

Geovana Brandão Santana Almeida\*  
Juliana Pires Rodrigues\*\*  
Mariana Ribeiro Freire\*\*\*

### RESUMO

Trata-se de um estudo de natureza qualitativa que buscou identificar as dificuldades dos usuários de uma Unidade de Atenção Primária à Saúde para a cessação do hábito de fumar. Os sujeitos foram usuários de unidades que contemplam o Programa de Agentes Comunitários da Saúde e os dados foram obtidos por meio de entrevista semi-estruturada e organizados em duas categorias de análise. Os depoimentos revelaram que o usuário que busca o serviço de saúde com o objetivo de parar de fumar, traz consigo uma grande ansiedade que precisa ser melhor discutida entre os profissionais antes de se propor qualquer modalidade de tratamento e que a organização em relação aos horários disponibilizados para o atendimento dificulta o acesso ao serviço. Além disso, os discursos apontaram para a necessidade de que o serviço busque de maneira mais efetiva obter dos gestores e órgãos responsáveis os recursos necessários para que o trabalho possa atender a todos com qualidade e resolutividade.

**Palavras-chave:** Tabagismo. Atenção Primária à Saúde. Usuário.

### 1 INTRODUÇÃO

O tabagismo é considerado pela Organização Mundial da Saúde (OMS) a principal causa de morte evitável em todo o mundo, sendo reconhecido como uma doença epidêmica resultante da dependência de nicotina e classificado no grupo dos transtornos mentais e de comportamento decorrentes do uso de substâncias psicoativas na Décima Revisão da Classificação Internacional de Doenças (CID-10) (INSTITUTO NACIONAL DO CÂNCER, 2006). Esta organização presume que um terço da população mundial adulta, isto é, cerca de 1 bilhão e 200 milhões de pessoas, sejam fumantes. Pesquisas comprovam que aproximadamente 47% de toda a população masculina mundial e 12% da feminina fumam. (BRASIL, 2014).

Historicamente, a propaganda e o marketing foram decisivos para dar ao comportamento de fumar uma representação social positiva, através de um processo de associação entre o consumo de derivados do tabaco e o ideal de autoimagem, o que, ao longo de décadas, levou o comportamento de fumar a se tornar familiar e o cigarro a ser desejado por milhões de pessoas, especialmente a partir da década de 50, quando as técnicas de publicidade se desenvolveram (BRASIL, 2001a).

As manifestações organizadas para o controle do tabagismo no Brasil se tornaram mais evidentes a partir da década de 1970, sendo inicialmente por iniciativa de associações médicas, religiosas e outras ONGS, sem nenhum apoio governamental (INSTITUTO NACIONAL DO CÂNCER, 2001b). Ao longo desse período, o Programa Nacional de Controle do Tabagismo (PNCT) foi elaborado, pelo Ministério da Saúde por meio do Instituto Nacional do Câncer (INCA), com o apoio de alianças e parcerias, envolvendo dois grandes grupos de ações: o primeiro, voltado para a prevenção da iniciação do tabagismo, tendo como público-alvo, crianças e adolescentes; e o segundo, envolvendo ações para estimular os fumantes a deixarem de fumar. Ambos os enfoques são reforçados por ações legislativas, econômicas e ações de comunicação social (INSTITUTO NACIONAL DO CÂNCER, 2001a). Para alcançar os objetivos do PNCT um dos esforços foi o Encontro de Consenso sobre a Abordagem e Tratamento do Fumante em 2001, que deu origem ao documento “Consenso sobre a Abordagem e Tratamento do Fumante”. Tal documento aponta como métodos eficazes para cessação de fumar a abordagem cognitivo-comportamental, individual ou em grupo, e a farmacoterapia, que compreende a Terapia de Reposição de Nicotina (TRP) e as medicações para

\* Universidade Federal de Juiz de Fora, Faculdade de Enfermagem, Departamento de Enfermagem Aplicada – Juiz de Fora, MG.  
E-mail:geovanabrandao@yahoo.com.br

\*\* Fundação Hospitalar do Estado de Minas Gerais – FHEMIG, Hospital Regional João Penido, Serviço de Controle de Infecção Hospitalar – Juiz de Fora, MG.

\*\*\* Hospital Universitário da UFJF, setor de Medicina de Mulheres – Juiz de Fora, MG.

minimizar a ansiedade. (INSTITUTO NACIONAL DO CÂNCER, 2004).

A partir de leituras e estudos realizados sobre a temática e da participação em grupos para abandono do tabagismo foi possível refletir sobre as dificuldades que os usuários enfrentam para cessar o hábito de fumar, mesmo quando têm acesso a recursos, como consultas multiprofissionais em grupos e individuais e às terapias de reposição de nicotina (TRN), bem como às medicações que inibem a ansiedade. Durante os encontros as dificuldades e aflições dos participantes eram destacadas, mas os relatos demonstravam a força de vontade de cada um em parar de fumar. Com o passar dos dias eram evidentes os sintomas de abstinência, mas por outro lado os benefícios de uma vida sem o tabaco eram cada vez mais notório o que reforçava ainda mais a decisão de abandonar o vício.

Apesar do acesso aos recursos para cessar o hábito de fumar, havia usuários que não conseguia abandonar o vício.

Nesse sentido, propôs-se realizar este estudo objetivando investigar quais as dificuldades dos tabagistas cessarem o hábito de fumar mesmo tendo acesso aos recursos oferecidos pelo serviço de saúde.

## 2 MATERIAL E MÉTODO

Considerando que o estudo teve o objetivo de investigar as dificuldades dos tabagistas para cessarem o hábito de fumar, a pesquisa descritiva com abordagem qualitativa foi suficiente para atender tal objetivo. Acreditamos ser possível uma adequação do objeto, do objetivo e das questões que norteiam este estudo à metodologia, por considerá-la mais próxima das ciências humanas, e por ser capaz de descrever e aprofundar as dificuldades enfrentadas pelos usuários para parar de fumar.

Uma pesquisa de abordagem qualitativa necessita de características de “grande flexibilidade e adaptabilidade”, segundo Günther (2006, p. 204). E para Triviños (2008, p.140), “a flexibilidade para conduzir o processo da pesquisa deve ser um requisito essencial da mentalidade do investigador”.

Após a aprovação do Comitê de Ética e Pesquisa (CEP), por meio do Parecer 207/2011 com o protocolo CEP\_UFJF: 2457.197, e mediante a assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) pelos entrevistados, deu-se início à coleta de dados. A pesquisa foi realizada em uma UAPS que contempla o Programa de Agente Comunitários da Saúde (PACS). Tal área foi escolhida por apresentar um Grupo para Abandono do Tabagismo como forma de prevenção e tratamento do tabagismo. A escolha por esse nível de atenção se deve ao fato de ser preferencialmente a porta de entrada do usuário no sistema de saúde e seu

importante papel na prevenção e controle de várias doenças e também do tabagismo.

Os sujeitos participantes da pesquisa foram dez usuários da UAPS que faziam uso do tabaco, e que mesmo tendo participado do grupo de tabagismo na UAPS não conseguiram parar de fumar. Foram identificados pela letra e seguida de uma numeração pela ordem das entrevistas. Dos entrevistados seis eram do sexo feminino e quatro sexo masculino, com idade variando entre 34 e 64 anos e tempo de tabagismo entre 6 e 40 anos. Foi utilizado um roteiro de entrevista semi-estruturado com perguntas abertas e destaque para a idade, sexo, tempo de uso e número de tentativas para parar de fumar.

## 3 RESULTADOS E DISCUSSÃO

Após a obtenção e transcrição das entrevistas e leitura e releitura dos depoimentos foi possível à construção de duas categorias de análise: Fatores dificultadores para o abandono do hábito de fumar: a ansiedade e a organização dos serviços e A atuação dos profissionais no Controle do Tabagismo.

### 3.1 Fatores dificultadores para o abandono do hábito de fumar

#### 3.1.1 A ansiedade

O ser humano vive em constante busca por melhor qualidade de vida, seja na esfera física ou na emocional, e ao desejar viver de maneira melhor, para tanto, investe em desafios por vezes difíceis ou demasiadamente carregados de fatores que o fazem desistirem. O hábito de fumar traz consigo essa estrutura que faz com que as pessoas busquem e muitas vezes fracassem ao tentar abandonar o vício. O tabaco tem a força de tornar o fumante cada vez mais dependente e esse fato faz com que seus planos de abandoná-lo nem sempre se concretizem. Ao desejar parar de fumar, o sujeito vivencia sensações desagradáveis, o que é efetivamente um desestimulador. Nas falas a seguir é possível evidenciar esse pensar em relação às dificuldades enfrentadas:

–“o primeiro cigarro da manhã. Se eu acordar de manhã e não acender nenhum cigarro, nossa eu perco completamente o expediente, eu ando pra um lado ando pro outro. Não consigo fazer nada. Vou num lugar e vou ao outro. Já teve vezes até, de eu catar binga de cigarro do chão de tanta, mas tanta vontade... Uma vontade muito forte mesmo... Depois do almoço. Se eu estou trabalhando. Quando eu saio do serviço. Eu posso ficar o dia todo trabalhando. No momento que eu saio na rua, aí eu acendo um. Aquilo vem àquela

ansiedade, aquela vontade de fumar. Enquanto eu não fumo uns três ou quatro eu não consigo parar...”(E1)

(E3)–“Ansiedade. Dá muita dor de cabeça. A própria ansiedade faz a dor de cabeça”.

(E9)–“ansiedade, nervosismo. É eu não tinha paciência. Se eu passasse por algum problema...”.

Para o psicólogo e psicanalista Fernando Falabella Tavares de Lima, diretor clínico do NETPSI - Núcleo de Estudos e Temas em Psicologia e especialista em drogas: deixar o cigarro pode ser mais difícil em função das motivações psicológicas que mantém o uso do que em função do aspecto biológico. Do ponto de vista orgânico, há diversos métodos de reposição de nicotina, o que diminui a dificuldade dos efeitos da abstinência. A dependência psicológica de uma droga, e deve-se esclarecer que a nicotina é uma droga psicotrópica estimulante do sistema nervoso central, está relacionada com o hábito e com as atitudes de preparo e uso das substâncias. Há um significado psíquico para o uso do cigarro. (EMORI, 2011).

Nesse sentido, percebemos que E1 justifica a sua condição de dependente e o fracasso na tentativa de parar de fumar, pelo fato de ser portador de uma ansiedade incontrolável e que a partir do primeiro cigarro do dia essa “vontade de fumar” permanece até o final, quando o trabalho já não ocupa sua mente e a ansiedade torna-se maior, a ponto de não se controlar e fumar novamente.

É possível observar o mesmo com E2. O cotidiano faz com que o hábito de fumar seja uma constante em sua vida. O fato de pegar o cigarro, ascender e até mesmo de segurá-lo entre os dedos tornou-se corriqueiro e imperceptível. Para ele, mesmo tendo participado do grupo, o que lhe dava força, ainda não foi o bastante para que a mesma cena deixasse de se repetir diante de momentos estressantes e turbulentos.

Os efeitos psicológicos causados pelo abandono do tabaco, por vezes é evidenciado fisicamente, como é relatado por E3, ao afirmar que a ansiedade é responsável pela sua dor de cabeça. A falta da substância causadora do vício, a nicotina, interfere no seu psicológico a ponto de transformar a ansiedade em patologia, que por sua vez é refletida fisicamente pela dor de cabeça. Além disso, os problemas cotidianos passam a não ser mais suportados sem o cigarro. O viciado em nicotina passa a ser impaciente em relação a determinadas situações, como afirma E9.

Percebe-se a partir das falas que existe uma relação entre o consumo do tabaco e a ansiedade. Está é relatada como aumentada sempre que o paciente passa por momentos de preocupação ou que permanece por muito tempo sem consumir o tabaco.

Embora exista uma relação entre ansiedade, depressão e tabagismo, em vários estudos internacionais,

ainda não se identificou os fatores comuns entre eles e nem mesmo os mecanismos de causa/efeito. Alguns estudos observaram a relação entre a ansiedade/depressão e hábitos de fumar. O hábito de fumar, ou seja, o consumo do tabaco aumenta o risco de desenvolver ansiedade se comparado a pessoas que não fumam. Entretanto, um estudo de Patton et al, revelou que os adolescentes que possuem níveis elevados de ansiedade e depressão possuem uma probabilidade duas vezes maiores de serem fumadores (FARINHA, 2013).

### 3.2.2 A organização dos serviços

A atenção primária à saúde configura-se como a porta de entrada preferencial do SUS, mas muitas das vezes esse propósito não é alcançado por alguns motivos físicos, questões estruturais, organizativas que como os dificulta o acesso às UAPS, administrativos, como a deficiência de profissionais e horário de funcionamento incompatível com a rotina dos usuários, ou problemas de ordem financeiras, que são determinantes para que os grupos tenham os recursos necessário para o seu desenvolvimento que aconteçam adequadamente. Tais fatores podem ser percebidos nas falas de alguns entrevistados:

(E6) –“Primeiro, aqui no grupo foi o horário. Nesse horário eu trabalho. Mas eu saía lá do trabalho e vinha pra cá.”

(E8)–“O que dava muito êxito era a goma de mascar. Mas, pararam de fornecer a goma de mascar.”

As portarias Portaria Nº 1035/GM, de 31 de maio de 2004 e a Portaria SAS/MS/N 442 de 13 de agosto de 2004 definem 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.

O grupo de tratamento foi dividido, assim como o preconizado pela Portaria nº1035/04, em quatro sessões semanais, acrescido de mais duas sessões quinzenais, com duração de uma hora e quinze minutos, sempre seguindo a estrutura do Manual do Participante – Deixando de Fumar Sem Mistério, organizado pelo Ministério da Saúde, de acordo com o Plano Nacional de Controle do Tabagismo (PNCTI).

A partir da fala de E6 é possível entender que é necessário que cada UAPS tenha não apenas um dia e horário reservado para a realização do Grupo para Abandono do Tabagismo. Porém é preciso considerar o número de limitado de profissionais, o que dificulta o atendimento à demanda de usuários e não favorece

a realização de mais grupos em dias diferentes. A busca dos usuários pelo Grupo de Tabagismo por infraestrutura e materiais adequados é observada na fala de E8, onde a goma de mascar que antes era oferecida fez diferença para a finalização de seu tratamento. É importante que tenha no serviço as medicações, adesivos e gomas de mascar para que o próprio usuário escolha a melhor forma de seguir seu tratamento.

Sugere-se a partir das falas a necessidade de ouvir os usuários e adequar horários que seja bom para a maioria do grupo para que eles possam participar de todos os momentos, visto que cada dia é essencial para o controle desse vício. Além disso, que possam ser claros quanto à falta de algumas medicações, mas que isso não seja motivo para a não adesão ao tratamento e sim um obstáculo a mais a ser vencido.

### 3.3 A atuação dos profissionais no controle do tabagismo

A equipe de saúde tem uma grande responsabilidade na organização e funcionamento dos serviços de saúde, tanto no nível primário quanto no secundário e terciário. O Ministério da Saúde busca cada vez mais a descentralização dos serviços com vistas a melhorar a organização dos serviços e garantir ao usuário a resolutividade de seus problemas sem que peregrinem desnecessariamente nos diferentes níveis de saúde. Nesse olhar, a atenção primária precisa se estruturar e buscar a promoção de ações que sustentem essa ideia e que resolvam de vez os problemas das pessoas que buscam assistência nos serviços.

Prevalece a ideia de que acesso é uma dimensão do desempenho dos sistemas de saúde que se associa à oferta, com deslocamento do seu eixo da entrada nos serviços para os resultados dos cuidados recebidos (TRAVASSOS; MARTINS, 2004). Enquanto a acessibilidade é relativa a aspectos da oferta de serviços, possibilitando que pessoas “cheguem” aos serviços, o acesso seria o modo como os indivíduos experimentam a acessibilidade. Entretanto, os requisitos específicos para a acessibilidade diferem na atenção primária porque esta é a porta de entrada do sistema de saúde (STARFIELD, 2002).

Percebe-se que, mesmo em uma Unidade de Estratégia de Saúde da Família que, pelas características inerentes ao trabalho atende uma população de um território adstrito, existe uma dificuldade de contemplar os diferentes problemas específicos e as diferenças nos modos de viver e adoecer e de acessar os serviços de saúde (FRANCO; PANIZZI, 2004).

Isto implica na capacidade dos serviços em oferecer a uma determinada população todas as modalidades de assistência, bem como o acesso a todo tipo de

tecnologia disponível, possibilitando um ótimo grau de resolutividade.

É pensando na organização dos serviços com vistas à resolutividade que as UAPS precisam se organizar para oferecer aos usuários uma assistência de qualidade à saúde.

Levando em consideração a organização dos serviços e a qualidade da assistência à saúde, percebe-se que esta deve ser avaliada, uma vez que, os serviços estão relacionados com a satisfação do cliente e dos profissionais, bem como com a segurança e eficácia das ações prestadas e garantia de acesso a esses serviços, levando-se em consideração as necessidades do cliente (EDUARDO et al., 2007).

Os serviços de uma UAPS são diversos, desde a aplicação de vacinas e consultas médicas e de enfermagem pré-agendadas até grupos de prevenção à saúde, como o Grupo de Tabagismo, que foi criado com o objetivo de ajudar os usuários a cessarem o hábito de fumar. Para apoiar de forma efetiva o usuário no abandono do tabaco, os profissionais de saúde são capacitados por meio do “Módulo Ajudando seu Paciente a Deixar de Fumar”. Ele pode ser inserido tanto no Módulo Saúde e Coerência, cujos canais são as unidades de saúde, quanto no Módulo Prevenção Sempre, cujo canal são os ambientes de trabalho. Tendo como base a abordagem cognitivo-comportamental o módulo é dividido em duas estratégias: abordagem mínima ou básica e abordagem intensiva ou específica. A abordagem mínima consiste em uma breve abordagem estruturada realizada na rotina de atendimento de qualquer profissional de saúde, com duração de três a cinco minutos, para mudar o comportamento do fumante através do método PAAPA (Pergunte, Avalie, Aconselhe, Prepare e Acompanhe). A abordagem intensiva é uma abordagem realizada em ambulatório específico para atender os fumantes que desejam parar de fumar, sendo feita individualmente ou em grupo de apoio, através de sessões estruturadas (INSTITUTO NACIONAL DO CÂNCER, 2001a).

É perceptível na maioria dos depoimentos, que o simples fato do profissional da saúde se dispor a ouvir sobre as dificuldades para parar de fumar é motivador para o usuário querer abandonar o vício.

Desta forma, os participantes deste estudo ressaltaram em seus discursos que, em relação ao que foram buscar nos serviços de saúde, os profissionais foram acessíveis e de certa maneira conseguiram ajudá-los, como podemos comprovar através das falas de E2, E3, E4, E5, E6 e E7. Além disso, a partir do presente trabalho entende-se a importância de uma maior capacitação contínua ou permanente pelo SUS desses profissionais que atendem pessoas não só com a dependência do cigarro, mas que junto com ela vêm

as com outras patologias que acometem o corpo e a mente de cada um, como esclarecido por E9 e E10.

(E2) –“... eu fui atendida. bem assistida.”

(E3) –“... nas conversas, nas explicações, carinho da turma também”.

(E4) –“Quando eu comecei a fazer o tratamento direto eu estava indo bem. Aí me ajudou muito. Pegar passo a passo como conseguir parar de fumar”.

(E5) –“Foi com muita palestra...”.

(E6) –“... com os incentivos...”.

(E7) –“Eles foram muito amáveis, muito objetivos”.

“... começaram a ensinar, explicaram tudo sobre tabagismo, a maneira como parar...”.

“... ajudaram na compreensão dos fatores...”.

(E8) –“Incentivando a gente a parar, Conversando na hora da reunião. Nunca criticaram a gente. “Sempre deram esperança pra gente que nós vamos parar”.

(E9) –“Nas conversas, nas doenças que causa”.

(E10) –“Primeiro dando o apoio à gente...”.

(E9) –“Nas conversas, nas doenças que causa”.

(E10) –“Primeiro dando o apoio à gente...”.

“Ensinando a comer cenoura...”.

“Fazer ginástica. Tomar água direto”.

“É que começa a dar apoio à gente”.

“Ter um grupo...”.

## 4 CONCLUSÃO

Com a realização deste estudo buscamos investigar quais as dificuldades dos tabagistas cessarem o hábito de fumar mesmo tendo oportunidade de receber recursos oferecidos pelo serviço de saúde. Percebemos que a semelhança na fala dos entrevistados para essa dificuldade, estava no fato de conviver sem a nicotina e a mudança de hábitos de vida, levando a uma ansiedade patológica. Essa ansiedade foi demonstrada nas falas pelo fato de não conseguir ficar sem o primeiro cigarro do dia o que levava a querer os outros também, ou por não conseguirem suportar passar por problemas corriqueiros sem a nicotina.

## Accessibility of users to the Tobacco Control Program

### ABSTRACT

This is a qualitative study which aimed at identifying the difficulties of a Unit of Primary Health Care for the cessation of smoking. The subjects were users of units which contemplate the Program Community Health Agents and data were collected through semi-structured and organized into three categories of analysis. The data revealed which the user which seeking health services in order to quit smoking, brings a great deal of anxiety that needs to be further discussed among professionals before proposing any form of treatment and which the organization in relation to schedules available to the attendance hampers the access to the service. In addition, the speeches indicated the need get of the managers responsible organs the resources needed for that the job can meet all with quality and resolvable.

Key-words: Smoking. Primary health care. User.

Foi revelado pelos entrevistados que a ausência de horários alternativos na UAPS prejudica a presença de alguns usuários, pois a realização do grupo coincide com o horário de trabalho dos mesmos, ocasionando ociosidade no serviço ou no grupo. Também a não disponibilidade de todos os recursos como a goma de mascar, não os deixava decidir pelo melhor método que acreditavam ser, dificultando a aceitação do organismo, forçando-os a utilizar o único que é oferecido no local – o medicamento e o adesivo.

Apesar de todos esses fatores que podem interferir para a não cessação do hábito de fumar, a partir das entrevistas foi possível perceber que o fato de ouvir durante as palestras e as explicações sobre o mal que o tabagismo pode causar foi importante para que tivessem força para ao menos tentar, porém não o suficiente para que eles parassem.

É possível que a utilização de outros horários para que ocorra mais Grupos ou um horário que contemplates uma gama maior de usuários da UAPS pudesse amenizar essa dificuldade. Além de ser importante que a equipe de saúde local, busquem obter do SUS todos os recursos disponíveis para que o trabalho possa atingir a todos e com opções de escolha para melhor adaptação das medicações, dos adesivos e das gomas. Acreditamos que muitas vezes uma melhor administração de horários dos Grupos oferecidos pela UAPS, uma melhor capacitação continua ou permanente dos profissionais que coordenam o grupo e o uso correto dos recursos disponibilizados pelos tabagistas poderia trazer um melhor resultado.

Com essas considerações, não pretendemos esgotar o assunto, ao contrário, percebemos através dos depoimentos que existem diversas lacunas a serem preenchidas no que se refere à assistência às pessoas que desejam parar de fumar e assim, acreditamos que novas possibilidades precisam ser enfrentadas com o objetivo de melhorar a qualidade de vida das pessoas e principalmente que o Programa Nacional de Controle do Tabagismo seja implementado de forma efetiva.

## REFERÊNCIAS

- BRASIL. Ministério da Saúde. Instituto Nacional de Câncer - INCA. Coordenação de Prevenção e Vigilância (CONPREV). **Abordagem e Tratamento do Fumante - Consenso 2001**. Rio de Janeiro: INCA, 2001b. Disponível em: [http://www.inca.gov.br/tabagismo/publicacoes/tratamento\\_consenso.pdf](http://www.inca.gov.br/tabagismo/publicacoes/tratamento_consenso.pdf) Acesso em: 3 de set. de 2011.
- BRASIL, Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Instituto Nacional do Câncer. **Tabagismo**. In: A Situação do Câncer no Brasil. Causalidade. Rio de Janeiro: INCA, 2006. Disponível em: [http://www.inca.gov.br/situacao/arquivos/causalidade\\_tabagismo.pdf](http://www.inca.gov.br/situacao/arquivos/causalidade_tabagismo.pdf) Acesso em: 21 de set.2011.
- BRASIL. Ministério da Saúde. INCA. **Tratamento do tabagismo no Sistema Único de Saúde**. BRASIL. Rio de Janeiro, 2001b. Disponível em: <http://www.inca.gov.br/tabagismo/frameset.asp?item=programa&link=tratamentosus.htm> Acesso em: 27 de nov. de 2011.
- BRASIL, Ministério da Saúde. Instituto Nacional do Câncer. **Plano de implantação da abordagem e tratamento do tabagismo na rede SUS**. Portaria GM/MS1035/04. Portaria SAS/MS442/04. Rio de Janeiro – INCA, 2004 Disponível em: [www.inca.gov.br/tabagismo/publicacoes/plano\\_abordagem\\_sus.pdf](http://www.inca.gov.br/tabagismo/publicacoes/plano_abordagem_sus.pdf) Acesso em 20 de out.2011.
- BRASIL, Ministério da Saúde. Secretaria Nacional de Assistência à Saúde. ABC do SUS - **Doutrinas e Princípios**. Brasília – DF, 1990. Disponível em: < <https://correio.ufjf.edu.br/?task=mail&action=get&mbox=Lidas&uid=345&part=2&frame=1> Acesso em: 21 de set. de 2011
- BRASIL. Ministério de Saúde. Portaria GM/MS/ N.º 1.575,de 29 de agosto de 2002. Consolida o Programa Nacional de Controle de Tabagismo, e dá outras providências. Diário Oficial da União, Brasília, DF, 3 Set. 2002
- BRASIL, Portal Brasil. **Tabagismo**. Disponível em: <<http://www.brasil.gov.br/saude/2009/11/tabagismo1>> Acesso em: 18fev2014
- EDUARDO, K. G. T. et al. **Preparação da mulher para a realização do exame de Papanicolaou na perspectiva da qualidade**. *Acta Paul Enferm*, São Paulo, v. 20, n. 1, p. 44-48, 2007.
- EMORI, C. **Em grupo, é mais fácil vencer o vício**. UEM na mídia (clipping). Publicado em 22 agosto de 2011. Disponível em <[http://www.asc.uem.br/uemnamidia/index.php?option=com\\_content&view=article&id=2645:em-grupo-e-mais-facil-vencer-o-vicio&catid=14:hoje-maring&Itemid=2](http://www.asc.uem.br/uemnamidia/index.php?option=com_content&view=article&id=2645:em-grupo-e-mais-facil-vencer-o-vicio&catid=14:hoje-maring&Itemid=2)> Acesso em: 04maio2014
- FARINHA H, et al. **Relação do tabagismo com ansiedade e depressão**, *Acta Med Port*, América do Norte, 2013 Sep-Oct;26(5):523-530.
- FONTANA, Andrea; FREY, James H. **Interviewing: the art of science**. In: DENZÍN, Norman K.; LINCOLN, Yvonna S. *Handbook of qualitative research*. Thousand Oaks: Sage, 1994. Disponível em: <http://jan.ucc.nau.edu/~pms/cj355/readingsfontana%26frey.pdf> Acesso em: 26 de nov. 2011
- FRANCO, T. B. ; PANIZZI, M. **A implantação do Acolher Chapecó reorganizando o processo de trabalho**. In: FRANCO, T. B. et al. (Org.). **Acolher Chapecó: uma experiência de mudança do modelo assistencial com base no processo de trabalho**. São Paulo: Hucitec, 2004.
- GÜNTHER, Hartmut. **Pesquisa Qualitativa Versus Pesquisa Quantitativa: Esta é a Questão?** *Revista Psicologia: Teoria e Pesquisa*, Brasília, Maio–Ago. 2006, Vol. 22 n. 2 p. 201-210.
- STARFIELD, B. **Accessibilidade e primeiro contato: a “porta”**. In: STARFIELD, B. (Org.). **Atenção primária: equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologia**. Brasília: Organização das Nações Unidas para a Educação, a Ciência e a Cultura/Ministério da Saúde, 2002.
- TRAVASSOS, C.; MARTINS, M. **Uma revisão sobre os conceitos de acesso e utilização de serviços de saúde**. *Cad. de Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v.20, supl. 2, p.190-198, 2004.
- TRIVIÑOS, Augusto Nivaldo da Silva. **Introdução à pesquisa em Ciências Sociais: a pesquisa qualitativa em educação**. 17. reimpr. São Paulo: Atlas,2008.

Enviado em //

Aprovado em //