi.org/10.1590/s0104-42302010000200005>.

US Department of Health and Human Services. "Preventing tobacco use among young people: a report of the surgeon general". Us department health and human services. Rockville: public health service, centers for disease control, national center for chronic disease prevention and health promotion, office on smoking and health; 1994.

Us Department of Health and Human Services. "The health consequences of smoking: nicotine addiction". A report of the surgeon general. Public health service, office on smoking and health. Rockville; 1988.

World health organization. "Who report on the global tobacco epidemic". 2008.

Wu, Ping, et al. "Effectiveness of smoking cessation therapies: a systematic review and meta-analysis." BMC Public Health 6.1 (2006): 300.

Wünsch filho, victor, et al. "tobacco smoking and cancer in brazil: evidence and prospects." Revista brasileira de epidemiologia 13.2 (2010): 175-187.

* De acordo com a norma da UNICAMP/FOP, baseada no modelo Vancouver. Abreviatura dos periódicos em conformidade com a Medline