



Anabela da Liberdade
Brito Vida

Deixar de Fumar

Intervenção de Enfermagem na Cessação
Tabágica junto do Cliente Fumador Internado

Relatório do Trabalho de Projeto de Mestrado em
Enfermagem de Saúde Mental

Setembro de 2013



Anabela da Liberdade
Brito Vida

Deixar de Fumar

Docente Orientador
Lino Ramos

Intervenção de Enfermagem na Cessação
Tabágica junto do Cliente Fumador Internado

Relatório do Trabalho de Projeto de Mestrado em
Enfermagem de Saúde Mental

Setembro de 2013

“As pessoas que desejam ensinar os outros como viver de modo efectivo raramente são bons conselheiros. As pessoas que desejam ajudar as outras a adquirirem controle sobre as suas vidas geralmente são bons orientadores”.

Patterson & Eisenberg (1988)

Gostaria de agradecer a quem valoriza a minha perseverança.

A todos, um muito obrigado.

Resumo

O uso do tabaco constitui um dos maiores problemas de saúde pública, pois todas as suas formas são aditivas e, quer o consumo quer a exposição ao fumo do tabaco são letais, sendo considerado a primeira causa de morbidade e mortalidade evitáveis nos países desenvolvidos, com sérias consequências também a nível social, económico e ambiental.

A cessação tabágica surge como a única via para uma diminuição da mortalidade e morbidade associadas ao tabagismo, pelo que é recomendado que todos os profissionais de saúde, nos vários contextos da sua prática, identifiquem os hábitos tabágicos junto dos seus clientes e que todos os fumadores sejam alvo de um aconselhamento breve.

A ausência de intervenção de enfermagem promotora da cessação tabágica dirigida às pessoas fumadoras internadas num serviço de medicina, de um hospital da zona sul, motivou o desenvolvimento do projeto “*Deixar de Fumar*”, que se encontra implementado desde 2009 e pretende promover a cessação tabágica através da implementação de atividades que assegurem uma intervenção de enfermagem eficaz, baseada na evidência científica.

Entre 2011 e 2012, contribuimos para a identificação dos hábitos tabágicos de todos os clientes internados e para a realização de aconselhamento breve e/ou intensivo, através de entrevista motivacional, a 116 pessoas (93%). Dos 101 fumadores com potencial para mudar (pré-contempladores e contempladores), conseguimos capacitar 52% para uma mudança a nível comportamental, observável através da sua produção verbal (53 pessoas). Cerca de 46 pessoas (46%) manifestaram desejo em deixar de fumar e identificaram estratégias para o concretizar.

O enfermeiro especialista em saúde mental assume-se como gestor de cuidados impulsionadores da cessação tabágica, mobilizando-se a si mesmo como instrumento terapêutico na relação de ajuda, sob influência de teóricas de enfermagem como *Watson, Lazure e Peplau*, assim como das técnicas de comunicação terapêutica de *Rogers* e o Modelo transteórico da mudança de *Prochaska e DiClemente*.

Palavras-Chave: Tabagismo, Cessação Tabágica, Enfermagem, Aconselhamento Motivacional, Projeto de saúde.

Abstract

Tobacco use is a major public health problem, because all forms are addictive and either consumption or exposure to tobacco smoke are lethal, and is considered the leading cause of preventable morbidity and mortality in developed countries, with serious consequences also for social, economic and environmental.

Smoking cessation appears to be the only way to decrease the mortality and morbidity associated with smoking, so it is recommended that all health professionals in the various contexts of their practice, identify the smoking habits among their patients and that all smokers are the target of a brief counseling.

The absence of a promoter of nursing intervention aimed at smoking cessation in hospitalized patients smokers, in a medical service, a hospital in the south, motivated the development of the "Quit Smoking", which has been implemented since 2009 and aims to promote smoking cessation through the implementation of activities ensuring an effective nursing intervention based on scientific evidence.

Between 2011 and 2012, we contributed to the identification of smoking status of every patient and to conduct brief counseling and / or intensive, using motivational interviewing, to 116 people (93%). Of the 101 smokers with potential to change (pre-contemplators and contemplators), 52% could qualify for a change at the behavioral level, observable through their verbal production (53 people). Hence 46 people (46%) expressed a desire to quit smoking and have identified strategies to implement. it.

The nurse specialist in mental health is assumed as care manager booster smoking cessation, mobilizing himself as a therapeutic tool in the helping relationship, under the influence of theoretical nursing as *Watson*, *Lazure* and *Peplau*, as well as techniques therapeutic communication of *Rogers* and *Transtheoretical model of change of Prochaska and DiClemente*.

Keywords: Smoking, Smoking Cessation, Nursing, Motivational Counseling, Health Project.

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

ANA - *American Nurses Association* (Associação Americana de Enfermeiras)

AVC – Acidente Vascular Cerebral

CCE – Comissão da Comunidade Europeia

CID - Classificação Estatística de Doenças e Problemas de Saúde Correlatos

CIPE - Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem

CPLEE – Curso de Pós-Licenciatura Especialização em Enfermagem

CPT – Conselho de Prevenção do Tabagismo

DALY - *Disability Adjusted Life Year* (Perda de Ano de Vida Saudável)

DGS – Direção Geral de Saúde

DPOC – Doença Pulmonar Obstrutiva Crónica

DSM-IV - Manual de Diagnóstico e Estatística das Perturbações Mentais 4ª Edição

EEESM – Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Mental

EM - Entrevista Motivacional

ESTC - *European Strategy for Tobacco Control* (Estratégia Europeia Controlo do Tabaco)

FTA - Fumo do Tabaco Ambiental

FNOPE – Fórum Nacional das Organizações Profissionais de Enfermagem

HADS - Escala Hospitalar de Ansiedade e Depressão

ICN - *International Council of Nurses* (Conselho Internacional de Enfermeiros)

ICM – índice Massa Corporal

INS - Inquérito Nacional de Saúde

OE – Ordem de Enfermeiros

OMS - Organização Mundial de Saúde

PG – Pós Graduação

PIB - Produto Interno Bruto

PIS – Projeto de Intervenção em Serviço

PNPCT – Plano Nacional de Prevenção e Controlo do Tabagismo

NOC - Norma de Orientação Clínica

SNS - Serviço Nacional de Saúde

SCD/E – Sistema de Classificação de Doentes / Enfermagem

SAPE – Sistema de Apoio à Prática de Enfermagem

SIDA – Síndrome de Imunodeficiência Humana Adquirida

SWOT – *Strengths Weaknesses Opportunities Threats* (forças, fraquezas, oportunidades e ameaças)

TSN - Terapêutica de Substituição de Nicotina

USDHHS – *United States Department of Health and Human Services* (Departamento de Saúde e Serviços Humanos dos Estados Unidos)

VIH – Vírus Imunodeficiência Humana

INDICE DE QUADROS, FIGURAS E GRÁFICOS

LISTA DE QUADROS

1	Fumadores Europeus por grupos etários 2012	22
2	Taxas de mortes estimadas (100 000) e proporção atribuídas ao tabaco, na Europa e Portugal	25
3	Benefícios de Deixar de Fumar	40
4	Comparação entre Etapas do Processo de Enfermagem, Relação Interpessoal e Processo de Aconselhamento	64
5	Faixa etária dos Clientes fumadores internados 2011/ 2012	106
6	Faixa etária dos Clientes fumadores internados na Fase de Preparação para a Ação 2011/ 2012	109

LISTA DE FIGURAS

1	Análise SWOT do PIS “ <i>Deixar de Fumar</i> ”, 2011	82
2	Cronograma de Atividades Planeadas no PIS “ <i>Deixar de Fumar</i> ”, 2009-2012	85
3	Resultado das Metas do PIS “ <i>Deixar de Fumar</i> ”, 2009-2012	104
4	Mudança de estágio 2011	112
5	Mudança de Estágio 2012	113

LISTA DE GRÁFICOS

1	Clientes fumadores alvo de aconselhamento motivacional 2011/2012	105
2	Motivo do Internamento 2011/2012	106
3	Grupos específicos 2011/2012	107
4	Avaliação Inicial do Fumador 2011/2012	107
5	Tipo de Intervenção de Enfermagem 2011/2012	108
6	Motivo do internamento dos clientes no estágio de preparação para a ação 2011/2012	110
7	Grupos específicos dos clientes no estágio de preparação para a mudança 2011/2012	110
8	Avaliação Inicial do Fumador 2011	110
9	Avaliação Inicial do Fumador 2012	110

INDICE GERAL

1. INTRODUÇÃO	13
2. ENQUADRAMENTO TEÓRICO	17
2.1. DEPENDÊNCIA DE NICOTINA	19
2.2. EPIDEMIOLOGIA DO TABAGISMO	21
2.2.1. PREVALÊNCIA DO TABAGISMO	21
2.2.2. MORTALIDADE ASSOCIADA AO TABAGISMO	23
2.2.3. MORBILIDADE ASSOCIADA AO TABAGISMO	25
2.3. CONSEQUÊNCIAS DO TABAGISMO	26
2.3.1. EFEITOS DO CONSUMO DE TABACO PARA A SAÚDE	28
2.3.2. EFEITOS DA EXPOSIÇÃO AO FUMO DO TABACO AMBIENTAL	30
2.3.3. CUSTOS ASSOCIADOS AO TABAGISMO	32
2.4. ESTRATÉGIAS DE PREVENÇÃO E CONTROLO DO TABACO	33
2.4.1. AÇÃO INTERNACIONAL	34
2.4.2. PORTUGAL	37
2.5. CESSAÇÃO TABÁGICA	39
2.6. A INTERVENÇÃO DE ENFERMAGEM NA CESSAÇÃO TABÁGICA	45
2.6.1. PERTINÊNCIA DA INTERVENÇÃO DE ENFERMAGEM NA CESSAÇÃO TABÁGICA	46
2.6.2. INFLUÊNCIAS TEÓRICAS	48
2.6.2.1. <i>HILDEGARD PEPLAU</i> E A TEORIA DE RELAÇÕES INTERPESSOAIS	49
2.6.2.2. MODELO TRANSTEÓRICO DE MUDANÇA DE <i>PROCHASKA E DICLEMENTE</i>	51
2.6.3. ABORDAGEM DE ENFERMAGEM	55
2.6.3.1. A RELAÇÃO DE AJUDA	56
2.6.3.2. PROCESSO DE ACONSELHAMENTO	59
2.6.3.3. ENTREVISTA MOTIVACIONAL	65

2.6.3.4. MODELO ASSISTENCIAL ENFERMEIRO GESTOR DE CUIDADOS	66
2.7. SÍNTESE	69
3. PROJETO DE INTERVENÇÃO EM SERVIÇO	72
3.1. DIAGNÓSTICO DA SITUAÇÃO	74
3.1.1. DEFINIÇÃO GERAL DO PROBLEMA	74
3.1.2. ANÁLISE DO PROBLEMA	75
3.1.2.1. BREVE CARATERIZAÇÃO DO SERVIÇO DE MEDICINA DO HOSPITAL DA ZONA SUL	77
3.1.2.2. ENTREVISTAS NÃO ESTRUTURADAS COM A EQUIPA DE ENFERMAGEM	78
3.1.2.3. ANÁLISE SWOT 2011	80
3.2. OBJETIVOS	82
3.3. PLANEAMENTO DAS ATIVIDADES	84
3.3.1. ATIVIDADES PLANEADAS	84
3.3.2. RECURSOS NECESSÁRIOS	86
3.3.3. INDICADORES	86
3.3.4. RESULTADOS ESPERADOS	88
3.4. EXECUÇÃO E AVALIAÇÃO	89
3.4.1. INTERVENÇÃO DE ENFERMAGEM NA CESSAÇÃO TABÁGICA, NO SERVIÇO DE MEDICINA DO HOSPITAL DA ZONA SUL	90
3.4.1.1. AVALIAÇÃO DO FUMADOR	93
3.4.1.2. ACONSELHAMENTO	96
3.4.1.2.1. INTERVENÇÃO OPORTUNISTA OU BREVE	97
3.4.1.2.2. INTERVENÇÃO INTENSIVA	100
3.4.1.3. REGISTOS DE ENFERMAGEM	102
3.4.2. APRESENTAÇÃO DOS RESULTADOS	103
3.5. DIVULGAÇÃO DOS RESULTADOS	116

4. ANÁLISE DE COMPETÊNCIAS DE MESTRE EM ENFERMAGEM DE SAÚDE MENTAL	117
5. CONCLUSÃO	126
BIBLIOGRAFIA	135
Apêndice	156
1. Artigo <i>DEIXAR DE FUMAR</i> Projeto de Intervenção de Enfermagem na Promoção da Cessação Tabágica junto do Cliente Fumador Internado	

1. INTRODUÇÃO

A população portuguesa encontra-se envelhecida, mesmo em comparação com a dos países da Europa, com uma média de idades de 41 anos. Apenas 15% da população apresenta menos de 15 anos e a esperança média de vida aumentou 5 anos num período de 20 anos, sendo considerada a principal causa de morte as doenças não transmissíveis (1, 2, 3).

O tabaco está identificado como o principal responsável de agressão da saúde do homem, constituindo-se como a primeira causa de morbilidade e mortalidade evitáveis nos países desenvolvidos, com sérias consequências também a nível social, económico e ambiental (1, 4, 5, 6, 7, 8, 9, 10, 11).

Assistimos a um reconhecimento crescente de que as intervenções antitabagistas devem integrar os cuidados de saúde e constituir-se como modelo de boa prática, na medida em que a cessação tabágica representa a única via para uma diminuição da mortalidade e morbilidade associadas ao tabagismo (12, 13, 14, 15).

É consensual a importância dos fumadores serem ativamente encorajados e ajudados a deixar de fumar, devendo ser-lhes oferecidas as várias modalidades de tratamento, quer farmacológicas, quer de aconselhamento, com efetividade comprovada, realizadas por uma equipa de profissionais de saúde multidisciplinar, onde se inclui o Enfermeiro, agente privilegiado de educação e promoção da saúde, tendo o seu papel sido sugerido e valorizado na Convenção da Organização Mundial de Saúde para o Controlo do Tabaco, em 2005 (12, 13, 14, 15, 16, 17).

Em 2004, Portugal assinou a Convenção Quadro da OMS para o Controlo do Tabaco (18), que foi aprovada em 2005 (19), tendo-se comprometido a reforçar as políticas e medidas de proteção das gerações presentes e futuras dos efeitos do tabaco a nível da saúde, sociais, ambientais e económicos, causados pelo consumo e pela exposição ao fumo do mesmo.

Em 2007, criou a Lei de Proteção Contra o Fumo do Tabaco (20), que estabelece várias normas referentes ao controlo do tabaco, entre as quais a proibição de fumar em determinados locais (como os hospitais), e a sensibilização e educação para a saúde por profissionais de saúde com formação

sobre a matéria nos hospitais (relativamente aos malefícios decorrentes do consumo do tabaco e à importância da cessação tabágica, dirigida a pessoas doentes). Mais recentemente, criou o Plano Nacional de Prevenção e Controlo do Tabagismo 2012-2016, editado em 2013 ⁽²¹⁾.

O internamento da pessoa fumadora pode aumentar a recetividade para as informações sobre comportamentos para a saúde, em especial, quando a sua causa está relacionada com o tabaco, criando-se assim uma *janela de oportunidade*, cujas intervenções podem favorecer a mudança de comportamento face ao tabaco ^(22, 23). Os Enfermeiros estão estrategicamente bem posicionados para desenvolver uma intervenção promotora da cessação tabágica, assente em Intervenções Breves ou Intensivas, tendo desde 2002 à sua disposição a Norma de Orientação Clínica para a Cessação Tabágica ⁽¹⁴⁾, desenvolvida pelo Instituto da Qualidade em Saúde e, desde 2007, o Programa Tipo de Atuação em Cessação Tabágica ⁽¹³⁾, que orientam uma boa prática baseada na evidência científica.

Em 2008, no contexto da 1ª Pós Graduação em Enfermagem de Saúde Mental (vertente Adição e Reabilitação Psicossocial), da Escola Superior de Saúde, do Instituto Politécnico de Setúbal, realizámos um *Estudo de Caso sobre O Papel de Enfermagem na Promoção de Comportamentos de Saúde, dirigido à Pessoa Fumadora Internada*, o que conduziu ao desenvolvimento, em 2009, de um Projeto de Intervenção em contexto de trabalho, baseado numa metodologia de resolução de um problema real ^(24, 25), identificado como a ausência de intervenção promotora da cessação tabágica em contexto de internamento, baseada na evidência científica.

O Projeto consiste na implementação de estratégias e intervenções eficazes para a resolução do problema. Intitula-se *“Deixar de Fumar - Projeto de Intervenção de Enfermagem na Cessação Tabágica junto do Cliente Fumador Internado”* num serviço de medicina de um hospital da zona sul e encontra-se em implementação há 4 anos. Responde ao enunciado descritivo da Ordem dos Enfermeiros *Promoção da Saúde*, pois ajuda os clientes fumadores a alcançarem o máximo potencial de saúde, através da cessação tabágica ⁽²⁶⁾.

Pretendemos promover a cessação tabágica através de aconselhamento motivacional, a todas as pessoas/clientes fumadoras internadas, pelo que foram desenvolvidas atividades com o propósito de assegurar uma intervenção de enfermagem eficaz, com base na evidência científica. A ação do enfermeiro especialista em enfermagem de saúde mental, enquanto Gestor de Cuidados

impulsionador da cessação tabágica, contribui para a identificação dos hábitos tabágicos dos clientes e para a realização de aconselhamento breve e/ou intensivo, através de entrevista motivacional, com resultados positivos.

O presente documento consiste no Relatório do Trabalho de Projeto mencionado, referente ao período de 2009 a 2012, que surge no âmbito da realização do 2º Mestrado em Enfermagem de Saúde Mental, que consiste numa formação científica de carácter profissionalizante, promotora de um *“conhecimento aprofundado num domínio específico de enfermagem, tendo em conta as respostas humanas aos processos de vida e aos problemas de saúde”* (27), contribuindo para que o enfermeiro demonstre *“níveis elevados de julgamento clínico e tomada de decisão, traduzidos num conjunto de competências especializadas relativas a um campo de intervenção”* (27).

É composto pelo Enquadramento Teórico, pela apresentação do Projeto de Intervenção em Serviço, seguido da Análise de competências conferidas pelo grau de Mestre em Enfermagem de Saúde Mental, Conclusão e Apêndices.

O Enquadramento Teórico, situado no segundo capítulo, foi construído a partir de pesquisa de documentação e artigos científicos publicados recentemente, via *internet*, em *sites* de entidades reconhecidas na matéria (*OMS, USDHHS, DGS, The Cochrane Collaboration, Pubmed*), utilizando como palavras-chave no motor de busca o *Tabagismo e Intervenção na cessação tabágica*, nomeadamente de *Enfermagem*.

No Capítulo 3 apresentamos o Projeto de Intervenção em Serviço, abordando o diagnóstico da situação, os objetivos do projeto, as atividades planeadas, a execução e avaliação das mesmas, assim como a divulgação dos resultados.

No Capítulo 4, é efetuada uma análise das competências de enfermeiro especialista/mestre em enfermagem de saúde mental que consideramos ter desenvolvido no decorrer da realização do projeto.

Na conclusão do relatório fazemos uma síntese dos aspetos significativos, a análise dos objetivos, uma reflexão sobre o enriquecimento individual/sugestões/limitações, identificamos o contributo do

projeto, realçamos os aspetos inovadores e benefícios para a equipa/serviço e instituição, e resumizamos as competências conferentes do grau de mestre de enfermagem de saúde mental.

As referências bibliográficas respeitam a Norma Portuguesa 405 (NP-405) ⁽²⁸⁾.

O apêndice inclui o artigo científico sobre a Intervenção de Enfermagem na Promoção da Cessação tabágica junto do Cliente Fumador Internado.

2. ENQUADRAMENTO TEÓRICO

O consumo do tabaco data dos primórdios da existência do Homem, tendo sido encontrados vestígios de nicotina na África e Ásia Menor, assim como no continente americano à 4 a 6 milhares de anos a.C..O tabaco é originário das plantas *Nicotiana tabacum* e *Nicotiana rústica*, que devem o seu nome ao médico *Jean Nicot*, embaixador francês em Lisboa, que estudou as propriedades da planta e lhe atribuiu vários efeitos medicinais (com aplicação na asma, peste e problemas intestinais). Também desempenhou diversas funções ao longo da história: espirituais, sociais (facilitador do estabelecimento de relações), políticas (fonte de impostos de Napoleão) e culturais ^(29, 30, 31).

O seu uso foi difundido na Europa, após a viagem de Colombo, sob a forma de rapé, charutos ou cachimbo, em parte devido à crença no seu valor terapêutico. O cigarro surgiu em 1881 que, pelo seu custo e facilidade no manuseamento, foi produzido em massa e contribuiu para uma rápida expansão do consumo do tabaco a nível mundial ⁽³²⁾. Nos anos 40 (século XX), o hábito de fumar era amplamente aceite pela sociedade, sendo perfeitamente normal fumar em locais fechados ⁽²⁹⁾.

O rápido crescimento de cancro no pulmão, registado a partir dos anos vinte (século XX), levou à realização de vários estudos, que culminaram com a publicação, na década de cinquenta, dos primeiros artigos científicos relacionando o consumo do tabaco com o aparecimento de cancro do pulmão, nomeadamente os realizados por *Richard Doll* e *Bradford Hill* ⁽³³⁾, primeiro em doentes com cancro do pulmão e depois assentes na observação longitudinal de uma *coorte* de médicos ingleses, ao longo de cinquenta anos (iniciada em 1951). Foram decisivos para a compreensão dos efeitos do consumo de tabaco na saúde e dos benefícios obtidos com a cessação tabágica e marcaram a primeira oposição significativa ao tabaco, tendo confrontado os fumadores com campanhas de alerta contra o tabagismo.

Em 1964, foi publicado o primeiro documento oficial nos Estados Unidos, o *Relatório do United States Department of Health and Human Services¹: Smoking and Health²*, que assume a existência de uma relação causal entre o consumo de tabaco e algumas formas de cancro no homem (pulmão

¹ U.S. Department of Health and Human Services – Departamento de Saúde e Serviços Humanos dos Estados Unidos

² Fumar e Saúde

e laringe) e quarenta anos após esta publicação, o *USDHHS* publicou um novo relatório em 2004, sobre a mesma temática, no qual se reveem, à luz de critérios de evidência científica, os resultados da investigação neste domínio ⁽³⁴⁾.

O conceito de substância prejudicial à saúde foi crescendo entre as pessoas, pelo que a década de oitenta foi marcada pelo combate ao fumo e à sua comercialização e, em 1987, a OMS criou o Dia Mundial Sem Tabaco (31 de Maio) e lançou campanhas preventivas, em particular, dirigidas aos jovens e adultos jovens, os alvos preferenciais da indústria tabaqueira ⁽²⁹⁾. Em 2003, as lutas de combate ao fumo internacionalizaram-se, com a adoção da Convenção Quadro para o Controlo do Tabaco da OMS ⁽¹⁸⁾ e surgiram linhas orientadoras para o tratamento da dependência do tabaco, baseadas em evidência científica (a primeira data de 2000, tendo sido atualizada em 2008) ⁽¹²⁾.

Todas as formas de tabaco são aditivas e, quer o consumo, quer a exposição ao fumo do tabaco, são letais, sendo considerado uma das principais causas evitáveis de doença, incapacidade e morte a nível mundial ^(4, 5, 6, 7, 10, 35).

Segundo dados da OMS (2005), cerca de um em quatro adultos, ou 1,3 bilião de pessoas faz uso do tabaco, a maior parte sob a forma de cigarros ⁽⁴⁾, sendo esperado que este número aumente para 2 biliões em 2030 ⁽³⁶⁾. Mais de 15 biliões de cigarros são consumidos diariamente em todo o mundo e, nos últimos cem anos, o consumo mundial passou de 50 biliões de cigarros por ano para 5,5 triliões ⁽²⁹⁾.

Em 1992, o Tabagismo foi reconhecido pela OMS como uma doença aditiva crónica, com múltiplas recaídas, requerendo um tratamento adequado ^(16, 37). Para compreendermos a importância do papel do EEESM na promoção da cessação tabágica torna-se necessário rever alguns temas relacionados com essa matéria, que passamos de seguida a abordar, tais como a dependência de nicotina, epidemiologia e consequências do tabagismo, estratégias de prevenção e controlo do tabaco, cessação tabágica e intervenção de enfermagem através de um processo de aconselhamento motivacional, assente num modelo assistencial de enfermeiro gestor de cuidados.

2.1. DEPENDÊNCIA DE NICOTINA

A Dependência de Nicotina é uma doença classificada, desde 1992, pela 10ª Classificação Estatística de Doenças e Problemas de Saúde Correlatos (CID-10) e, desde 1994, pelo Manual de Diagnóstico e Estatística das Perturbações Mentais – 4ª edição (DSM-IV), como uma *Perturbação relacionada com o Consumo de Substâncias*, caracterizada pela presença de tolerância, abstinência, utilização compulsiva e problemas relacionados com a substância ^(31, 38).

É considerado um fenómeno complexo, resultante da interação de vários fatores relacionados com as propriedades neurobiológicas da nicotina, a aprendizagem e condicionamento social, a personalidade, os fatores genéticos e a natureza económica ^(31, 36, 38, 39).

Diversos estudos apontam para a existência de fatores predisponentes da iniciação do consumo, que geralmente tem lugar na adolescência, tais como as normas e valores da família e grupo de pares, determinadas características pessoais, como, por exemplo, os fatores sociodemográficos (idade, género, classe social, nível de escolaridade), a adoção de comportamentos problemáticos, a impulsividade, o baixo rendimento académico, a rebeldia e o consumo de álcool e de outras substâncias, bem como a facilidade de acesso aos produtos do tabaco ⁽³⁸⁾.

Fumar está igualmente associado a fatores de condicionamento do comportamento (efeitos gratificantes provocados pela nicotina), a processos cognitivos (crenças, expectativas, imagem corporal) e emocionais. A publicidade e a pressão social para o consumo são fatores com elevado impacto na população, nomeadamente nos jovens ⁽³⁸⁾.

Existe evidência da influência da hereditariedade na dependência tabágica demonstrada em vários estudos (Kaprio *et al.*, 1982; Carmelli *et al.*, 1992; Heath *et al.*, 1995 e 1999; Sullivan e Kendler, 1999; Kendler *et al.*, 2000) que revelaram existir maior probabilidade de um indivíduo iniciar o uso (60%) e manter o consumo regular (70%) ⁽³⁶⁾.

A existência de diferenças genéticas a nível dos recetores cerebrais da nicotina pode também ajudar a explicar grande parte da variabilidade inter-individual relativamente à iniciação e manutenção do consumo ⁽³⁸⁾.

A presença da nicotina (alcalóide vegetal) na planta e no fumo do tabaco, com propriedades psicoativas estimulantes, tem a capacidade de alterar o estado de humor e induzir dependência física e psicológica, através dos efeitos que produz no sistema nervoso central, por processos semelhantes aos da heroína e cocaína (13, 31, 36, 40). Ao atingir o cérebro em menos de 10 segundos, após a absorção através dos pulmões e/ou mucosa da boca, fossas nasais e orofaringe, espalha-se através da corrente sanguínea a todo o organismo, e proporciona a estimulação dos centros cerebrais relacionados com o prazer, o que leva à repetição do gesto de fumar (13, 36, 40).

Reduz o tempo de reação, melhora a atenção e a memória, reduz o stresse e a ansiedade e diminui o apetite. No entanto, induz *Tolerância*, ou seja, a exposição repetida à mesma quantidade de nicotina leva à redução dos efeitos inicialmente experimentados, o que leva a um aumento das doses consumidas. Pode produzir efeitos aversivos que, com o uso continuado, acabam por desaparecer, como a náusea, tosse, tonturas e ansiedade (36).

Os *Sintomas de Abstinência* podem surgir após alguns dias ou semanas de uso ocasional, muitas vezes antes de um consumo diário e regular se ter instalado, após a interrupção abrupta do consumo de tabaco. Variam de indivíduo para indivíduo, podendo começar algumas horas após o último cigarro (2-12 horas), havendo um pico de sintomas pelas 24h-48horas depois, com diminuição da intensidade durante várias semanas a meses. A maioria dos sintomas dura cerca de quatro semanas, mas a ânsia de fumar pode durar seis ou mais meses (22, 23, 29, 36).

São eles a ansiedade (87%), irritabilidade (87%), frustração (87%), fúria (87%), diminuição da frequência cardíaca (80%), diminuição de concentração (73%), aumento de apetite e peso (73%), impaciência/desassossego (71%), ânsia de fumar (62%), depressão e disforia (sem história prévia de depressão: 31%; com história prévia: 75%), mal-estar físico, dores de cabeça e alterações do sono (29). Todos estes sintomas dificultam a cessação tabágica, assim como os fatores psicológicos, pois o tabaco faz parte da rotina diária do fumador, estando associado a situações específicas que acionam o desejo de fumar (final da refeição, café), sendo também utilizado para lidar com o stresse e emoções negativas, como a ansiedade (36).

Os sintomas de abstinência podem camuflar ou agravar os sintomas de outras patologias psiquiátricas ou os efeitos secundários de outros fármacos. Repetir o consumo é a forma mais fácil e rápida do fumador, em situação de privação, se voltar a sentir bem, pelo que a manutenção do

consumo do tabaco poderá assim ser explicada não só pelos efeitos positivos e agradáveis da nicotina, mas também pela necessidade de reverter os sintomas de abstinência ⁽³⁶⁾.

Como o uso de substâncias aditivas induz memórias de longa duração, é possível que o stresse ou fatores associados ao comportamento de fumar possam despoletar sintomas agudos de abstinência em pessoas abstinentes (meses ou anos) e conduzir à recaída. As recaídas fazem parte do processo de cessação tabágica, estimando-se que um fumador realize várias tentativas seguidas de paragem antes de o conseguir com sucesso ^(22, 36).

2.2. EPIDEMIOLOGIA DO TABAGISMO

A epidemia do tabaco constitui um dos maiores problemas atuais de saúde pública, na medida em que o hábito de fumar é prevalente em todo o mundo, existindo grandes variações em diferentes países e regiões, que não podem ser dissociadas do nível de desenvolvimento social e económico, e de aspetos culturais ^(4, 41, 42).

Na Europa, observa-se uma diminuição do consumo de tabaco nos homens e uma estabilização nas mulheres, que pode dever-se às medidas preventivas estabelecidas, no que diz respeito a legislação, educação para a saúde, aumento dos impostos sobre o tabaco e apoio à cessação tabágica. Contudo, ainda existem grupos vulneráveis, com comorbilidades associadas ao consumo de tabaco ⁽²⁹⁾.

2.2.1. PREVALÊNCIA DO TABAGISMO

Dados do Eurobarómetro do Tabaco 385 (2012) revelam que cerca de 28% dos europeus (E27) são fumadores (32% homens e 24% mulheres), existindo algumas disparidades em diferentes países da União Europeia. Observa-se uma maior prevalência de fumadores na Grécia (40%), Bulgária (36%) e Latvia (36%), e menor prevalência na Suécia (13%), Portugal e Eslováquia (23%) ⁽³⁵⁾.

A idade média europeia de começar a fumar foi 17,6 anos (17,2 nos homens e 18 nas mulheres). Cerca de 70% dos fumadores e ex-fumadores começou antes dos 18 anos, por questões associadas ao fato dos amigos fumarem (79%), pais fumadores (21%) e por gostarem do sabor do tabaco (19%)⁽³⁵⁾.

De acordo com o estudo “*Health Behaviour in School-Aged Children 2006*”, assistiu-se a uma redução na percentagem de jovens que experimentaram o tabaco e no consumo em si, de 2002 a 2006⁽⁴³⁾.

Os europeus fumadores distribuem-se pelos seguintes grupos etários⁽³⁵⁾ (ver Quadro 1):

Faixa Etária	Fumadores
15-24 anos	29%
25-39 anos	37%
40-54 anos	34%
Mais de 55 anos	17%

Quadro 1: Fumadores Europeus por grupos etários 2012

Cerca de 46% dos fumadores europeus consome 11 a 20 cigarros/dia, o que corresponde a um maço/dia (média 14,2), sendo que os homens fumam mais que as mulheres (15,4 *versus* 12,8 cigarros/dia). Cerca de 21% dos europeus são ex-fumadores e 51% nunca fumaram⁽³⁵⁾.

Cerca de 61% dos fumadores já tentaram deixar de fumar (66% sem apoio profissional) e 39% nunca tentou. São os fumadores entre os 40 e 54 anos quem procuram assistência (37%), em particular medicação, assim como quem tem um maior nível de escolaridade. Estudos revelaram diferenças nas prevalências do tabagismo associadas à condição socioeconómica: 49% dos desempregados europeus são fumadores, 46% apresenta dificuldade em pagar contas e 34% pertence baixa posição social⁽³⁵⁾.

O risco relativo de ser fumador do sexo masculino é mais elevado entre os indivíduos com menor nível de escolaridade, ao contrário do verificado no sexo feminino. Em ambos os sexos, os indivíduos divorciados revelam um risco acrescido de serem fumadores, comparativamente aos viúvos e restantes estados civis⁽⁴⁴⁾.

Os diversos estudos sobre a evolução das prevalências de fumadores em Portugal não se podem comparar, pois a população estudada é diferente, relativamente à idade e território abrangidos (6, 8, 35, 44, 45, 46, 47).

O Eurobarómetro do Tabaco 385 (2012) revela que 23% da população portuguesa é fumadora, 62% nunca fumou e 15% deixou de fumar (35). O consumo de tabaco continua a ter uma maior prevalência no sexo masculino, mas com tendência para aumentar entre as mulheres (13, 29, 45). Em 2005, as prevalências mais elevadas de homens que fumavam diariamente foram observadas nos Açores (31%) e Alentejo (29,9%), enquanto que nas mulheres ocorreu na região de Lisboa e Vale do Tejo (15,4%) e Algarve (12,8%) (45).

Cerca de 90% dos fumadores portugueses fumam cigarros, em média 14,4 (menos 1,1 que em 2009), e 51% iniciaram o consumo do tabaco entre os 15 e os 18 anos, 22% antes dos 15 anos e 19% depois dos 18 anos, por razões associadas ao fato dos amigos fumarem (82%), gostarem do sabor do tabaco (19%), fácil disponibilização de tabaco (10%) e terem pais fumadores (6%) (35).

O estudo europeu realizado em 2007 sobre consumo de álcool e outras drogas por estudantes dos 15 aos 16 anos, em ambiente escolar, em 35 países europeus, revelou que Portugal apresenta uma taxa de prevalência do consumo baixa (7% a 19%) e que as diferenças entre géneros são pouco significativas, no que se refere ao consumo de cigarros nos últimos 30 dias (48).

2.2.2. MORTALIDADE ASSOCIADA AO TABAGISMO

O Tabaco é o único produto de consumo legal que prejudica todos que estão expostos a este e mata cerca de metade de quem o consome (9, 36, 49, 50), um quarto dos quais nas idades compreendidas entre os 25 e os 69 anos (6).

Segundo *Mathers e Loncar* (8), o tabaco matou no século vinte 100 milhões de pessoas e continuará a matar anualmente 6,4 milhões de pessoas em 2015 (12% das mortes a nível mundial, em adultos com idade superior a 30 anos), uma a cada seis segundos e 8,3 milhões em 2030, se não forem instauradas medidas (8, 11, 49, 50).

Cerca de 80% das mortes associadas ao tabaco ocorrem em países desenvolvidos, com sérias consequências também a nível social, económico e ambiental, pelo que a prevenção desta epidemia deve ser considerada como prioridade máxima para a saúde pública em todo o mundo (8, 9, 11).

A OMS (2008) identificou o uso de tabaco como um fator de risco para seis das oito principais causas de morte no mundo (9, 51), assim como das quatro principais doenças não transmissíveis (Doenças Cardiovasculares, Cancro, Doença Pulmonar Obstrutiva Crónica e Diabetes) responsáveis por 85% das 9 milhões de mortes na Europa, entre 2003 e 2007 (52, 53). Para além das doenças não transmissíveis, o tabaco também está associado a doenças transmissíveis, como a tuberculose. Considera-se que causa mais problemas que o álcool, as drogas, hipertensão arterial, obesidade e hipercolesterolemia e mata mais que a tuberculose, VIH/SIDA e malária juntas (35).

Embora a longevidade tenha vindo a aumentar, isso não acontece com os fumadores, que morrem cerca de 12 a 20 anos mais cedo que os não fumadores (33, 54), sendo que a proporção de mortes atribuídas ao tabaco é 25% para homem e 7% para mulher (11).

Dados de 2004 revelam que 5% das mortes por doenças transmissíveis e 14% das mortes por doenças não transmissíveis, em adultos com idades superiores a 30 anos, são atribuídas ao tabaco, nomeadamente: 7% por tuberculose, 12% por infeções respiratórias, 10% por doenças cardíacas isquémicas, 22% por cancro e 36% por doenças do sistema respiratório (42% DPOC atribuída ao tabaco) (11).

Dados da Comissão Europeia revelam que mais de 650 000 europeus morrem por ano por causa do tabaco (uma em sete mortes) (35, 55, 56). Estima-se que em 2000, o consumo de tabaco tenha sido responsável por cerca de 15% do total da mortalidade verificada nos 25 estados-membro, por cerca de 85% da mortalidade por cancro do pulmão, por cerca de 25% das mortes por qualquer tipo de cancro, por cerca de 30% da mortalidade por doença do aparelho respiratório e por cerca de 10% do total de mortalidade por doença cardiovascular (4).

Em Portugal, o tabaco associado a mortes por doenças não transmissíveis é 13,6 vezes superior a doenças transmissíveis, sendo responsável por 11% de doenças não transmissíveis e 8% de doenças transmissíveis (11) (ver Quadro 2). Estima-se terem morrido em 2005 cerca de 108 mil

peças e 11,7% (12 600) das mortes estarem associadas ao tabaco ⁽²⁷⁾. As mortes atribuíveis ao tabaco estão a aumentar rapidamente entre os homens (17%), mas ainda não nas mulheres (3%) (11, 29, 57).

Doença	Europa		Portugal	
	Mortes 100 000	% Atribuída ao tabaco	Mortes 100 000	% Atribuída ao tabaco
Doença cardíaca isquémica	437	16%	191	10%
Cancro (traqueia, brônquios e pulmão)	71	85%	52	77%
DPOC	44	70%	41	57%
Tuberculose	13	26%	6	14%
Infeções respiratórias	37	24%	62	12%

Quadro 2: Taxas de Mortes Estimadas (100 000) e Proporção Atribuídas ao Tabaco, na Europa e Portugal ⁽¹¹⁾

2.2.3. MORBILIDADE ASSOCIADA AO TABAGISMO

A OMS (2011) considerou que as quatro principais doenças não transmissíveis relacionadas com o tabagismo são responsáveis por cerca de 77% de morbilidades associadas, em particular em pessoas com idade superior a 50 anos ⁽²⁾.

Dados da Comissão Europeia (2004) revelaram que 13 milhões de europeus sofrem de doenças crónicas associadas ao tabaco ⁽⁵⁵⁾. O consumo do tabaco, ao lado dos seis fatores de risco (hipertensão arterial, abuso de álcool, hipercolesteriemia, excesso de peso, dieta desequilibrada e sedentarismo) responsáveis por cerca de 60% de doenças na União Europeia ^(4, 52), lidera como responsável pela maior carga de doenças, representando em 2009 cerca de 17% do peso da doença nos países europeus, expresso em anos de vida ajustados para a incapacidade (DALY³) ⁽⁵²⁾.

Segundo o estudo efetuado por *Borges e colaboradores* (2009), a carga da doença atribuível ao tabagismo em Portugal, em 2005, foi de 11,2% (146 000): 15,4% nos homens e 4,9% nas mulheres.

³ DALY significa Disability Adjusted Life Year. 1 DALY corresponde à perda de um ano de vida saudável.

As doenças relacionadas com o tabagismo (cardiovasculares, neoplasias e respiratórias) geraram 121 643 DALY, dos quais 72 126 (59%) são atribuíveis ao tabagismo e 12 417 (10%) são redutíveis (27). As principais causas de incapacidade são os Acidentes Vasculares Cerebrais, a depressão, a isquemia do miocárdio e o alcoolismo (4, 6).

Os fumadores perdem em média 10 anos de esperança de vida, que podem recuperar se deixarem de fumar (6). Parando de fumar à idade de 60, 50, 40 e 30 anos, ganha-se 3, 6, 9 e 10 anos de vida (33).

Segundo o mesmo estudo, se os fumadores tivessem deixado de fumar e passassem a experimentar o risco médio das populações de ex-fumadores (o qual é superior ao dos nunca fumadores, mas inferior ao dos fumadores), estimava-se uma redução em 5,8% da carga da doença medida pelos DALY (7,8% dos homens e 2,8% das mulheres) e uma diminuição em 5,8% das mortes (8,5% homens e 2,9% mulheres), ou seja, teria havido em 2005 menos 6 200 mortes e menos 51 000 anos de vida ajustados perdidos (57).

2.3. CONSEQUÊNCIAS DO TABAGISMO

Os primeiros artigos científicos relacionados com o consumo do tabaco surgiram em 1950 e, desde então, os estudos científicos têm dado sucessivas evidências de que o tabaco é aditivo e é considerado o maior fator de agressão da saúde do homem, pelos efeitos tóxicos e cancerígenos produzidos pelas substâncias químicas que contém, constituindo um dos mais graves problemas de saúde pública, com repercussões em toda a população, fumadora e não fumadora, na medida em que a própria exposição ambiental ao fumo do tabaco também é nociva para a saúde (13, 34, 40).

O fumo do tabaco é um aerossol constituído por uma fase gasosa e uma fase de partículas. Para além da nicotina, contém mais de quatro mil substâncias, várias das quais com efeitos tóxicos como o monóxido de carbono⁴, e irritantes como a acetona, o metano, o formaldeído ou a amónia, outras com efeitos cancerígenos, como por exemplo o alcatrão e os hidrocarbonetos aromáticos

⁴ Gás inodoro que se forma durante a combustão dos produtos do tabaco, tóxico para o organismo, reduzindo a capacidade do sangue para transportar oxigénio dos pulmões às células dos tecidos e órgãos. Está associado ao desenvolvimento de doença isquémica coronária. Quando inalado em grandes quantidades torna-se fatal.

policíclicos, as N-nitrosaminas, as aminas aromáticas, os aldeídos, diversos metais pesados e substâncias radioativas, como o polónio-210 ^(5, 31, 50).

Muitas destas substâncias existem na folha do tabaco, outras resultam da absorção pela planta de substâncias existentes no solo ou no ar (pesticidas e fungicidas) e outras são produzidas durante o processo de cura e armazenamento da folha ⁽⁵⁾. Por outro lado, a indústria do tabaco utiliza diversas substâncias, os chamados ingredientes ou aditivos (mentol, baunilha), com o intuito de humidificar o fumo, de o tornar menos irritante para as vias aéreas e melhorar a sua aceitabilidade, em particular junto dos jovens, podendo contribuir para potenciar o efeito aditivo da nicotina ⁽¹³⁾.

De acordo com diretivas europeias, na rotulagem do tabaco ^(58, 20) é obrigatória a menção dos teores de nicotina, monóxido de carbono e alcatrão, contudo todos os produtos do tabaco são nocivos para a saúde, não havendo um limiar seguro de exposição ⁽⁵⁾.

A combustão do tabaco ocorre a cerca de 900°C durante a aspiração do fumo por parte do fumador e a cerca de 600°C nos intervalos entre as aspirações. Esta diferença de temperaturas associada à maior ou menor concentração de oxigénio, leva a que o fumo inalado pelo fumador (corrente principal) seja qualitativa e quantitativamente diferente do fumo libertado para a atmosfera (corrente lateral ou secundária). O fumo da corrente lateral é mais alcalino e contém partículas de menor dimensão, mas cuja concentração de algumas substâncias tóxicas é mais elevada, o que torna o fumo ambiental potencialmente mais nocivo à saúde do que o fumo inalado diretamente pelo fumador ⁽³⁶⁾.

Os fumadores apresentam globalmente piores níveis de saúde do que os não-fumadores e, para além das consequências individuais, é de realçar o impacto social do tabagismo, nomeadamente através dos elevados custos económicos associados a gastos em saúde, absentismo ou incapacidade precoce, podendo ser gerador de diversos acidentes relacionados com a condução, fogos domésticos ou florestais ⁽³⁰⁾.

2.3.1. EFEITOS DO CONSUMO DE TABACO PARA A SAÚDE

Atualmente as consequências do consumo de tabaco estão bem estabelecidas para um grande número de doenças, sendo considerado o principal fator de risco evitável de cancro (pulmonar, esófago, do estômago, do pâncreas, do fígado, do cólon, do rim, cervical, leucemia e outros), doenças cardiovasculares (aterosclerose, doença coronária, doença arterial periférica) e cerebrovasculares (AVC), doenças do aparelho respiratório (DPOC, pneumonia, asma, tuberculose) e complicações maternas e fetais (5, 9, 10, 13, 16, 18, 31, 32, 34, 40, 49).

O seu consumo está também associado a refluxo gastro-esofágico, úlcera péptica gástrica e duodenal, doença de *Cronh*, lúpus, cataratas, aneurisma aórtico abdominal, aumento de neuropatia periférica em diabéticos insulín dependentes, osteoporose, perturbações cutâneas (envelhecimento e formação precoce de rugas, psoríase), SIDA entre outras doenças (5, 9, 10, 13, 16, 18, 31, 32, 34, 40, 49).

O risco aumenta com o número de cigarros fumados, a duração do consumo e a associação de outros fatores de risco, como o colesterol elevado, a hipertensão e a obesidade (5, 9, 10, 13, 16, 18, 32, 34, 40). A maioria das consequências do uso do tabaco para a saúde surge anos ou até décadas após se começar a fumar (5, 9).

De acordo com o *U.S.D.H.H.S.*, o risco de morte por cancro é 22 vezes superior nos homens fumadores de cigarros e cerca de 12 vezes maior nas mulheres fumadoras, em comparação com os não fumadores da mesma idade e sexo (32, 34).

Segundo OMS (2006), o tabaco é responsável por 90% dos cancros do pulmão (5). As taxas de mortalidade por cancro da traqueia, brônquios e pulmão são geralmente menores na mulher do que no homem, no entanto, espera-se uma subida, dado o aumento da prevalência do consumo junto desta população e o tempo entre o início do consumo e a manifestação de doença não ser imediato (7).

Nas mulheres fumadoras ocorre uma diminuição da prolactina, que pode contribuir para reduzir a fertilidade e a probabilidade de aleitamento materno, para uma menopausa mais precoce, para o aparecimento de osteoporose, cancro cervical (cerca de quatro vezes mais que na mulher não

fumadora) e, em conjugação com a pílula contraceptiva combinada, nas mulheres com mais de 35 anos, para um risco aumentado de doença cardiovascular (13, 16, 32, 34, 40, 59).

Na gravidez, o consumo regular de tabaco aumenta o risco de baixo peso do bebé ao nascer (menos 200gr), prematuridade, placenta prévia, descolamento da placenta e mortalidade perinatal. Há evidência sugestiva de que possa aumentar também o risco de aborto espontâneo. O risco é tanto maior quanto maior o consumo e este diminui para níveis semelhantes aos das mulheres não fumadoras, se a mulher parar de fumar antes da gravidez ou durante o primeiro trimestre (5, 13, 16, 31, 32, 34, 59).

Dados científicos revelam que a exposição pré-natal ao fumo do tabaco tem repercussões adversas na saúde e no desenvolvimento das crianças, assim como o consumo entre as crianças e os adolescentes, na medida em que é lesivo para a maturação e a função pulmonar, contribui para agravar a asma e a sintomatologia respiratória (tosse e expetoração), diminui o rendimento físico e altera os lípidos no sangue, designadamente o aumento das LDL (34).

As prevalências de consumo de tabaco são mais elevadas em pessoas com problemas de saúde mental (60%) e em doentes psiquiátricos institucionalizados, relativamente à população em geral (36, 60). Existe alta presença de comorbilidade de Esquizofrenia associada ao tabagismo, cerca de 2 a 3 vezes superior do que na população em geral, com uma prevalência superior comparativamente com outras perturbações psiquiátricas (90% dos esquizofrénicos são fumadores), e de elevadas doses de nicotina (cerca de 30 cigarros/dia). Estudos sugerem que os doentes com esquizofrenia fumam para combater os sintomas negativos da doença, défices cognitivos e efeitos extrapiramidais provocados pelos neurolépticos (31, 32, 36).

Entre os doentes com Distúrbios de Ansiedade e Depressão, a prevalência do tabagismo é de cerca de 50% (60). Relativamente à depressão, cerca de 8 a 13% da população mundial experiencia sintomas de depressão na vida e a comorbilidade associada ao abuso de substâncias é de 32%, sendo que a prevalência de depressão major nos fumadores é duas vezes maior do que em não fumadores (32, 36). Os fumadores com antecedentes de depressão têm significativamente menor probabilidade de deixarem de fumar (14%) do que os fumadores sem história de depressão (28%) (31).

O Alcoolismo é a dependência mais frequentemente associada ao tabagismo, sabendo-se que o consumo de tabaco dos alcoólicos é duas vezes superior ao dos bebedores ocasionais. Na população fumadora, o alcoolismo é cerca de dez vezes mais frequente do que na população não fumadora ⁽⁶⁰⁾. Está também estabelecida associação entre o tabagismo e o consumo de substâncias ilícitas: cerca de 85% dos toxicodependentes são fumadores e a maior frequência de consumo do tabaco surge entre os dependentes de heroína ^(31, 60).

Apesar de tudo o que se sabe sobre o tabaco, o seu consumo continua a aumentar por todo o mundo, em especial nos países subdesenvolvidos, onde a indústria tabaqueira apresenta um elevado potencial de mercado, pois possuem baixas medidas de controlo do tabagismo. As estatísticas indicam que não será possível reduzir as consequências relacionadas com o tabaco nos próximos 30 a 50 anos, a menos que se incentivem os fumadores a deixar de fumar ⁽⁶¹⁾.

2.3.2. EFEITOS DA EXPOSIÇÃO AO FUMO DO TABACO AMBIENTAL

Cerca de um terço da população adulta, a nível mundial, está regularmente exposta ao fumo do tabaco ambiental ⁽⁵⁰⁾.

O fumo do tabaco ambiental (FTA, também chamado de tabagismo passivo) é constituído pela corrente principal do fumo, expirado pelo fumador, e pela corrente secundária, libertada diretamente para a atmosfera. Contém mais de quatro mil substâncias químicas, incluindo mais de 50 agentes cancerígenos conhecidos e 250 agentes tóxicos, tendo sido classificado como agente cancerígeno para o homem pela *Environmental Protection Agency*⁵ em 1993, pelo *U.S.D.H.H.S.* em 2000, e pelo Centro Internacional de Investigação do Cancro da OMS em 2002 ^(50, 62).

O reconhecimento de que a exposição ao fumo ambiental do tabaco afeta a saúde dos não fumadores é relativamente recente, tendo-se consolidado após a publicação dos primeiros estudos relacionando a exposição ao fumo ambiental do tabaco com o aparecimento de cancro do pulmão em mulheres não fumadoras casadas com fumadores ^(63, 64).

⁵ Agência de Proteção do Ambiente Americana

Todos os produtos e formas de tabaco são nocivos para a saúde, não existindo um limiar seguro de exposição ao fumo do tabaco ambiental (7, 9, 31, 50, 63, 64, 65). A contaminação persiste para além do período ativo do fumar, nas cortinas, roupas, comida, mobília e outros materiais, durante semanas a meses, mesmo com a janela aberta ou a utilização de ventoinhas e filtros de ar (50).

É responsável por cerca de 600 000 mortes de não fumadores, a nível mundial (11, 49, 50). O risco para a saúde aumenta em função do aumento da exposição, pelo que os não fumadores expostos em espaços poluídos pelo fumo do tabaco têm maior probabilidade de vir a contrair cancro do pulmão (20-30%), doenças cardiovasculares (25-30%), bem como diversas patologias respiratórias de natureza aguda e crónicas (5, 9, 31, 63, 64, 65). Das mortes atribuídas ao fumo passivo, 31% ocorrem em crianças e 64% em mulheres (50).

Os efeitos na saúde decorrentes da exposição ao fumo do tabaco continuam em investigação, pelo que a associação com situações patológicas, para as quais a evidência não é hoje suficiente, poderá vir a ser reconhecida no futuro (13, 32, 34, 63).

Os principais locais de exposição crónica e intensiva ao fumo do tabaco são a casa e o local de trabalho (50, 62). Segundo o relatório elaborado em 1998, pelo Sistema de Informação sobre Exposição Profissional a Agentes Cancerígenos (CAREX), a exposição ao FTA era a segunda forma de exposição mais comum a agentes cancerígenos (após a radiação solar) na EU-15, e cerca de 7,5 milhões de trabalhadores europeus foram expostos ao tabagismo passivo durante pelo menos 75% do seu tempo de trabalho no período de 1990 a 1993 (62).

Portugal é o país europeu com maior diminuição de prevalência de fumadores passivos no local de trabalho de 2005 para 2010 (20%), tendo-se colocado na 6ª posição deste indicador na Europa (66). Estima-se que, em 2002, tenha sido responsável pela morte de cerca de 79 000 adultos não fumadores na União Europeia (25 estados-membros), 7 600 mortes associadas ao local de trabalho e 72 100 mortes relacionadas com a exposição em casa, com custos significativos para toda a sociedade (50, 62, 63, 159).

Segundo o relatório da OMS (2009), 90% da população mundial não está protegida por políticas livres de fumo (50). A ação coordenada por uma “Europa sem fumo” é uma das prioridades da política da Comissão Europeia no domínio da saúde pública, do ambiente, do emprego e da

investigação. Já foram tomadas medidas para promover zonas sem fumo, nomeadamente em locais de trabalho fechados, recintos públicos fechados e transportes públicos. Para além da ação legislativa, duas campanhas antitabaco nos meios de comunicação social (“Não hesites em dizer não” de 2001-2004 e “HELP: por uma vida sem tabaco” de 2005-2008) procuraram chamar a atenção para os riscos do tabagismo passivo e a promoção de estilos de vida sem tabaco ^(41, 62, 65).

2.3.3. CUSTOS ASSOCIADOS AO TABAGISMO

O Banco Mundial estimou para 2000, para a União Europeia, custos relacionados com o tabagismo entre 9,7 a 130,3 biliões de euros, correspondendo a 1,04-1,39% do Produto Interno Bruto ^(7, 67).

Também prevê para 2050 a ocorrência de 520 milhões de óbitos causados por doenças associadas ao tabaco, pelo que se reduzisse para metade o número de jovens que iniciam o fumo do tabaco, esse número desceria para 500 milhões, em 2050, e se se conseguisse implementar com sucesso medidas que incentivassem os fumadores a deixarem de fumar, esse número desceria para 340 milhões ⁽¹⁾.

No que se refere a Portugal, Borges *et al.* estimam que o tabaco tenha sido responsável, em 2005, por 126 milhões de euros de custos com internamentos hospitalares e por mais 308 milhões de custos no ambulatório (medicamentos, consultas, meios complementares de diagnóstico). Se os fumadores tivessem cessado o consumo de tabaco, os custos teriam sido reduzidos em cerca de 64 milhões de euros nos internamentos hospitalares e, no mínimo, em 80 milhões nos cuidados ambulatoriais ⁽⁵⁷⁾.

O estudo de Gouveia *et al.* (2007), referido por Pamplona e Mendes ⁽³⁷⁾, identifica cerca de 490 milhões de euros atribuíveis ao tabaco (em ambulatório e internamento), 244 milhões gastos em doenças respiratórias não neoplásicas, entre as quais a DPOC é a de maior impacto. Caso os fumadores tivessem parado de fumar, os custos teriam sido reduzidos em cerca de 171 milhões de euros e teriam sido poupados 27 milhões de euros, no que se refere às doenças respiratórias não neoplásicas.

Segundo o Infotabac 2011, em 2009, o número de episódios de internamento por doença isquémica cardíaca diminuiu pela primeira vez em 16 anos e a taxa de episódios de internamento por DPOC observou um ligeiro decréscimo. Como seria de esperar, em termos de impactos na morbilidade e mortalidade, o espaço decorrido desde a implementação da Lei n.º 37/2007 de 14 de Agosto ainda não permite avaliar com segurança todo o imenso potencial de ganhos em saúde que esta contém ⁽⁶⁸⁾.

2.4. ESTRATÉGIAS DE PREVENÇÃO E CONTROLO DO TABACO

A saúde é fundamental na vida das pessoas e deve ser apoiada por políticas e ações eficazes a nível nacional e internacional ⁽⁶⁵⁾.

O envelhecimento da população, resultante das baixas taxas de natalidade e do aumento da longevidade é um fenómeno bem conhecido. Até 2050, o número de pessoas com mais de 65 anos aumentará 70% na União Europeia e o grupo etário de 80 ou mais anos aumentará 170%. Esta evolução conduzirá provavelmente a um aumento da procura de cuidados de saúde e, paralelamente, à diminuição da população ativa, o que poderá provocar uma subida das despesas de saúde de 1% a 2% do PIB nos Estados Membros até 2050. Isto representa um aumento médio das despesas em cuidados de saúde de cerca de 25% do PIB ⁽⁶⁵⁾.

As projeções da *Economic Policy Committee and European Commission* (Comité Políticas Económicas e Comissão Europeia) ⁽⁶⁹⁾ mostram que o aumento das despesas decorrentes do envelhecimento poderá ser reduzido para metade se as pessoas se mantiverem saudáveis na sua longevidade. Para que seja possível envelhecer com saúde tornam-se necessárias ações de promoção da saúde e prevenção da doença ao longo de todo o ciclo de vida, que abordem questões essenciais como a má nutrição, o exercício físico, o consumo de álcool/ drogas/tabaco, os riscos ambientais, os acidentes rodoviários e os acidentes domésticos, como está preconizado no Livro Branco da CCE (2007) ⁽⁶⁵⁾.

A luta contra o tabagismo é considerada uma prioridade da saúde pública na Comunidade Europeia desde 1980, tendo sido desenvolvidas medidas nas áreas da legislação e na implementação de ações e programas europeus e internacionais (criação ambientes livres de fumo, controlo e

marketing de produtos do tabaco, avisos nos pacotes de tabaco⁶), que produziram um impacto positivo nas taxas de prevalência do tabagismo ^(35, 55). Se, em 1985, as taxas de prevalência de tabagismo nos homens eram de 50%, em 2004 muitos estados membros reduziram para 15-20% (taxa variável de país para país). Isto traduz-se em milhares de vidas salvas, demonstrando que as políticas de controlo do tabaco resultam ⁽⁵⁵⁾.

Dada a multiplicidade de fatores implicados na génese do tabagismo, a sua abordagem requer uma combinação integrada de múltiplas estratégias, centradas na prevenção da iniciação do consumo, na promoção da cessação, na proteção da exposição ao fumo ambiental e na criação de climas sociais e culturais favoráveis à adoção de estilos de vida saudáveis ^(13, 21).

A redução do tabagismo ativo e passivo traduzir-se-á numa diminuição da morbilidade e da mortalidade e no aumento da esperança de vida. Embora possam ser necessários cerca de 30 anos para que os benefícios para a saúde sejam plenamente visíveis, basta um período de um a cinco anos para que se registem progressos consideráveis, sobretudo no que se refere às doenças respiratórias e cardiovasculares ⁽⁶²⁾.

A chave para uma efetiva ação internacional no controlo do tabaco é uma vigorosa liderança a nível das agências internacionais, tais como a OMS, o Banco Mundial, o Fundo Monetário Internacional e as entidades políticas regionais, como a União Europeia ⁽³⁰⁾.

2.4.1. AÇÃO INTERNACIONAL

A Organização Mundial de Saúde desempenha um papel importante através dos “*Planos de Ação para uma Europa Livre de Tabaco*”, que tiveram início em 1987. A sua estratégia foi consolidada pela realização da *1ª Conferência Europeia sobre Tabaco ou Saúde* (1988), na qual foi aprovada a “*Carta Europeia contra o Tabaco*” e foram definidas as “*Dez Estratégias para uma Europa Sem Tabaco*”. Estas estratégias e orientações são divulgadas nas comemorações do Dia Mundial Sem Tabaco (31 de Maio).

⁶ Última medida adotada a 07.03.2012: criação de 14 novos avisos para aparecer nos pacotes do tabaco.

A OMS do Comité Regional Europeu adotou, em 2002, a “*Estratégia Europeia de Controlo do Tabaco*”⁷ (70), que seguiu três planos de ação regional durante 1987 e 2002, com intuito de reduzir a prevalência do tabagismo.

A ESTC recomenda a criação de estratégias nacionais que incluem a implementação de programas educacionais que promovam a cessação tabágica, o desenvolvimento de boas práticas no tratamento da dependência do tabaco e na prevenção da recaída no SNS (suporte comportamental, serviços de aconselhamento, linhas de apoio, consultas de cessação tabágica), o estabelecimento de programas de treino em técnicas de cessação tabágica dirigida aos profissionais de saúde (médicos, enfermeiros, dentistas, farmacêuticos) assim como professores e assistentes sociais, e o estabelecimento de facilidades no serviço de saúde associado ao diagnóstico, aconselhamento e tratamento da dependência do tabaco. Desde esta data desenvolveram-se medidas de controlo do tabaco a nível internacional.

Em Maio de 2003, na 56ª *Assembleia Mundial da Saúde*, os 192 Estados membros da OMS aprovam a primeira medida global de saúde pública, a “*Convenção-Quadro sobre Controlo do Tabagismo*”⁸ (18), que constitui um marco histórico da saúde pública mundial e da efetiva prevenção e controlo do tabagismo, representando cerca de 80% da população mundial (49). Tem como objetivo proteger as gerações presentes e futuras dos efeitos sanitários, sociais, ambientais e económicos causados pelo consumo e pela exposição ao fumo do tabaco, instituindo um sistema de implementação de medidas de controlo do tabaco, tendo em vista a redução contínua e substancial da predominância do tabagismo e da exposição ao fumo do tabaco.

Em Janeiro de 2004, foi adotado e assinado pelos participantes da “*WHO Informal Meeting on Health Professionals and Tobacco Control*” o “*Código de Conduta na Prática das Organizações de Profissionais de Saúde no Controlo do Tabaco*” (71), que inclui 14 medidas, nomeadamente encorajar os seus membros a servirem de modelos ao não fumarem, a desenvolverem atividades na sua prática que promovam o controlo do tabaco, nomeadamente através da cessação tabágica, organização de campanhas ou dias especiais (Dia Mundial Sem Tabaco) que encorajem e ajudem as pessoas a deixar de fumar, com base na evidência científica.

⁷ *European Strategy for Tobacco Control* – ESTC

⁸ *Framework Convention on Tobacco Control* (WHO FCTC)

A implementação da Convenção Quadro foi assistida pelo pacote de medidas apresentadas no “*WHO Report on the Global Tobacco Epidemic⁹ 2008 – The MPOWER*”⁽⁹⁾, que surge em 2008. Segundo a OMS, em 2012, cerca de 3,8 biliões de pessoas estão protegidas pelas medidas anunciadas⁽¹¹⁾.

É composto por seis políticas efetivas de controlo do tabaco e redução do seu consumo, que pretendem prevenir o consumo de tabaco (aumento das taxas e preços do tabaco; proibição de anúncios, promoções e patrocínios; informação sobre malefícios do tabaco à população), ajudar quem quiser parar de fumar (os sistemas de saúde dos países detêm a responsabilidade de oferecer tratamento para a dependência do tabaco, através de vários métodos: aconselhamento, farmacoterapia, linhas telefónicas, que devem ser adaptados à pessoa, consoante as suas preferências, necessidades e cultura^(9, 49)) e proteger os não fumadores da exposição ao fumo do tabaco, revertendo assim a epidemia do tabaco e prevenindo milhões de mortes^(9, 49).

O *projeto CHOICE*, gerido pela OMS, identifica os recintos públicos sem tabaco como a segunda forma mais eficaz de intervenção para diminuir a mortalidade e morbilidade relacionadas com o consumo de tabaco⁽⁶²⁾. Os ambientes livres de fumo ajudam os fumadores que querem deixar de fumar, reduzindo para 4% a prevalência do tabagismo nos locais de trabalho e o consumo de tabaco em 29% dos empregados⁽⁷²⁾. Esta legislação encorajou as famílias a criarem as suas próprias leis de ambientes sem fumo em casa.

Foi definido para 2012-2016 o “*Plano de Ação para Implementação de Estratégias Europeias de Prevenção e Controlo de Doenças Não Transmissíveis*”^(2, 53), que permitirá reduzir a morte prematura e prevenir a morbilidade e a incapacidade, e promover a qualidade de vida e bem-estar das pessoas e sociedades.

Relativamente ao Banco Mundial, este adotou, em 1991, uma política que tem como princípio não fornecer investimentos ou empréstimos à produção do tabaco, ao seu processamento ou marketing.

A União Europeia aprovou duas diretivas para regulamentar a produção, a rotulagem dos avisos dos maços, teores de nicotina e alcatrão, controlo do comércio e circulação dos produtos do tabaco

⁹ Relatório da Epidemia Global do Tabaco da OMS

(Diretiva 2001/37/CE de 5 de Julho) ⁽⁷³⁾ e para o fim da publicidade e patrocínios dos produtos do tabaco (Diretiva 2003/33/CE de 26 de Maio) ⁽⁷⁴⁾.

2.4.2. PORTUGAL

A primeira lei em Portugal relacionada com tabaco surgiu em 1959, para proibir o fumo de tabaco em recintos fechados onde se realizassem espetáculos. As que lhe seguiram também foram no âmbito da interdição de fumar e de publicidade relacionada com o tabaco ^(19, 20, 29, 73, 74).

Em 1983 foi regulamentada a lei de prevenção do tabagismo e criado o *Conselho de Prevenção do Tabagismo*, responsável pela implementação de medidas e programas para reduzir o consumo de tabaco em Portugal, assim como pela disseminação da informação sobre perigos associados ao consumo do tabaco. Em 1984 foi instituído o *Dia Mundial do Não Fumador*, a 17 de Novembro, e a responsabilidade das atividades relacionadas com este dia foi atribuída ao CPT.

A 09 de janeiro de 2004 é assinada a *Convenção-Quadro da OMS de Controlo do Tabaco* ⁽⁵³⁾, que é ratificada a 8 de novembro de 2005, entrando em vigor a Janeiro de 2008, através da *Lei n.º37/2007 de 14 de Agosto* ⁽²⁰⁾, que aprova normas de proteção dos cidadãos da exposição involuntária ao fumo do tabaco e medidas de redução da procura relacionadas com a dependência e a cessação do seu consumo ⁽⁴⁹⁾. Engloba medidas relacionadas com as limitações ao consumo de tabaco, a composição e medição das substâncias contidas nos cigarros comercializados, a rotulagem e embalagem dos maços de cigarros, a venda de produtos do tabaco, a publicidade, promoção e patrocínio de tabaco e de produtos do tabaco, e medidas de prevenção e controlo do tabagismo.

O Plano Nacional de Saúde 2004-2010 ⁽⁷⁵⁾ assume as recomendações da ESTC ⁽⁷⁰⁾ referentes à implementação de programas educacionais promotores da cessação tabágica junto dos cidadãos e à prevenção e tratamento da dependência do tabaco, através da criação de consultas de cessação tabágica, linhas telefónicas de informação, apoio e aconselhamento.

Em 2010, existem em Portugal 243 consultas de cessação tabágica e 2 pontos de acesso. Destes, 56% só são acessíveis por referência do profissional de saúde, o que implica que mais de metade destes programas só estão disponíveis se os interessados pertencerem às unidades de

saúde oferecendo esses programas. Por contato direto (2,5%) e por iniciativa do utente (7,8%) representam um décimo dos programas que não colocam como condição, à partida, a referência de um profissional de saúde. Em algumas unidades de saúde (1,2%) procede-se a uma triagem dos utentes a serem apoiados por este tipo de programas. Da totalidade dos 245 programas, somente quatro explicitam que não têm tempo de espera para que sejam usados pelos utentes interessados. A maior parte dos programas tem lugar durante o período laboral e 12,7% permitem o acesso fora das horas laborais aos utentes. O tempo de espera médio é de 41 dias ⁽⁷⁶⁾.

Nesse ano terão sido beneficiados cerca de 3 553 pessoas em Portugal. Destes, 36% foram apoiadas por 2 programas que utilizam metodologias de apoio à distância (telefone e internet). Os restantes 64% dizem respeito a programas realizados nas unidades de saúde do SNS oferecendo apoio à cessação tabágica ⁽⁷⁶⁾.

Existe evidência de alteração de hábitos tabágicos entre os fumadores após a implementação da Lei, quer na redução do fumo ativo, quer nos comportamentos que visam a redução da exposição ao fumo passivo ⁽⁴⁶⁾. Com a condição de crise económica e social atual, a evidência mostra-nos que é de esperar um aumento do consumo de tabaco. Apesar da tendência para o aumento de programas de apoio à cessação tabágica (aumentaram 62% entre 2007 e 2009 ⁽⁶⁸⁾), não é claro o seu impacto na diminuição da prevalência dos fumadores, havendo uma redução da procura de ajuda ⁽⁷⁶⁾.

No entanto, o Relatório de Primavera 2010 ⁽⁷⁶⁾ do Observatório Português dos Sistemas de Saúde revela que as metas para controlo da prevalência e incidência de fumadores ficaram muito aquém daquilo que foi definido para o final de 2010. É difícil avaliar as intervenções devido há inexistência de um sistema de informação e acompanhamento, nomeadamente não existem dados sobre intervenções em contexto de internamento hospitalar ⁽⁷⁶⁾.

Segundo o mesmo relatório, a sensibilização e educação para a saúde é errática, pouco efetiva e sem avaliação de impacto, existe pouca articulação e integração de cuidados, alguma desadequação geográfica da oferta e da procura de cuidados, inexistência de terapêuticas participadas para potenciar o sucesso da cessação tabágica e o preço do tabaco não é suficientemente elevado para desencorajar os atuais e potenciais futuros fumadores.

Em 2011, o relatório da OMS referente à epidemia do tabaco considera positivo Portugal ter aderido a políticas livres de fumo, adicionado os avisos de alerta sobre tabaco nos maços de tabaco e oferecer apoio a nível de consultas de cessação tabágica. No entanto, ainda não comparticipa a terapêutica e não realiza campanhas de sensibilização através dos *media* desde 2008 ⁽⁴⁹⁾.

O Plano Nacional de Saúde 2012-2016 ⁽⁷⁷⁾ vem no seguimento do anterior e também valoriza uma intervenção promotora e protetora da saúde ao longo do ciclo de vida, nos momentos chamados de *janelas de oportunidade*, que reduza o consumo de tabaco, pelo que foi criado o Programa de Prevenção e Controlo do Tabagismo 2012-2016 ⁽²¹⁾. Este pretende definir estratégias de intervenção e desenvolver condições para a sua implementação, monitorização e avaliação, tendo como referência o preconizado pela Convenção Quadro da OMS para o Controlo do Tabaco. Estrutura-se em função da prevenção da iniciação do consumo, promoção da cessação tabágica e proteção da exposição ao fumo ambiental.

2.5. CESSAÇÃO TABÁGICA

A cessação tabágica é um importante componente da política de controlo do tabaco. Com base nas estimativas do Banco Mundial (1999) e da OMS, o investimento na cessação tabágica constitui a via mais efetiva para a obtenção, a curto e a médio prazo, de melhorias nos indicadores de morbilidade e mortalidade relacionados com o consumo do tabaco, pois o número de mortes continuará a aumentar nos próximos anos, dado o tempo de latência entre o início do consumo de tabaco e as doenças a ele associadas ^(13, 67).

De acordo com as estimativas de *Peto* e colaboradores ⁽⁷⁸⁾, se até 2020 for possível fazer diminuir para metade o número de jovens que anualmente começam a fumar, evitar-se-ão 20 milhões de mortes acumuladas até 2050. No entanto, se até 2020 metade dos atuais fumadores pararem de fumar, o número acumulado de mortes evitadas em 2050 será de 180 milhões ^(13, 67).

A cessação tabágica tem sempre como consequência uma melhoria do estado de saúde individual, promovendo benefícios imediatos em ambos os sexos, em todas as idades, em indivíduos com ou sem doenças relacionadas com o tabaco, como apresentados no Quadro 3 ⁽¹⁶⁾:

20 Minutos	O ritmo cardíaco e a tensão arterial baixam até nível normal e temperatura das mãos e pés regulariza.
8 Horas	Níveis de monóxido de carbono (reduzem) e oxigénio (aumentam) no sangue voltam ao normal.
24 Horas	O risco de sofrer de ataque cardíaco começa a diminuir.
48 Horas	Melhora o paladar e olfato.
72 Horas	Capacidade pulmonar melhora e a respiração torna-se mais fácil.
1 a 9 Meses	Ocorrência de tosse matinal e dispneia diminuem, melhora o tom e aspeto da pele, a energia e o bem-estar geral.
1 Ano	O risco de doença cardiovascular reduz para metade do verificado nos fumadores.
5 Anos	O risco de cancro da cavidade oral e esófago diminui para metade, em comparação com o verificado nos fumadores.
10 Anos	O risco de cancro do pulmão diminui para metade do verificado nas pessoas que continuam a fumar.
15 Anos	O risco de doença cardiovascular é igual ao de um não fumador do mesmo sexo e idade.

Quadro 3: Benefícios de Deixar de Fumar

As vantagens de se deixar de fumar são tanto maiores, quanto mais cedo se verificar o abandono do tabaco, pois reduz o risco de doença e a morte prematura ^(16, 34). Os estudos de *Doll* permitiram concluir que parar de fumar antes dos trinta anos reduz significativamente os riscos associados ao consumo ⁽³³⁾ e quem deixa de fumar antes dos 50 anos, diminui em 50% o risco de morte nos próximos 15 anos, em comparação com quem continua a fumar ⁽¹⁶⁾.

No caso de uma gravidez, não fumar ou parar de fumar no primeiro trimestre anula os riscos para o bebé associados ao consumo de tabaco (morte súbita). Também trás benefícios para os outros, diminuindo a exposição involuntária dos não-fumadores ao fumo ambiental do tabaco e servindo de modelo para as crianças, que aprendem a fumar observando os adultos, na medida em que deixar de fumar contribui para que estas e os jovens não venham a fumar.

Foram publicados vários estudos (*Lightwood e Glantz, 2009; Meyers et al., 2009*), realizados em países onde as legislações de proteção dos não fumadores foram implementadas, restringindo o uso do tabaco em lugares públicos, que demonstraram as consequências significativas a nível do impacto em saúde, nomeadamente a diminuição de AVC a nível dos não fumadores ⁽⁷⁶⁾.

Existem alguns riscos associados à cessação tabágica, nomeadamente a depressão e o ganho ponderal, no entanto, é obrigatório salientar que estes são suplantados pelos benefícios de deixar de fumar ⁽²⁹⁾.

O aumento de peso entre 3 a 5kg verifica-se habitualmente no primeiro ano após a cessação, devendo-se à diminuição do metabolismo basal e/ou aumento da ingestão calórica. Nos doentes com DPOC e baixo índice de massa corporal (fator de mau prognóstico para a doença), o aumento de peso pode servir como incentivo para deixar de fumar ⁽³⁷⁾.

Por outro lado, nos indivíduos com elevado IMC, é sempre preferível um pequeno aumento de peso à manutenção do tabagismo, pelo que deve ser efetuado um ensino correto da alimentação, aconselhado o uso de fármacos que atrasem o aumento de peso (Bupropiona ou TSN em particular pastilhas mastigáveis ⁽¹⁴⁾) e encorajada a prática de exercício físico ⁽³⁷⁾.

Existem vários fatores que contribuem para o êxito do processo de cessação tabágica, dos quais se salientam o estilo de comunicação entre profissional de saúde e a pessoa fumadora, as características pessoais do fumador e o grau de dependência tabágica ^(13, 79), assim como:

- ❖ Género: menor probabilidade de êxito na mulher, embora nem todos os estudos o confirmem, devido a maior preocupação com aumento de peso ⁽¹³⁾;
- ❖ Nível educacional: maior probabilidade de êxito em fumadores com nível de instrução superior ^(13, 79);
- ❖ Quantidade de tabaco fumado/nível de dependência: menor probabilidade de êxito em fumadores com elevado grau de dependência ^(13, 79);
- ❖ Tentativa anterior mantida: maior probabilidade de êxito em fumadores com tentativas anteriores ⁽¹³⁾;
- ❖ Depressão: menor probabilidade de êxito ⁽¹³⁾;
- ❖ Fatores familiares de natureza genética ou comportamental: menor probabilidade de êxito se houver familiares diretos que sejam grandes fumadores ⁽¹³⁾;
- ❖ Recaída nas duas semanas após o dia D: menor probabilidade de êxito ⁽¹³⁾.
- ❖ Idade: Fumadores com mais de 65 anos têm maior probabilidade de conseguir deixar de fumar e permanecer abstinentes que fumadores mais novos (25 e 64 anos) ^(79, 80).
- ❖ Sentimento de confiança ou autoeficácia ⁽⁸¹⁾.

Em 2012, cerca de 45% dos fumadores portugueses tentaram deixar de fumar: 84% sem apoio profissional, 10% com apoio de fármacos, 5% com apoio profissional, 1% através de cigarros eletrónicos, acupuntura ou hipnose, linhas telefónicas e com tabaco oral/nasal ⁽³⁵⁾.

O principal motivo esteve relacionado com questões de saúde, seguido de 48% pelo preço do tabaco, 26% pela família/amigos, 9% devido a conselho profissional de saúde, 8% pela preocupação associada efeito do fumo nas outras pessoas, 4% por restrições no trabalho e 3% devido avisos nos maços do tabaco ⁽³⁵⁾.

Apenas uma minoria de utilizadores de tabaco consegue a abstinência permanente numa primeira tentativa de abandono ⁽¹⁴⁾. Segundo o DSM-IV (1998), a maioria dos sujeitos que fuma apresenta três a quatro insucessos antes de obter sucesso ⁽³⁸⁾. Apenas 7% dos fumadores conseguem abstinência a longo prazo, quando o tentam por si próprios ⁽¹⁴⁾ e a taxa de sucesso pode aumentar para 15-30% se apoiados por tratamentos e intervenções efetivas, como a Farmacoterapia e o Aconselhamento ^(12, 14).

A prática clínica no âmbito da cessação tabágica deve ser baseada na evidência científica, que decorre da aplicação de *Guidelines* sobre o tratamento do uso e dependência do tabaco, publicadas por várias entidades reconhecidas como U.S.D.H.H.S. (Fiore et al., 2008) ⁽¹²⁾, National Institute for Health and Clinical Excellence (NICE) ⁽¹⁵⁾, The Cochrane Collaboration ^(17, 23, 82, 83), que contribuíram para o desenvolvimento da NOC portuguesa ⁽¹⁴⁾ e para a criação do Programa-Tipo de Atuação na Cessação Tabágica ⁽¹³⁾. Estas recomendam:

1. *Todos os profissionais de saúde, nos vários contextos da sua prática, identifiquem os hábitos tabágicos junto dos seus clientes* ^(12, 13, 14, 15, 16, 17, 23, 82, 83).
2. Intervenção na cessação tabágica com base nos três tipos de intervenções comportamentais aceites para intervir, que são os *programas de autoajuda*, o *aconselhamento breve* e o *aconselhamento intensivo* (individual, em grupo ou telefónico) ⁽³⁷⁾, e na *farmacoterapia* ^(7, 12, 61, 160).
 - ✓ Os *Programas de Autoajuda* dirigidos a fumadores que querem parar de fumar, sem contato intensivo com o profissional de saúde ^(12, 84), através do recurso a materiais de autoajuda

em formato de papel ou acessíveis pela internet (Por exemplo, Panfleto *Mais vida sem tabaco* ⁽⁸⁵⁾, da DGS; Panfleto *Como Deixar de fumar*, da Comissão de Tabagismo da Sociedade Portuguesa de Pneumologia ⁽⁸⁶⁾; www.parar.net).

Têm a vantagem de poderem alcançar um grande número de fumadores, serem detalhados no seu conteúdo, de acordo com as necessidades ou características individuais, e serem de baixo custo. Os materiais de autoajuda não são melhores que uma intervenção breve dada por um profissional de saúde, mas são mais eficazes do que nenhuma intervenção ^(61, 87). Com o avanço das novas tecnologias, o problema de acesso à internet será cada vez menor, tendo também potencial de chegar a um largo número de fumadores ⁽¹³⁾.

Foi lançada uma campanha em toda a União Europeia, chamada “Os ex-fumadores são imparáveis” (2011-2013), que tem como objetivo incentivar os europeus, entre os 25 e os 34 anos, a deixar de fumar, através da utilização da plataforma digital *iCoach*, concebida para ajudar os fumadores a parar ao seu ritmo ⁽⁸⁸⁾.

- ✓ *Todos os fumadores devem ser alvo de um aconselhamento através de uma intervenção breve, realizado por profissionais de saúde, com eficácia comprovada (embora baixa, tem um efeito significativo), em qualquer idade, através da utilização das Estratégias dos 5As ou 5Rs (falaremos mais à frente), consoante a motivação do fumador para deixar de fumar* ^(12, 13, 14, 15, 16, 17, 23, 61,82, 83, 89).

Um simples conselho dado por um médico tem contribuído para taxas de abstinência de 30% comparando com a ausência de conselho ^(12, 16, 61). Embora a eficácia da intervenção dada por outros profissionais, que não médicos, tenha resultados mais baixos, é recomendada ⁽¹⁷⁾.

As *Intervenções de Enfermagem* em programas de cessação tabágica são consideradas por vários autores (*White et al.*, 2006 ⁽⁹⁰⁾; *Wewers et al.*, 2006 ⁽⁹¹⁾; *Rice e Stead*, 2006 ⁽⁹²⁾; *Svavarsdóttir e Hallgrímsdóttir*, 2008 ⁽⁹³⁾; *Ergul e Temel*, 2009 ⁽⁹⁴⁾; *Carlebach e Hamilton*, 2009 ⁽⁹⁵⁾) como eficazes na mudança positiva de atitude e comportamento e na cessação tabágica, com potencial para reduzir taxa de prevalência do tabagismo e melhorar a saúde.

- ✓ *Intervenção intensiva* através de *aconselhamentos individuais*, em *grupo* ou por *telefone*, por se terem revelado eficazes (12, 13, 14).

As intervenções intensivas têm mais sucesso do que as breves, pois existe uma forte relação dose-resposta entre o tempo de duração do aconselhamento face a face e o sucesso na cessação tabágica. Os tratamentos com, pelo menos, 8 sessões têm maior probabilidade de êxito do que com menos de 3 sessões (12, 89).

Dois componentes do aconselhamento que são especialmente eficazes são o *aconselhamento prático* (resolução de problemas e treino de competências) e *suporte social* (12, 13, 14).

O aconselhamento em *grupo* tem eficácia comprovada sobreponível ao aconselhamento *individual*, tendo a vantagem de fornecer a possibilidade de apoio mútuo entre elementos do grupo e poder apresentar uma relação custo-benefício melhor do que o aconselhamento individual, por possibilitar o tratamento concomitante de vários fumadores, no entanto, nem todos os fumadores aderem a este formato de intervenção (12).

As *linhas telefónicas* de aconselhamento de cessação tabágica são de baixo custo e facilmente acessíveis, providenciando suporte confidencial e anónimo a quem quer deixar de fumar, podendo alcançar um largo número de fumadores. O aconselhamento telefónico pode ser *proativo* (é mais efetivo), efetuado pelo profissional de saúde com o fumador, ou *reativo*, quando desencadeado pelo fumador para uma linha telefónica de ajuda. Em Portugal existem as linhas telefónicas SOS – Deixar de fumar, 808 208 888 e Saúde 24: 808 24 24 24.

- ✓ Os fumadores devem ser encorajados a utilizar *farmacoterapia*, exceto quando existe contraindicação. A farmacoterapia oferece uma variedade de opções pessoais que compreendem sete medicamentos de primeira linha: diversas formas de terapia de substituição de nicotina (pastilha, inalador, spray nasal, adesivo), bupropiona e vareniclina, que podem ser combinados e cuja eficácia é similar porque duplicam aproximadamente a probabilidade de abandono do tabaco a longo prazo (7, 12, 61).

3. *Aconselhamento dado por equipa multidisciplinar*, por se ter revelado ser mais eficaz na promoção da cessação tabágica (12, 13, 14, 15, 16, 17).

O *aconselhamento* pode ser por si só eficaz, e pode melhorar substancialmente os resultados se combinado com a *farmacoterapia*. As intervenções na cessação tabágica devem ter em conta as necessidades únicas de populações especiais, tais como as crianças e adolescentes; mulheres (nomeadamente grávidas); os idosos; fumadores com diagnóstico psiquiátrico ou DPOC; com adição a drogas e/ou álcool; doente fumador internado, entre outros (13, 14, 60, 87, 96).

Não se deve privilegiar nenhum método com exclusão de outro, porque os tratamentos variam muito em eficácia, aceitabilidade, eficiência e custos segundo os indivíduos e as populações (12, 61).

As recomendações para o tratamento comportamental baseadas na evidência estão definidas quanto à sua forma, mas não quanto ao seu conteúdo. A multiplicidade de intervenções comportamentais utilizadas no tratamento de fumadores, a utilização de técnicas combinadas no mesmo indivíduo de acordo com as suas necessidades individuais, bem como a aplicação dessas intervenções por diferentes profissionais de saúde com diferentes níveis de intensidade, aumentam a heterogeneidade da intervenção comportamental e dificultam a análise de eficácia (37).

2.6. INTERVENÇÃO DE ENFERMAGEM NA CESSAÇÃO TABÁGICA

Os Enfermeiros pertencem ao maior grupo profissional de saúde, encontrando-se numa posição única para intervir a nível da prevenção e cessação tabágica junto de milhões de pessoas, todos os dias, em contextos e situações variadas, contribuindo para a redução de mortes e doenças associadas ao tabaco e melhorar a qualidade de vida da população mundial. É importante que compreendam o fenómeno complexo que é a adição a nicotina, não ter uma atitude de confrontação mas sim uma abordagem positiva, empática e de compreensão (16, 97, 98, 99).

2.6.1. PERTINÊNCIA DA INTERVENÇÃO DE ENFERMAGEM NA CESSAÇÃO TABÁGICA

Em Março do 2004, o Conselho Internacional de Enfermagem¹⁰ divulgou e incentivou a implementação do “Código de Conduta na Prática das Organizações de Profissionais de Saúde no Controlo do Tabaco”⁽⁷¹⁾ a todas as associações nacionais de enfermagem a nível mundial⁽¹⁶⁾¹¹, tendo produzido um documento informativo que providencia breve informação sobre o papel da enfermagem neste âmbito (“Nurses for Tobacco-Free Life⁽⁹⁷⁾”¹²), que foi divulgado no site da Ordem dos Enfermeiros, incitando os enfermeiros a utilizarem o seu conhecimento e experiência para promoverem a cessação tabágica e prevenir as consequências desta epidemia de saúde pública.

Também em 2004, a *American Association of Colleges of Nursing*¹³, a *American Nurses Association* (ANA¹⁴) e *National Coalition of Ethnic Minority Nurses Associations*¹⁵ estabeleceram o primeiro programa nacional denominado “*Tobacco Free Nurses Initiative*” (Iniciativa de Enfermeiras Livres de Tabaco), que tem como missão assegurar que enfermeiros estão preparados para promover a saúde, reduzindo assim as barreiras relacionadas com défice formativo, tabagismo entre profissionais e falta de liderança.

As suas intervenções desenvolvidas no campo da promoção da cessação tabágica também foram sugeridas e valorizadas na Convenção da OMS para o Controlo do Tabaco, em 2005⁽¹⁶⁾ e as *Guidelines* de U.S.D.H.H.S.⁽¹²⁾ e de NICE⁽¹⁵⁾ recomendam a todos os enfermeiros a abordagem de todos os seus clientes sobre hábitos tabágicos e a incorporação do aconselhamento sobre deixar de fumar na sua prática^(17, 95).

A *Intervenção de Enfermagem em Programas de Cessação Tabágica* é definida, por Rice e Stead (2009) como o fornecimento de conselho (instrução verbal para deixar de fumar), aconselhamento e estratégias que ajudem os fumadores a deixar de fumar. Pode ser breve (menos de 10 minutos) ou intensiva (contato inicial com duração maior do que 10 minutos, fornecimento de materiais de autoajuda e estratégias, seguido de outros contatos posteriores)⁽¹⁷⁾.

¹⁰ International Council of Nurses – ICN. O Conselho Internacional de Enfermeiros (ICN) foi constituído em 1899 e é uma federação composta por mais de 120 associações nacionais de enfermeiros, que representa milhões de enfermeiros em todo o mundo.

¹¹ A FNOPE (Fórum Nacional das Organizações Profissionais de Enfermagem) foi criada no âmbito do ICN e reúne as associações profissionais, inclusive a Ordem de Enfermeiros, e sindicatos de enfermagem portugueses, com a função de representar a enfermagem portuguesa a nível internacional.

¹² Enfermeiros para uma vida sem tabaco

¹³ Associação Americana de Colégios de Enfermagem

¹⁴ Associação Americana de Enfermeiras

¹⁵ Coligação Nacional das Associações Éticas Minoritárias de Enfermagem

É considerada eficaz na mudança positiva de atitude e comportamento e na cessação tabágica, com potencial para reduzir taxa de prevalência do tabagismo e melhorar a saúde (90, 91, 92, 93, 94, 95).

Segundo a Revisão Sistemática sobre Intervenções de Enfermagem na Cessação Tabágica de *Rice e Stead* (2009), existe evidência de benefícios no aconselhamento dado especialmente em contexto de internamento hospitalar, onde se cria uma “*janela de oportunidade*” para introduzir os malefícios do tabaco associados ao motivo de internamento (17).

No entanto, intervenções breves realizadas por enfermeiros cujo papel habitual não é no âmbito da promoção da cessação tabágica revelaram ter baixa eficácia, ao contrário das intervenções caracterizadas por múltiplos contatos, prestadas por enfermeiros promotores de saúde ou ligados à reabilitação cardíaca (59), pelo que é necessário que os enfermeiros detenham conhecimento e competências no papel de educador, que deverão estar incluídas no currículo (99), assim como treino (100).

Segundo estudos de investigação, treinar profissionais de saúde é eficaz na mudança da sua prática, contudo o controlo do tabagismo é pouco abordado nas escolas (16). Apenas dezanove Estados membros apresentam o treino em cessação tabágica integrado nos currículos de estudantes de medicina, enfermagem e farmácia, contudo em Portugal não se vivencia essa realidade. Existem pós graduações dirigidas a médicos, enfermeiros e psicólogos (7).

Cabe a cada enfermeiro desenvolver formação específica na área, manifestar interesse e motivação em trabalhar na área da promoção de saúde, e despender tempo de qualidade para cada cliente. Sabe-se que a atitude dos profissionais de saúde perante o tabagismo é muito importante, já que a sua desvalorização ou omissão pode ser interpretada pelo fumador como uma mensagem de pouca importância para a sua saúde (22,101).

Os EEESM estão numa posição única para minimizar os riscos dos fumadores sofrerem de doenças relacionadas com o tabaco, através da implementação de intervenções psicoterapêuticas, de acordo com as suas competências (102, 103), e como defendido pela *Advanced Practice Psychiatric Nurses* (APPN – Prática Avançada Enfermeiras Psiquiátricas) (104).

2.6.2. INFLUÊNCIAS TEÓRICAS

A pessoa, o ambiente, a saúde e a enfermagem foram considerados os conceitos metaparadigmáticos de enfermagem, que organizam a disciplina e a profissão. A definição de cada conceito varia consoante o modelo conceitual de enfermagem, fornecendo diferentes perspectivas de enfermagem (105, 106).

Segundo a Ordem dos Enfermeiros (2001) a *Pessoa ou Cliente alvo dos cuidados de enfermagem* é “*um ser social e agente intencional de comportamentos baseados nos valores, nas crenças e nos desejos da natureza individual, o que torna cada pessoa num ser único, com dignidade própria e direito a auto determinar-se*” (26). Os seus comportamentos são influenciados pelo ambiente onde vive e se desenvolve.

A *Saúde* é definida como a representação mental da condição individual e do bem-estar, subjetiva e variável no tempo. “*Toda a pessoa deseja atingir o estado de equilíbrio que se traduz no controlo do sofrimento, no bem-estar físico e no conforto, emocional, espiritual e cultural*” (26). O *Ambiente* é “*constituído por elementos: humanos, físicos, políticos, económicos, culturais e organizacionais, que condicionam e influenciam os estilos de vida e que se repercutem no conceito de saúde*” (26).

O exercício profissional da Enfermagem “*centra-se na relação interpessoal entre um enfermeiro e uma pessoa (família ou comunidades)*” (26), que se caracteriza pela *parceria* estabelecida com o cliente; no respeito pelos valores, costumes, crenças e todos os demais previstos no código deontológico; no respeito pelas suas capacidades e na valorização do seu papel, tendo como objetivo ajudar o cliente a ser proativo na consecução do seu projeto de saúde.

Os cuidados de enfermagem tomam por foco de atenção a promoção dos projetos de saúde que cada pessoa vive e persegue, nomeadamente a alteração de comportamentos tendo em vista a adoção de estilos de vida compatíveis com a promoção da saúde, onde se enquadra a cessação tabágica. Esse cuidar apenas é eficaz se praticado interpessoalmente, como defende *Jean Watson*¹⁶, dando-se ênfase à autonomia e liberdade de escolha da pessoa (105, 107).

¹⁶ Margaret Jean Harman Watson é Enfermeira com mestrado em enfermagem de saúde psiquiátrica, doutoramento em psicologia e aconselhamento educativo, para além de distinções que incluem graus de doutoramento honorários de diversas universidades. Atualmente é professora de enfermagem e catedrática da “Endwed Chair in Caring Science” na School of Nursing da Universidade do Colorado. Tem contribuído para o conhecimento de enfermagem que faz progredir a ciência do cuidar em enfermagem e as ciências da saúde. Com várias publicações relacionadas com a sua teoria do cuidar, referindo-se ao Cuidar como a essência da prática de enfermagem.

Como afirma *Hélène Lazure* (1994), o ato de ajudar exige dos enfermeiros não apenas saber tomar as decisões corretas com base na evidência científica, nem saber fazer de acordo com as normas de orientação de boas práticas, mas sim desenvolver o seu saber ser e estar com o outro, o que engloba não só a presença física mas também todo o seu ser. Implica dar do seu tempo, da sua competência, do seu saber, do seu interesse e da sua capacidade de escuta e compreensão, em suma, dar uma parte de si ⁽¹⁰⁸⁾.

A Relação de Ajuda é, assim, indissociável das intervenções de enfermagem promotoras da cessação tabágica, que consideramos serem influenciadas pela Teoria de Relações Interpessoais de *Hildegard Peplau*, que define a Enfermagem como “um processo interpessoal que envolve a interação de dois ou mais indivíduos com uma meta em comum” ⁽¹⁰⁵⁾. Também é influenciada pelas Técnicas de Comunicação Terapêutica associadas à Terapia Centrada no Cliente, de *Carl Rogers*, pois consideramos que os oito princípios básicos identificados são essenciais para que o Enfermeiro seja capaz de dar apoio e suporte: empatia, respeito, autenticidade, objetividade, confrontação, congruência, coerência e autoanálise ⁽¹⁰⁹⁾.

Ao mesmo tempo, a intervenção de enfermagem baseia-se em conceitos como *Mudança e Motivação*. A Mudança é definida por *Prochaska e DiClemente* no seu *Modelo Transteórico de Mudança* como um fenómeno que ocorre em etapas progressivas ⁽¹¹⁰⁾. A Motivação é caracterizada por *Carneiro e Gigliotti* (2004) ⁽¹¹¹⁾ como “um estado interno que pode ser influenciado por fatores externos, inclusivamente pela atuação do profissional”.

2.6.2.1. HILDEGARD PEPLAU E A TEORIA DE RELAÇÕES INTERPESSOAIS

*Hildegard E. Peplau*¹⁷ é a primeira autora a ir buscar a teoria a outros campos científicos e a sintetizar uma teoria para a prática de enfermagem, de médio alcance. Foi influenciada pelas teorias das relações interpessoais de *Sullivan*, e outras fontes como *Maslow* e a teoria da motivação humana, *Miller* e a teoria da personalidade, mecanismos de ajuste, psicoterapia e princípios de aprendizagem, e reflete a visão do modelo psicanalítico contemporâneo. Embora o seu livro tenha sido publicado em 1952 (*Interpersonal Relations in Nursing – Relações Interpessoais em*

¹⁷ Nascida em 1909 e falecida em 1999, fez Licenciatura em Enfermagem, Bacharelato em Psicologia interpessoal, Mestrado em Enfermagem Psiquiátrica e Doutoramento em Desenvolvimento curricular. Foi considerada a mãe da enfermagem psiquiátrica, ao desenvolver a Teoria das Relações Interpessoais.

Enfermagem), continua a fornecer orientação para a prática, o ensino e a investigação em enfermagem, e o seu trabalho constituiu um grande contributo para a base do conhecimento de enfermagem ⁽¹⁰⁵⁾.

O seu trabalho mudou para sempre o carácter da enfermagem, ao conceitualizar o doente como parceiro no processo de enfermagem e permitiu que a enfermeira começasse a afastar-se de uma orientação da doença para outra, através da qual o significado psicológico dos eventos, sentimentos e comportamentos podia ser explorado e incluído nas intervenções de enfermagem ⁽¹⁰⁵⁾.

Define *Pessoa* enquanto organismo que vive num equilíbrio instável. Considera *Saúde* como um movimento da personalidade para a frente e outros processos humanos em curso, no sentido de uma vida criativa, construtiva, produtiva, pessoal e comunitária. O *Ambiente* é definido em termos de forças existentes no exterior do organismo e no contexto da cultura. As condições gerais suscetíveis de conduzirem à saúde são sempre o processo interpessoal. Descreve *Enfermagem* como um processo interpessoal, significativo e terapêutico ⁽¹⁰⁵⁾.

Salientou a importância da capacidade da enfermeira para compreender o seu próprio comportamento, no sentido de ajudar os doentes a experimentarem os seus sentimentos e a lidar com as dificuldades observadas.

Propôs e descreveu seis papéis da enfermeira, nomeadamente ^(105, 109):

- ❖ *Estranha* que coincide com a fase de identificação, quando ambos são estranhos na relação e a enfermeira aceita o doente como pessoa, sem o julgar;
- ❖ *Pessoa de recurso*, que fornece respostas específicas às questões;
- ❖ *Professora*, que se sobrepõe ao papel de conselheira, porque a enfermeira transporta o conceito de aprendizagem através das técnicas psicoterapêuticas;
- ❖ *Líder*, em que a enfermeira ajuda o doente a cumprir as tarefas de cooperação e de participação ativa;
- ❖ *Substituta*, em que as formas de estar e os comportamentos da enfermeira criam modelações de sentimento no doente que reativam os sentimentos gerados numa relação anterior e a enfermeira ajuda o doente a ver as diferenças;
- ❖ *Conselheira*. Peplau acredita que o papel de aconselhamento tem o maior ênfase na enfermagem psiquiátrica, na medida em que o propósito das técnicas interpessoais é ajudar

o doente a lembrar e a compreender totalmente o que lhe está a acontecer na situação atual, de modo a que a experiência possa ser integrada em vez de dissociada de outras experiências de vida.

Identificou quatro fases na *Relação Enfermeira-Doente* ^(105, 109), que são:

1. *Orientação*: “O doente tem uma necessidade sentida e procura ajuda profissional e a enfermeira ajuda-o a reconhecer e compreender o seu problema e a determinar a sua necessidade de ajuda” ⁽¹⁰⁵⁾.
2. *Identificação*: “O doente identifica-se com quem o pode ajudar e a enfermeira permite a exploração de sentimentos para ajudar o doente a passar pela doença como uma experiência que reorienta os sentimentos, fortalece as forças positivas da personalidade e fornece a satisfação necessária” ⁽¹⁰⁵⁾.
3. *Exploração*: “O doente tenta retirar toda a valia do que lhe é oferecido através da relação. A enfermeira pode projetar novos objetivos a atingir através do esforço pessoal e de deslocações do poder da enfermeira para o doente, à medida que o doente retarda a gratificação para atingir os objetivos recém-propostos” ⁽¹⁰⁵⁾.
4. *Resolução*: “O doente coloca gradualmente de parte objetivos antigos e adota novos. Este é um processo no qual o doente se liberta da identificação com a enfermeira” ⁽¹⁰⁵⁾.

2.6.2.2. MODELO TRANSTEÓRICO DE MUDANÇA DE PROCHASKA E DICLEMENTE

O processo de mudança comportamental geralmente não é fácil, podendo ser despoletado por alguns acontecimentos da vida e, quando a mudança é voluntária, acontece após um processo de decisão habitualmente marcado por sucessivos avanços e recuos. A motivação para a mudança é variável no tempo, podendo ser influenciada por fatores internos e externos ^(13, 102, 110).

Vários modelos teóricos têm procurado explicar o processo de mudança, no que se refere aos comportamentos relacionados com a saúde, tendo em conta diferentes tipos de variáveis, como sejam a perceção da vulnerabilidade ao problema, a sua gravidade, os benefícios e os obstáculos inerentes à mudança. A perceção da autoeficácia para a mudança é uma variável de grande importância neste processo, pois se a pessoa não estiver convencida de que é capaz de mudar, não

terá motivação suficiente para dar início ao processo, a menos que existam pressões exteriores muito fortes (proibição de fumar, por exemplo) ^(13, 102).

O consumo do tabaco é influenciado por fatores comportamentais e sociais, que contribuem para a iniciação e a manutenção do comportamento. Os reforços quer positivos (prazer) quer negativos (evitar o síndrome de abstinência), relacionados com o comportamento de fumar, tornam-no repetitivo e regular, ou seja, num hábito automático. O aumento do preço do tabaco e as restrições do consumo de tabaco em locais fechados, bem como as intervenções de informação e educação para a saúde, constituem estratégias que têm vindo a ser cada vez mais adotadas e que podem levar a que muitos fumadores se sintam motivados a procurar a ajuda de um profissional de saúde, no sentido de conseguirem parar de fumar ⁽¹³⁾.

Numa população de pessoas fumadoras estima-se que cerca de 70% gostariam de deixar de fumar se o pudessem fazer com facilidade, no entanto, nem todos os fumadores, num dado momento, estão realmente motivados e preparados para iniciar esse processo. A motivação para deixar de fumar não é sempre igual em todos os fumadores e para avaliar este constructo, *Prochaska e DiClemente* desenvolveram um modelo transteórico que compreende cinco fases de mudança do comportamento (aos quais se poderá seguir uma recaída ou a abstinência definitiva), que foi validado não apenas no consumo de tabaco, como em diversos comportamentos para a saúde, como por exemplo, o consumo de álcool, exercício físico, controlo de peso, uso do preservativo e adesão ao rastreio oncológico através da mamografia ^(102, 110, 111, 113, 114).

Embora o processo de mudança possa não evoluir de acordo com este modelo, a classificação do fumador num destes estádios permite avaliar se este pretende ou não deixar de fumar, possibilitando assim adaptar o tipo de intervenção à fase de mudança ^(13, 115).

As cinco fases de mudança consistem na pré-contemplação, contemplação, preparação para a ação, ação e manutenção, que abordamos de seguida.

1. Pré-contemplação

Nesta fase a pessoa frequentemente não se apercebe de qualquer problema, resistindo reconhecê-lo ou modifica-lo. Os motivos mais apontados pelos fumadores para este comportamento são a

desmotivação para fazer qualquer alteração do seu comportamento, o sentimento de desmoralização relativamente às suas capacidades para lidar com a situação e, em alguns casos, a ausência de uma verdadeira consciência quanto aos riscos associados ao consumo. Pode-se permanecer neste estágio vários anos ⁽¹³⁾.

Existem quatro tipos de pré-contempladores ⁽¹¹⁰⁾:

- ❖ O *relutante* não tem uma consciência das reais consequências do seu comportamento e assume uma postura passiva face à mudança. Estes fumadores apresentam níveis de dependência elevados, encontrando-se entre os grupos sociais mais desfavorecidos ⁽¹¹⁶⁾.
- ❖ O *rebelde* não gosta que ninguém lhe diga o que tem de fazer e assume uma postura de hostilidade para assegurar a impossibilidade da mudança. O fumador neste estágio não se preocupa com o seu comportamento e não tem intenção de deixar de fumar, adotando frequentemente uma postura defensiva e evita toda a informação.
- ❖ O *racionalizador* tem resposta para tudo e não assume a responsabilidade pelo seu comportamento.
- ❖ O *resignado* sente-se dominado pelo comportamento que o vem prejudicando e desiste da possibilidade de mudar.

O aconselhamento deve centrar-se no fornecimento de informação factual (panfleto de autoajuda) e na manifestação de disponibilidade para o apoiar ^(12, 13, 14), através da Estratégia dos 5Rs.

2. Contemplação ou ambivalência

Neste estágio, a pessoa apercebe-se que existe um problema e pensa em ultrapassá-lo, mas ainda não assumiu um compromisso de agir, porque existe um equilíbrio entre os motivos para mudar e os motivos para não mudar. Preocupa-se com o seu comportamento, mas encontra-se numa postura ambivalente em relação a deixar de fumar ⁽¹³⁾.

As razões para permanecer neste estágio podem ser várias: falta de informação sobre efeitos nocivos do tabaco, desconhecimento dos benefícios de parar, medos e crenças sobre a cessação, desmoralização após dificuldades em tentativas anteriores, baixa autoestima, dificuldades de autocontrolo (lidar com sintomas de privação e sentimento de perda associado à mudança) e dúvidas acerca dos ganhos que pode obter com a mudança ^(13, 84, 102, 117).

A ambivalência deve ser compreendida e trabalhada para possibilitar uma mudança de atitude em direção à decisão de mudar, assim como as razões que levam o fumador a estar resistente à mudança. A resistência consiste num padrão de comportamento observável (negação, argumentação, levantar objeções e mostrar relutância em manter uma conversa) que não é apenas o resultado daquilo que o indivíduo traz consigo mas também uma consequência da forma como os profissionais de saúde lidam com ele.

O aconselhamento deve centrar-se numa intervenção motivacional breve com base na Estratégia dos 5Rs e assente nos princípios da Entrevista Motivacional (12, 13, 14, 84, 102, 117).

3. Preparação para a ação

A preparação foi originalmente referida como tomada de decisão. Nesta fase, a pessoa tem intenção de mudar a curto prazo (um mês), já fez tentativas para deixar de fumar durante o último ano (mais de 24 horas sem fumar) e utiliza as experiências passadas no desenvolvimento de um plano de ação, contudo ainda não agiu efetivamente. Estão neste estágio 10% a 20% dos fumadores (13).

O principal objetivo é auxiliar o fumador a confirmar e justificar a decisão da mudança já efetuada (12, 13, 102, 117). Utiliza-se uma intervenção breve com base na Estratégia dos 5As.

4. Ação

Nesta fase, a pessoa concretiza as mudanças planeadas, interrompendo o comportamento que a tem prejudicado durante os seis meses seguintes. A ação requer tempo e energia consideráveis, e a utilização de técnicas aprendidas anteriormente (assertividade, gestão de stresse) para prevenir a recaída.

5. Manutenção

Na fase da manutenção a pessoa deixou de fumar há mais de 6 meses e mantém esse comportamento por um período até cinco anos, podendo perpetuar-se por toda a vida. O objetivo é

prevenir recaídas e consolidar os ganhos alcançados durante a ação, pelo que se deve reforçar os benefícios da mudança.

A *Recaída* faz parte do processo de mudança e pode gerar muitas aprendizagens úteis no recomeço do ciclo de mudança. É uma etapa do processo que se pode seguir à fase de ação ou manutenção, após o que o fumador pode reiniciar o ciclo de mudança em qualquer dos estádios anteriores. Cada fumador pode recair várias vezes antes de conseguir parar de forma definitiva.

É de distinguir o conceito de lapso (ou deslize) do de recaída, que caracteriza-se pelo fato do fumador não abandonar a fase de ação, mantendo-se sem fumar após um consumo de tabaco acidental ⁽¹³⁾.

2.6.3. ABORDAGEM DE ENFERMAGEM

As Intervenções de Enfermagem assentam no estabelecimento de uma Relação de Ajuda e na utilização de Técnicas de Comunicação associadas à Entrevista Motivacional ^(84, 102, 108, 109, 111, 117, 118, 119, 120, 121) que consistem em Ações de Aconselhamento realizadas em resposta ao Foco identificado *Uso do Tabaco*, segundo a Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem ⁽¹³⁵⁾, em que se utiliza uma abordagem humanista, cognitiva e comportamental reeducativa ⁽¹²²⁾.

O Enfermeiro pode adotar como modelo assistencial o Enfermeiro Gestor de Cuidados de Enfermagem ^(123, 124, 125, 126) da pessoa fumadora internada, assumindo um papel ativo na Educação e na Promoção do seu Bem-estar, colocando-se como parceiro deste, colaborando com ela, no sentido de a ajudar a encontrar a melhor maneira de se ajudar a si própria a deixar de fumar, nomeadamente a reconhecer comportamentos prejudiciais para a sua saúde, a estimular a mudança desse comportamento e a desenvolver competências ⁽¹¹⁰⁾.

A mudança de um estágio para outro deve-se à Motivação. Sabe-se que a motivação necessária para começar a questionar um comportamento é diferente da motivação necessária para alcançar ou manter a mudança. Sendo assim, o Enfermeiro utiliza a Entrevista Motivacional ^(84, 102, 110, 111, 117) como a técnica para auxiliar a pessoa a reconhecer os seus problemas atuais e potenciais associados ao uso do tabaco e a estimular o comprometimento para a mudança de comportamento,

observável através da produção verbal, no sentido de diminuir as expressões verbais de resistência e aumentar as expressões verbais de mudança, contribuindo assim para o aumento do autocontrole sobre si própria e as adversidades atuais, e para a obtenção em ganhos de saúde ⁽¹¹⁰⁾.

Abordaremos de forma sucinta a relação de ajuda, o processo de aconselhamento, a entrevista motivacional e o modelo assistencial enfermeiro gestor de cuidados.

2.6.3.1. A RELAÇÃO DE AJUDA

A Relação de Ajuda é qualquer relacionamento técnico de ajuda, vivido de acordo com uma técnica (cuidados de enfermagem, psicoterapia, sistêmico), cujo ponto de partida é o outro, a partir do sinal que nos dá. Como refere *Carl Rogers*, “*procura favorecer no outro o crescimento, o desenvolvimento, a maturidade, assim como um funcionamento mais adequado e uma capacidade maior para enfrentar a vida*” ⁽¹¹⁸⁾.

Há enfermeiros que afirmam só ser possível estabelecer uma relação de ajuda num gabinete, inserida numa longa relação, com determinado tempo, enquanto que outros a vêem inserida em todo o ato de enfermagem. Segundo *Lazure*, toda a relação de ajuda é comunicação, mas nem toda a comunicação é necessariamente relação de ajuda ⁽¹⁰⁸⁾.

Qualquer comportamento é comunicação, sendo impossível não comunicar pois, quer se trate de atividade ou inatividade, de fala ou silêncio, converte-se em mensagens, independentemente da intencionalidade e consciência. Na relação de ajuda *Alguém fala com Alguém que Escuta*, pelo que a comunicação assume, assim, um papel fulcral no estabelecimento de uma relação terapêutica ^(109, 119, 127, 128).

Mediante a comunicação é possível atuar diretamente na melhoria da qualidade de intervenção de ajuda, através da criação de condições necessárias para que a interação se possa desenvolver, de modo claro, sem ser perturbada por impedimentos e interferências, num ambiente sem obstáculos (ruído, escassa ou excessiva luminosidade, contínua circulação de pessoas). A limitação quantitativa pode ser compensada com uma relação de qualidade ^(109, 120, 127, 128).

Lazure considera que a *Pessoa* seja considerada como um ser único, com uma identidade, cultura, sentimentos e emoções que lhe são próprias, detentor de meios para resolver os seus problemas e que o *Enfermeiro* deve compreender e respeitá-la, o que pressupõe que ele próprio se conheça e respeite, como pessoa e como enfermeiro ⁽¹⁰⁸⁾.

É fundamental que o enfermeiro adote estratégias, comportamentos e atitudes que facilitem o estabelecimento de uma relação terapêutica, nomeadamente ⁽¹⁰⁸⁾:

- ❖ O Respeito, inerente à Aceitação, comunica ao outro a disponibilidade do enfermeiro, levando a que ele compreenda que pode ser ele mesmo na relação.
- ❖ A Congruência e a Empatia, por forma a que seja percebido pela pessoa como um profissional de confiança, seguro, sincero, que compreende o que está a viver no momento atual, colocando-se no seu lugar, mas sem perder a noção de que o problema é do outro.
- ❖ A Escuta enquanto função de captar não só o componente verbal da mensagem, como o aspeto emotivo que a gerou, com a finalidade de compreender a realidade psicoemotiva do outro.
- ❖ A Confrontação permite evidenciar, perante o outro, as contradições do seu comportamento e as atitudes que interferem com o alcançar dos seus objetivos, motivando-o a mudar de comportamento.
- ❖ O Reflexo emotivo ou *feedback* comunica que se compreendeu o que o outro disse, como emotivamente relevante e significativo, através de repetições, reelaboração verbal e outros.
- ❖ O Toque transmite solidariedade, compreensão, presença e participação emotiva, sendo fundamental que seja corretamente compreendida pelo destinatário.

Também se identificam algumas *Técnicas de Comunicação Terapêutica* que promovem uma comunicação terapêutica com a pessoa, nomeadamente ^(108, 109, 127):

- ❖ Utilizar perguntas abertas para dar a oportunidade à pessoa de se exprimir livremente e de verbalizar os seus pontos de vista, levando-o a refletir.
- ❖ Escutar de modo reflexivo, ouvir a pessoa no sentido de compreender a sua situação e o modo como pode ser ajudada. Pode-se perguntar: “*Há alguma coisa que a preocupe no consumo do tabaco?*”, “*Notou algumas alterações na sua saúde que a preocupem?*” ou “*O que seria necessário para ter uma maior confiança na sua capacidade de mudar?*”. Desta

forma, procura-se na perspectiva da pessoa o que a preocupa e o que lhe falta para estar mais confiante ⁽¹¹⁰⁾.

- ❖ Fazer afirmações positivas relativamente à capacidade, aspetos positivos ou pequenos sucessos já alcançadas, com o intuito de reforçar a autoestima e a percepção de que a pessoa é capaz de mudar.
- ❖ Estimular afirmações de automotivação: “*tenho de fazer alguma coisa para deixar de fumar*” ou “*estou realmente preocupada com o tabagismo*” ⁽¹¹⁰⁾ e as expressões verbais de mudança (falas de mudança) para que ajudem a pessoa a sair da fase de ambivalência.
- ❖ Fazer sínteses do que foi discutido ou acordado, salientando pontos-chave para direcionar e fazer progredir a entrevista no sentido desejado, ao longo da interação. Se a ambivalência for evidente, a síntese deve expressar esse fato.

Existem *Obstáculos* ou Impedimentos à Interação Terapêutica Enfermeiro-Cliente que, de forma não intencional, tornam a comunicação ineficaz. São eles ^(108, 109):

- ❖ Frases comuns transmitem falsa segurança e a pessoa pode considerar que as suas preocupações não são válidas, podendo prejudicar a confiança deste no enfermeiro.
- ❖ Minimizar ou desvalorizar sugere que os sentimentos do utente não são especiais.
- ❖ Questionar *Porquê* pode levar a pessoa a dar uma resposta qualquer, pois frequentemente não sabe o porquê.
- ❖ Aconselhar pode desencadear expectativas que a pessoa pode não estar apta a atingir ou produz na sua mente um sistema de valores em que os do enfermeiro surgem como os valores “certos”.
- ❖ Discordar ou Concordar. Deve-se evitar afirmações que expressem as opiniões e valores.
- ❖ Perguntas fechadas desencorajam a pessoa a dar respostas completas e pode ser interpretado como interrogatório.
- ❖ Dar a resposta ao colocar a pergunta desencoraja a pessoa a dar as suas próprias respostas.
- ❖ Mudar de assunto diminui a importância da necessidade da pessoa explorar os seus pensamentos e sentimentos.
- ❖ Dar uma ordem, por exemplo “não chore”, é pedir à pessoa que negue as suas emoções.
- ❖ Ameaçar, acrescentando mais um problema à pessoa: o medo.
- ❖ Dar soluções, que vêm do exterior.

- ❖ Argumentar logicamente, demonstrando que errou.
- ❖ Julgar e criticar.
- ❖ Analisar e interpretar, podendo levar a que a pessoa se sinta acusada ou incompreendida.
- ❖ Consolar, pode ser entendido como se a importância do problema fosse minimizado.
- ❖ Gracejar ou ridicularizar faz com que a pessoa se sinta desvalorizada.

Stuart (2001) identifica quatro impasses terapêuticos que bloqueiam a relação terapêutica, pois são geradores de sentimentos intensos quer no enfermeiro como na pessoa (ansiedade, apreensão, frustração, amor, raiva). São eles a *resistência* (quando cliente evita vivenciar os aspetos problemáticos de si mesmo), a *transferência* (quando cliente tem emoções e atitudes para com o enfermeiro relacionadas com pessoas que lhe foram importantes, de forma inconsciente), a *contratransferência* (resposta emocional do enfermeiro gerada pelas qualidades do cliente) e a *violação de limites* (quando enfermeiro ultrapassa os limites do relacionamento terapêutico e estabelece um relacionamento social, económico ou pessoal com o cliente) ⁽¹²⁷⁾.

Para que o enfermeiro possa ajudar efetivamente alguém é importante ter consciência de si mesmo, assim como possuir capacidade de introspeção e autoavaliação ^(108, 127, 128).

2.6.3.2. PROCESSO DE ACONSELHAMENTO

Aconselhamento é um termo que pode e é, muitas vezes, interpretado de diferentes formas, tendo-se desenvolvido em “resposta a uma necessidade social sentida para um guiar individual e um apoio, parecendo devolver às pessoas um sentimento de estar em controlo e equilíbrio, de ter a capacidade e o poder para fazer as suas próprias escolhas e tomar as suas decisões” ⁽¹¹⁰⁾. É um conceito que se baseia em mudança: de perspetiva, de circunstâncias, de comportamento e de capacidades para lidar com a vida ⁽¹¹⁰⁾.

Segundo a Associação Britânica de Aconselhamento, este “é uma interação na qual o conselheiro oferece, a outra pessoa, o tempo, atenção e respeito necessários para este explorar, descobrir e clarificar formas de viver melhor que contribuam para o seu bem-estar” ⁽¹¹⁰⁾.

É encarado como uma profissão autónoma no Reino Unido, nos Estados Unidos da América e no Canadá, contudo, em Portugal, é utilizado no contexto de várias profissões de domínios de intervenção diversos (saúde, educação, gestão e justiça), que se distinguem pelos seus quadros de referência teóricos, focos de atenção, práticas e contextos do exercício ^(109, 129). Segundo Lopes, o potencial da utilização do processo de aconselhamento enquanto recurso cuidativo tem estado “afastado” da prestação de cuidados de enfermagem ⁽¹²⁹⁾, no entanto, é uma técnica que permite gerir a relação de ajuda no contexto dos cuidados de enfermagem.

O Aconselhamento difere das orientações e indicações muitas vezes utilizadas para mudar os comportamentos das outras pessoas, com eficácia mínima, por encarar a pessoa como um igual no processo. Distingue-se da Orientação, cujo foco de atuação se torna externo ao indivíduo, atuando a nível do meio, e da Psicoterapia, que foca a área de tratamento e de reconstrução da personalidade ⁽¹¹⁰⁾.

É um processo relacional interativo, sequencial e flexível de empoderamento pessoal, com uma vertente terapêutica (autoconhecimento) e pedagógica, que procura a solução de problemas, o crescimento e o desenvolvimento pessoal (aumento do autocontrolo sobre si próprio e as adversidades atuais, assim como perante as oportunidades presentes e futuras), identificando-se como foco de intervenção o comportamento do indivíduo e o desenvolvimento de competências ^(110, 122, 129).

É caracterizado por uma relação única e de parceria entre duas pessoas, o conselheiro e o cliente, que se ajusta às necessidades do cliente e propicia a sua capacidade para uma mudança pessoal que considere satisfatória, a nível do comportamento, constructos pessoais, capacidade individual para lidar com situações da vida e capacidade para tomar decisões importantes. Apresenta flexibilidade, na medida em que não tem ritmo próprio, podendo ocorrer numa única sessão ou em qualquer ambiente (pé, corredor, gabinete) ^(110, 122, 129).

Estrutura-se com base em oito componentes (a aliança terapêutica, a empatia, a congruência, a presença, o apreço, o respeito, a convicção e a autoatualização), pelo que o enfermeiro tem de estar disponível para escutar o outro e acreditar no seu potencial de mudança, pois se não o compreender e à forma como ele olha e sente o seu mundo, não o consegue ajudar ^(110, 122).

O Processo de Aconselhamento tem como referência um Modelo Genérico, que integra ideias advindas de várias abordagens, tornando-se assim mais completo que qualquer um isolado, nomeadamente ⁽¹²²⁾:

- ❖ *Rogers* e a qualidade da relação do aconselhamento, pois considera que o respeito pela integridade da pessoa é essencial e influencia de forma decisiva o clima do aconselhamento, e identifica um conjunto de características da relação favorecedoras desse crescimento e dessa mudança: respeito pela autonomia do cliente; crença na sua capacidade de ajustamento; aceitação deste tal como é; e incentiva o cliente a compreender e a aceitar-se a si mesmo ⁽¹²⁹⁾.
- ❖ *Freud e Gestalt*, no ajudar a pessoa a adquirir compreensão mais profunda do próprio *Eu*.
- ❖ *Meichenbaum*, no planeamento da ação, que se baseia em aspetos cognitivos e comportamentais, com reforço da ação positiva.

Patterson & Eisenberg (1988) acrescentam como elementos chave da relação de aconselhamento a empatia (compreender a experiência do outro “como se fosse” do próprio), a autenticidade do aconselhador, a consideração positiva (interessar-se pelo “seu” cliente), a imediação (foco no “aqui-e-agora”) e a concreção (uso de linguagem clara para descrever a situação de vida do cliente) ^(122, 129).

É considerado um processo sequencial com começo, meio e fim, composto por quatro etapas identificadas por *Patterson e Eisenberg* como a Descoberta inicial, a Exploração em profundidade, a Preparação para a ação e o Terminar ^(110, 122).

1. Descoberta Inicial

A pessoa é acolhida num ambiente adequado, sendo formulado o Pedido, que é analisado com base no conteúdo manifesto e latente (tom de voz, olhar, postura) da mensagem transmitida pela pessoa, que decide o quanto de si mesma vai partilhar com uma pessoa relativamente estranha, assumindo o risco dos seus pensamentos e sentimentos serem interpretados pelo outro ⁽¹¹⁰⁾.

Para encorajar a descoberta, o enfermeiro deve promover a confiança na pessoa e, após esclarecer a natureza do assunto que a motivou a procurar ajuda, a pessoa é esclarecida à cerca do

comportamento esperado, compromisso necessário para a continuidade de uma relação de aconselhamento, o que é esperado, os limites temporais, princípios éticos e deontológicos, sendo estabelecido o Contrato Terapêutico ^(110, 122).

São discutidas as preocupações da pessoa, os seus sentimentos e o que a levou a pedir ajuda. Enquanto escuta, o enfermeiro procura compreender a apreciação do mundo objetivo da pessoa: como se percebe a si mesma, as outras pessoas significativas e o espaço circundante. A relação vai-se estruturando com base no respeito pelo outro e compreensão do seu mundo como se fosse seu, dando indícios verbais dessa compreensão, com exposição diferente das palavras do outro, revelando assim que o conteúdo e o sentimento da sua declaração foram ouvidos, pretendendo que este reconsidere sobre o que acabou de expressar ⁽¹²²⁾.

2. Exploração em Profundidade

O Enfermeiro vai clarificando a mensagem através da utilização de intervenções estruturadas, como a escuta, a reflexão cuidadosa, a empatia, a mediação e a confrontação. Ajuda a pessoa a traduzir as suas preocupações em palavras, favorecendo a autoconsciência: compreender-se a si mesmo e às condições da sua vida, relacionando-as com as preocupações sobre as quais escolheu trabalhar, surgindo assim novas percepções, descobertas e consciência sobre o *Eu* ⁽¹⁰⁸⁾.

Podem-se observar discrepâncias entre as percepções da pessoa e a informação correta, entre as percepções e as ações, entre desejos e resultados reais, entre mensagens verbais e corporais, entre ações ou ideias e os juízos do conselheiro. Cabe ao Enfermeiro focalizar a atenção sobre essas discrepâncias ou mecanismos de defesa utilizados, refletidos nalgum aspeto do comportamento da pessoa, proporcionando-lhe uma visão externa do seu comportamento. A pessoa é livre para aceitar, rejeitar ou modificar essa percepção ^(110, 122).

Ao desenvolver esse processo de exploração e análise do seu comportamento, a pessoa vai tomando consciência de si (insight) e adquire uma noção dos tipos de respostas que poderiam ser mais satisfatórias. Os meios para alcançar os novos objetivos podem não estar claros, mas os próprios objetivos começam a tomar uma forma mais evidente ^(110, 122).

Os incidentes na vida do enfermeiro podem ser partilhados, se tiverem relevância direta para a pessoa. Tal revelação pessoal pode ajudar a estabelecer identificação entre ambos e sugerir ao último que este não está sozinho para enfrentar um problema particular ⁽¹¹⁰⁾.

3. Preparação para a Ação

Após determinar o problema claramente e reunir as informações necessárias, é chegado o momento de tomada de decisão e ação. O enfermeiro ajuda a pessoa a sintetizar informação, a formular sobre os meios adequados para alcançar os objetivos desejados, a escolher e a implementar um modo de ação e a avaliar os resultados, sem controlar ou impor-se ao outro ⁽¹²²⁾.

A pessoa, ao decidir-se por alguma ação, geralmente experimenta alguns comportamentos novos. Por vezes, tem dificuldade em assumi-los pelo risco do fracasso perante o desconhecido, e por os antigos comportamentos-problema frequentemente terem as suas gratificações, ao lado da angústia que provocam. As mudanças poderão ser óbvias ou subtis, observáveis através do comportamento ou pela produção verbal da pessoa. Por vezes, há que aprender a conviver com o que não se pode mudar ⁽¹²²⁾.

4. Terminar

Quando a pessoa tiver alcançado o que esperava da experiência, é tempo de finalizar o aconselhamento. Faz-se uma reavaliação do percurso, revisão das principais aprendizagens e mudanças, e sua integração no amanhã ^(110, 122).

Por ser uma experiência de separação após um relacionamento intenso, os sentimentos de perda podem originar resistência à separação, quer por parte da pessoa cliente, quer por parte do enfermeiro. Este deve expressar o seu apoio, a fim de encorajar a pessoa a manter as mudanças feitas. Se esta mostrar sinais fortes de insegurança quanto a ser capaz de manter as mudanças desejadas, provavelmente não está pronta para finalizar o aconselhamento ^(115, 116).

Existe uma coincidência das etapas do processo de enfermagem ^(109, 130) com o processo de aconselhamento ⁽¹¹⁸⁾ e as quatro fases na Relação Enfermeira-Doente identificadas por Peplau ⁽¹³¹⁾, que também possui quatro etapas consecutivas: a identificação de problemas de saúde sensíveis

aos cuidados de enfermagem (colheita de dados e elaboração dos diagnósticos de enfermagem), a fase de planeamento das ações de enfermagem, a fase de implementação e a de avaliação, em que é concluída a ajuda ou é reformulada a assistência de enfermagem pela atualização dos diagnósticos, como demonstrado no Quadro 4 ⁽¹²⁹⁾.

Processo de Enfermagem	Fases da Relação Interpessoal de H. Peplau	Processo de Aconselhamento de Patterson
1. Avaliação Inicial: Colheita e análise dos dados.	1. Orientação: Análise conjunta no sentido de identificar o problema.	1. Descoberta Inicial: Formulado o pedido e estabelecido contrato terapêutico.
2. Diagnósticos de Enfermagem: Baseados nas preocupações da pessoa, assim como problemas reais e potenciais. 3. Planeamento dos Cuidados de Enfermagem: Estabelecimento mútuo de metas e objetivos realistas.	2. Identificação: Seleciona-se a assistência profissional adequada	2. Exploração em Profundidade: Analisado o pedido e são estabelecidos objetivos.
4. Implementação das ações dirigidas à resolução do problema.	3. Exploração: Utiliza-se a comunicação como instrumento de ajuda para a pessoa resolver seu problema.	3. Preparação para a Ação: Tomada de decisão e ação.
5. Avaliação dos resultados.	4. Resolução: Quando as necessidades foram preenchidas.	4. Terminar: Após se alcançar o pretendido.

Quadro 4: Comparação entre Etapas do Processo de Enfermagem, Relação Interpessoal e Processo de Aconselhamento ⁽¹³²⁾

2.6.3.3. ENTREVISTA MOTIVACIONAL

A Entrevista Motivacional é um tipo de aconselhamento breve, diretivo, centrado no cliente, que visa estimular a mudança do comportamento, ajudando as pessoas a explorar e resolver a ambivalência ^(84, 102, 110, 111). Descrita inicialmente por *Miller*, em 1983, no tratamento do abuso de álcool, pode ajudar os fumadores a deixar de fumar ^(83, 84).

Baseou-se originalmente no modelo de estágios de mudança de *Prochaska e DiClemente*, tendo revolucionado o tratamento da dependência química a partir de duas afirmações: existe uma abordagem adequada para cada pessoa que depende do estágio de mudança em que esta se encontra e o estilo do terapeuta é mais importante que a técnica eleita para o tratamento, isto é, existe uma forma de relacionamento com o cliente que diminui a resistência e aumenta a sua motivação para a mudança. É considerada a melhor abordagem para as pessoas pré-contempladoras e contempladoras ⁽¹¹⁰⁾.

Os seus princípios enquadram-se na Estratégia dos 5Rs (abordada mais à frente): expressar empatia, fazer emergir as discrepâncias, lidar com as resistências e reforçar a autoeficácia ^(12, 13, 83, 84).

Não é uma técnica mas sim um estilo de relação interpessoal, com determinadas características, pelo que a forma como os profissionais de saúde comunicam com os pacientes em processo de mudança comportamental pode constituir um fator decisivo para o sucesso ⁽⁸⁴⁾:

- ❖ É um processo lento e gradual, que procura compreender a pessoa a partir daquilo que ela conta;
- ❖ A relação entre o profissional e cliente é baseada numa parceria, respeitando a liberdade de escolha e autodeterminação deste.
- ❖ A motivação para mudar tem de partir da pessoa e não ser imposta por terceiros;
- ❖ Incentiva o cliente a expressar os seus problemas, preocupações, desejos e intenções de mudança e a identificar habilidades para mudar. É tarefa do cliente resolver a sua ambivalência, e não tarefa do conselheiro, que deve apenas ajudá-lo a analisar e resolver a ambivalência (o treino de competências comportamentais não está incluído mas a sua utilização não é incompatível com este tipo de intervenção);
- ❖ Monitoriza a prontidão do cliente para a mudança, enquanto resultado da interação interpessoal (o terapeuta deve estar atento aos sinais do cliente para gerir as estratégias motivacionais).

O grande objetivo da entrevista motivacional é diminuir as expressões verbais de resistência e aumentar as expressões verbais de mudança, ou seja, que expressam uma intencionalidade na mudança, pelo que são utilizadas técnicas de comunicação que podem ser de dois tipos: respostas reflexivas e respostas estratégicas ^(13, 110, 111).

As Respostas Reflexivas podem ser *simples* (devolver à pessoa aquilo que lhe disse), *amplificadas* (devolver de forma exagerada aquilo que a pessoa disse) ou de *dupla-face* (espelhar à pessoa a sua ambivalência).

As Respostas Estratégicas consistem em *reformular* (levar a pessoa a pensar de uma nova perspetiva), *mudar o foco* (quando se encontra resistência, muda-se o foco noutra direção, por forma a diminuir a resistência e se poder voltar mais tarde ao assunto) e *ênfatizar a escolha e controlo pessoal* (quando se reafirma à pessoa que ela é a melhor pessoa para saber quais são as suas necessidades e para fazer as suas escolhas).

As Estratégias de Aconselhamento Motivacional a utilizar perante uma pessoa fumadora internada são as Estratégia dos 5Rs e dos 5As ^(12, 13, 14, 111) e selecionam-se consoante a etapa de mudança em que se encontra a pessoa¹⁸.

2.6.3.4. MODELO ASSISTENCIAL ENFERMEIRO GESTOR DE CUIDADOS

O Enfermeiro Gestor de Cuidados de Enfermagem é um modelo assistencial que evoluiu do conceito de Gestão de Caso, cujo termo surgiu pela primeira vez nos anos 70 (século XX), nos Estados Unidos da América, ligado ao serviço social, passando a fazer parte da terminologia de cada vez mais profissionais de saúde a partir dos anos 80 ^(124, 125, 126).

Designado também por “cuidado gerenciado”, “integração clínica”, “gestão de caso colaborativa”, “integração de serviços” e “gestão de cuidados”, mas cujos termos apresentam significados diferentes, que podem ser agrupados em duas categorias: os que decorrem da orientação para o sistema representada pelo termo “cuidado gerenciado” (*managed care*) e os que decorrem da orientação para a pessoa, representada pela gestão de caso ^(124, 125, 126).

A Gestão de Casos está tradicionalmente ligada a enfermagem de saúde pública, mas também com aplicação noutros contextos do cuidar, sendo definida por *Kenyon et al.* (1990, citado por *Cary*)

¹⁸ Atualmente *Miller e Rollnick* têm tirado o foco dos estágios de mudança e dado ênfase a uma outra forma de compreender o processo de mudança, que chamam de prontidão, importância e confiança ⁽¹¹⁰⁾.

como a “*habilidade de estabelecer um plano de cuidados apropriado com base na avaliação do utente/família e de coordenar os recursos e serviços necessários para benefício do utente*” (123).

É considerado um processo assistencial inerente a enfermagem, no qual os enfermeiros são os principais responsáveis pela gestão dos recursos para atingir os resultados propostos, o que permite prestar cuidados de enfermagem de um modo eficiente e holístico, diminuindo os custos da não-qualidade, compreendendo-se como uma estratégia de melhoria na assistência em saúde, em particular perante problemáticas complexas (124, 126).

Secords (1987) defende a ligação que se estabelece entre enfermagem e o modelo do Gestor de Caso, uma vez que a Gestão de Caso tem, enquanto processo, componentes que complementam o processo de enfermagem (123).

O gestor aborda os beneficiários de cuidados e familiares de uma forma holística e assume vários papéis, descritos por *Coleman e Hagen* (1991, citados por *Cary*) como facilitador, de ligação, coordenador, educador, defensor do utente, entre outros (123), sendo responsável pelo *continuum* dos cuidados dirigidos aos beneficiários e familiares durante todo o processo assistencial, diagnosticando, planeando, implementando, coordenando, monitorizando e avaliando opções e serviços, de acordo com as necessidades de saúde identificadas, para promover resultados efetivos e de qualidade (125).

Os enfermeiros possuem conhecimentos clínicos, orientam-se para um cuidar holístico, defendem os direitos dos utentes e detêm um amplo conhecimento sobre os papéis dos outros profissionais de saúde, o que faz com que sejam considerados os profissionais com maior pré-disposição para o desempenho do papel de gestor de cuidados, contudo verifica-se que a adoção deste papel não decorre automaticamente a partir das características da formação e do exercício profissional de enfermagem, uma vez que a gestão de cuidados é uma tarefa muito complexa e trabalhosa, que aplicada em populações com problemas particularmente complexos, aumenta a intensidade e duração das atividades exigidas (124, 126).

Segundo Sequeira e Lopes (124), o modelo assistencial centrado na figura de Gestor de Cuidados revela-se um modelo mais flexível, integrador e efetivo nas respostas às pessoas com toxicodependência, onde se pode incluir a dependência a nicotina.

Sendo a adição à nicotina um processo complexo similar às outras dependências químicas, ocorrendo repetição e aumento do uso da substância para obter o mesmo efeito e para evitar os efeitos negativos da abstinência, que pode interferir com relações sociais e seu projeto de vida, a gestão de cuidados de enfermagem surge como forma de procurar o Outro e de o ajudar a se ajudar a si próprio, na procura de comportamentos de saúde que promovam o seu projeto de saúde. O Aconselhamento surge como elemento central no modelo de gestor de cuidados ⁽¹²⁴⁾.

Estudos revelam que o enfermeiro gestor de caso é considerada uma estratégia capaz de marcar a diferença na vida dos fumadores ⁽¹³³⁾, tendo contribuído para taxas de abstinência de 50% ⁽⁹²⁾. A intervenção em cessação tabágica realizada por uma enfermeira gestora de caso apresenta taxas de eficácia consideráveis junto de fumadores hospitalizados, como revelado pelo estudo realizado por *Taylor* e colaboradores (1996), cujas taxas de abstinência tabágica após um ano foram de 31%. Essa intervenção incluiu entrevista com a enfermeira gestora de caso, uso de vídeos, material de apoio e relaxamento, farmacoterapia (assegurou prescrição de medicação, quando indicado, e toma correta, o que produz efeitos na eficácia da cessação tabágica) e 4 contatos telefónicos após a alta ⁽⁸¹⁾.

Também o estudo comparativo de *Smith et al.* (2011) sobre eficácia das intervenções breves (conselho e entrega de panfletos) *versus* intensivas (aconselhamento junto à cama, entrega de material e realização de 7 telefonemas durante 2 meses) dirigidas a fumadores internados no hospital, realizadas por enfermeiras gestoras de caso, revelaram que foi conseguido um ano de abstinência em cerca de 28% dos fumadores alvo de intervenção intensiva e 24% naqueles alvo de intervenção breve. A abstinência foi significativamente mais elevada nos clientes que não fizeram farmacoterapia (36%) *versus* quem fez (16%), e em clientes com doença cardiovascular associada (40%) *versus* outro diagnóstico (20%) ⁽¹³⁴⁾.

2.7. SÍNTESE

- ❖ Cerca de 1,3 bilião de pessoas faz uso do tabaco, a maior parte sob a forma de cigarros.
- ❖ Todas as formas de tabaco são aditivas e, quer o consumo, quer a exposição ao fumo do tabaco, são letais, sendo considerado uma das principais causas evitáveis de doença, incapacidade e morte a nível mundial.
- ❖ O Tabagismo é reconhecido pela OMS como uma doença aditiva crónica, com múltiplas recaídas, requerendo um tratamento adequado.
- ❖ Em Portugal, estima-se terem morrido, em 2005, cerca de 108 mil pessoas e 11,7% (12 600) das mortes estarem associadas ao tabaco ⁽²⁷⁾, tendo sido responsável por 126 milhões de euros de custos com internamentos hospitalares e por mais 308 milhões de custos no ambulatório (medicamentos, consultas, meios complementares de diagnóstico). Se os fumadores tivessem cessado o consumo de tabaco, os custos teriam sido reduzidos em cerca de 64 milhões de euros nos internamentos hospitalares e, no mínimo, em 80 milhões nos cuidados ambulatoriais.
- ❖ Em 2005, as doenças relacionadas com o tabagismo (cardiovasculares, neoplasias e respiratórias) geraram, em Portugal, 121 643 DALY. As principais causas de incapacidade são os Acidentes Vasculares Cerebrais (AVC), a depressão, a isquémia do miocárdio e o alcoolismo.
- ❖ A luta contra o tabagismo é considerada uma prioridade da saúde pública na Comunidade Europeia desde 1985, tendo sido desenvolvidas medidas nas áreas da legislação e na implementação de ações e programas europeus e internacionais, que produziram um impacto positivo nas taxas de prevalência do tabagismo, o que se traduziu em milhares de vidas salvas, demonstrando que as políticas de controlo do tabaco resultam.
- ❖ Portugal assinou em 2003 a Convenção Quadro da Organização Mundial de Saúde para o Controlo do Tabaco, que foi aprovada em 2005, tendo-se comprometido a reforçar as políticas e medidas de proteção das gerações presentes e futuras dos efeitos do tabaco a

nível da saúde, sociais, ambientais e económicos, causados pelo consumo e pela exposição ao fumo do mesmo. Em 2007, criou a Lei de Proteção Contra o Fumo do Tabaco, que estabelece várias normas referentes ao controlo do tabaco, entre as quais a proibição de fumar em determinados locais, como os hospitais, a sensibilização e educação para a saúde por profissionais de saúde com formação sobre a matéria nos hospitais (relativamente aos malefícios decorrentes do consumo do tabaco e à importância da cessação tabágica), dirigida a pessoas doentes. Também desenvolveu a Norma de Orientação Clínica para a Cessação Tabágica e o Programa Tipo de Atuação em Cessação Tabágica, que orientam uma boa prática baseada na evidência científica.

- ❖ A cessação tabágica representa a única via para uma diminuição da mortalidade e morbilidade associada ao tabagismo, promovendo benefícios imediatos e as vantagens são tanto maiores quanto mais cedo se verificar o abandono.
- ❖ Todos os fumadores devem ser ativamente encorajados e ajudados a deixar de fumar, devendo ser-lhes oferecidas as várias modalidades de tratamento, quer farmacológicas, quer de aconselhamento, com efetividade comprovada, realizadas por uma equipa de profissionais de saúde multidisciplinar, onde se inclui o Enfermeiro, agente privilegiado de educação e promoção da saúde.
- ❖ A maioria dos fumadores continua a não tentar parar de fumar e, quando o faz, não procura o tratamento de eficácia comprovada (ajuda comportamental e farmacológica). Existem situações particulares, como o diagnóstico de uma doença, o internamento, o conhecimento de exames com alterações ou as visitas médicas, que poderão favorecer a motivação para a cessação.
- ❖ O Aconselhamento realizado por profissionais de saúde, quer seja breve ou intensivo, é um tipo de intervenção comportamental recomendado na promoção da cessação tabágica junto de pessoas fumadoras, com eficácia comprovada. Pode melhorar substancialmente os resultados se combinado com a farmacoterapia.

- ❖ As Intervenções de Enfermagem em programas de cessação tabágica são consideradas eficazes na mudança positiva de atitude e comportamento e na cessação tabágica, com potencial para reduzir taxa de prevalência do tabagismo e melhorar a saúde).
- ❖ O Enfermeiro Gestor de Cuidados de Enfermagem é um modelo assistencial de enfermagem que se adequa à intervenção de enfermagem junto da pessoa fumadora internada, em que o enfermeiro assume um papel ativo na Educação e na Promoção do seu Bem-estar, colocando-se como parceiro desta, colaborando com ela, no sentido de a ajudar a encontrar a melhor maneira de se ajudar a si própria a deixar de fumar.
- ❖ As Intervenções de Enfermagem são influenciadas pela Teoria de Relações Interpessoais de *Hildegard Peplau*, cuja abordagem também é influenciada por *Rogers* e as Técnicas de Comunicação Terapêutica associadas à Terapia Centrada no Cliente. Ao mesmo tempo, baseiam-se nos conceitos de Mudança definida por *Prochaska e DiClemente* no seu Modelo Transteórico de Mudança, e de Motivação.
- ❖ As ações de enfermagem assentam no estabelecimento de uma Relação de Ajuda e na utilização de Técnicas de Comunicação associadas à Entrevista Motivacional, que consistem em ações de Aconselhamento realizadas em resposta ao Foco identificado (Uso do Tabaco), em que se utiliza uma abordagem humanista, cognitiva e comportamental reeducativa, que é adequada ao estágio de mudança em que a pessoa fumadora se encontra, de acordo com as normas recomendadas.

3. PROJETO DE INTERVENÇÃO EM SERVIÇO

Em 2005, Portugal aprova a Convenção Quadro da OMS de Controlo do Tabaco ⁽¹⁹⁾ e, em 2008, entra em vigor a Lei do Tabaco ⁽²⁰⁾, que aprova normas de proteção dos cidadãos da exposição involuntária ao fumo do tabaco e medidas de redução da procura relacionadas com a dependência e a cessação tabágica, tendo sido desenvolvida a Norma de Orientação Clínica para o Tratamento do Uso e Dependência do Tabaco (2002) ⁽¹⁴⁾ e o Programa-Tipo de Atuação na Cessação Tabágica dirigidas aos profissionais de saúde (2008) ⁽¹³⁾.

Embora todos os profissionais de saúde tenham a responsabilidade de identificar os hábitos tabágicos junto dos seus clientes e de realizar um aconselhamento breve, a cessação ou prevenção tabágica ainda não é considerada por todos como uma prioridade. Existem algumas barreiras para o seu envolvimento, associadas a défice de conhecimentos e competências na área da cessação tabágica, défice de expectativa para intervenção clínica, investigação limitada, ausência de orientações profissionais, falta de liderança organizacional e manutenção do consumo de tabaco por profissionais de saúde ^(16, 135).

Em 2008, a maioria dos fumadores (66%) nunca foi aconselhado por um profissional de saúde sobre seus hábitos tabágicos ⁽⁴⁶⁾. Em 2012, 45% dos fumadores portugueses tentaram deixar de fumar, destes 84% sem apoio profissional, 10% com apoio farmacológico e apenas 5% recorreram a apoio profissional. Apenas 15% deixou de fumar ⁽³⁵⁾.

A Intervenção de Enfermagem em Programas de Cessação Tabágica é considerada eficaz, especialmente em contexto de internamento hospitalar (mesmo por curtos períodos) com potencial para reduzir taxa de prevalência do tabagismo ^(81, 90, 91, 92, 93, 94, 95, 99, 133, 134, 136), pelo que surgiu, em 2009, o Projeto “*Deixar de Fumar*”.

Este PIS tem como intuito dar resposta à necessidade de se estabelecerem ações céleres que assegurem que os enfermeiros estão preparados para intervir eficazmente na cessação tabágica, em contexto de internamento, com base na evidência científica, e de dar cumprimento às recomendações emanadas pelas normas internacionais e nacionais relacionadas com o uso e

tratamento da dependência de nicotina, nomeadamente que todos os fumadores sejam alvo de um aconselhamento breve durante o internamento.

A intervenção de enfermagem é definida, por *Rice e Stead (2009)* como o fornecimento de conselho (instrução verbal para deixar de fumar), aconselhamento e estratégias que ajudem os fumadores a deixar de fumar, podendo ser breve ou intensiva, consoante o estágio de mudança em que a pessoa se encontra e o tempo de interação entre esta e o enfermeiro ⁽¹⁷⁾.

A sua ação é influenciada por teóricas como *Jean Watson, Hélène Lazure e Hildegard Peplau*, que preconizam o estabelecimento de uma relação interpessoal, assim como pelas técnicas de comunicação terapêutica de *Rogers* e o Modelo transteórico de mudança de *Prochaska e DiClemente*, sendo guiada pela NOC que, apesar de enfatizar o papel do médico e dos cuidados de saúde primários, identifica os enfermeiros como potenciais utilizadores das suas recomendações, independentemente do contexto da prática clínica.

A equipa de enfermagem do Serviço de Medicina do Hospital da Zona Sul identifica os hábitos tabágicos de todos os clientes e *dá o conselho para deixar de fumar*, enquanto que o aconselhamento motivacional para deixar de fumar é da responsabilidade da fundadora do projeto, que possui competências em Cuidados de Enfermagem Especializados em Saúde Mental, atuando como Gestora de Cuidados e Enfermeira de Referência na área de prestação de cuidados de enfermagem a clientes fumadores.

Articula com outros profissionais de saúde, com intuito de potenciar a eficácia da intervenção e a abstinência tabágica, ajudando assim a pessoa fumadora a ser proativa na concretização do seu projeto de vida, nomeadamente a alterar comportamentos com vista a adoção de estilos de vida compatíveis com a promoção de saúde.

O PIS “*Deixar de Fumar*” foi elaborado com base na metodologia de projeto, que consiste numa investigação centrada num problema real identificado e na implementação de estratégias e intervenções eficazes para a sua resolução, promovendo uma prática baseada em evidência. Esta metodologia é composta por cinco fases ⁽²⁴⁾, que se apresentam de seguida: o diagnóstico da situação, a definição de objetivos, o planeamento das atividades, a execução e avaliação, e a divulgação dos resultados.

3.1. DIAGNÓSTICO DA SITUAÇÃO

O diagnóstico da situação é a primeira etapa na realização da metodologia de projeto e visa identificar um problema de saúde através da utilização de instrumentos de colheita e análise da informação ⁽²⁴⁾.

A formulação do diagnóstico inicial baseou-se na revisão sistémica sobre a problemática do tabagismo, no conhecimento empírico decorrente da experiência profissional e nas entrevistas não estruturadas com os elementos da equipa de enfermagem do serviço de internamento hospitalar referido, que ocorreu em 2008, aquando da realização do Curso de Pós Graduação em Enfermagem de Saúde Mental, vertente Adição e Reabilitação Psicossocial.

Em 2011, realizamos uma análise SWOT ⁽²⁴⁾ que permitiu refletir sobre os fatores positivos e negativos identificados, prever constrangimentos e definir forma de os ultrapassar, tendo contribuído para uma reformulação do projeto.

O internamento da pessoa fumadora constitui uma excelente oportunidade para os Enfermeiros promoverem a Cessação Tabágica, que se constitui como uma medida efetiva na redução da morbilidade e mortalidade associadas ao tabaco ^(12, 13, 14, 22, 23), fundamentando assim a pertinência de se manter este projeto até à atualidade.

3.1.1. DEFINIÇÃO GERAL DO PROBLEMA

Cerca de 1,3 bilião de pessoas faz uso do tabaco, a maior parte sob a forma de cigarros, e todas as formas de tabaco são aditivas, o que faz com que o tabaco seja considerado a primeira causa de mortalidade e morbilidade evitáveis nos países desenvolvidos, prejudicial não só para o próprio fumador, mas também para os não fumadores expostos ao fumo do tabaco ^(4, 5, 6, 7, 8, 10).

Estima-se que, em Portugal, no ano de 2005, o consumo do tabaco tenha sido responsável por 12600 mortes e por 11,2% da carga da doença (146 000), tendo gerado 121 643 DALY, ou seja, a perda de 121 643 anos de vida saudável. Para além das consequências individuais, o seu consumo apresenta graves consequências a nível social, económico e ambiental, com custos elevados

relacionados com os internamentos hospitalares, estimando-se que gastos na ordem dos 126 milhões de euros de custos ⁽⁵⁷⁾.

Embora em 2012, 45% dos fumadores tenham feita tentativa para deixar de fumar, mantem-se a tendência para uma escassa procura de apoio profissional (5%) ⁽³⁵⁾.

Uma das estratégias para reduzir o número de mortes associadas ao tabaco é o envolvimento de profissionais de saúde no aconselhamento sobre prevenção e cessação tabágica, onde se incluem os Enfermeiros, que pertencem ao maior grupo profissional de saúde e que se encontram numa posição única para intervir a nível da prevenção e cessação tabágica junto de milhões de pessoas, todos os dias, em contextos e situações variadas. Têm oportunidade e competências para intervir nesta área, existindo evidência da sua eficácia ^(16, 90, 91, 92, 93, 94, 95, 97, 98, 137).

Por a promoção da cessação tabágica junto da pessoa fumadora internada se cingir apenas a *dar o conselho para não fumar*, foi criado o Projeto de Intervenção de Enfermagem “*Deixar de Fumar*”, que se encontra implementado desde Janeiro de 2009.

3.1.2. ANÁLISE DO PROBLEMA

A revisão bibliográfica permitiu constatar que o tabagismo é uma doença caracterizada pela dependência de nicotina, considerado um grave problema de saúde pública à escala mundial, com repercussões também a nível social, económico e ambiental ^(8, 16, 37, 57). Têm sido tomadas medidas internacionais e nacionais com vista a prevenir e controlar o tabagismo, nomeadamente através da criação de legislação ^(19, 20).

Segundo *Fiore et al.* (2008), por ano, aproximadamente um terço dos fumadores fazem tentativa para deixar de fumar e que, na maioria dos casos, o fazem sem ajuda, mas só cerca de 1 a 3% de fumadores de cigarros conseguem uma abstinência duradoura (pelo menos 12 meses de abstinência), aplicando apenas a força de vontade ^(12, 61).

O internamento pode aumentar a recetividade para as informações sobre comportamentos de saúde, em especial, quando a causa está relacionada com o tabaco (DPOC, Infeções respiratórias,

tuberculose, cancro), criando-se uma *janela de oportunidade* para promover a cessação tabágica. Não existem dados sobre a prevalência do tabagismo nos doentes internados no serviço em questão, no entanto sabe-se que pertencem a grupos com necessidades específicas de intervenção, nomeadamente fumadores DPOC, idosos, com cancro, doença psiquiátrica e resistentes (13, 14, 60, 87, 96).

Todos os profissionais de saúde (médicos, enfermeiros, dentistas, psicólogos, psiquiatras, farmacêuticos e outros) têm a responsabilidade de promover estilos de vida saudáveis e de prestar cuidados preventivos à população, independentemente do tipo de cuidados que prestem e do local de trabalho que exerçam, em particular no que se refere à prevenção e ao tratamento do tabagismo. Partilham o papel de modelo, clínico, educador, cientista, líder, construtor de opinião, e a função de vigiar a atividade industrial do tabaco, pelo que devem trabalhar em unísono, onde um papel não substitui outro, e criar alianças, na medida em que o impacto dos resultados é maior (12, 13, 14, 15, 16, 137).

A sua atitude perante o tabagismo é muito importante, já que a sua desvalorização ou omissão pode ser interpretada pela pessoa fumadora internada como uma mensagem de pouca importância para a sua saúde (22, 101).

Embora existam estratégias promotoras do apoio a doentes fumadores internados no Hospital da zona sul recomendadas por *Fiore et al. (2008)* (12), nomeadamente a identificação dos hábitos tabágicos em todos os doentes hospitalizados, a disponibilização de tratamento farmacológico (extraformulário sujeita a autorização superior), o cumprimento de serviços de saúde sem tabaco e a criação de consulta de apoio ao fumador, a maioria dos médicos mostra-se renitente em prescrever medicação de primeira linha para reduzir os sintomas de privação.

Em 2008, os profissionais de saúde do serviço de medicina desconheciam as recomendações da Norma de Orientação Clínica e o Programa-Tipo de atuação na cessação tabágica e a sua intervenção resumia-se a dar o conselho para deixar de fumar, expressão repetida por *familiares e outros clientes internados*, e o encaminhamento médico para a consulta de apoio ao fumador era raro.

Rice e Stead (2009) ⁽¹⁷⁾ realizaram uma revisão sistemática sobre a eficácia das intervenções de enfermagem na cessação tabágica em adultos¹⁹, que revelou existir evidência de benefícios no aconselhamento dado por enfermeiros na promoção da cessação tabágica, especialmente em contexto de internamento hospitalar, mesmo por curtos períodos ^(99, 136).

A cessação tabágica consiste na via mais efetiva para a obtenção de melhorias nos indicadores de morbidade e mortalidade associados ao consumo do tabaco ^(13, 67), pelo que se tornou pertinente alterar a forma de atuar da equipa de enfermagem do serviço e apostar nas potencialidades que uma intervenção breve e/ou intensiva, com eficácia comprovada, pode ter para o projeto de vida e bem-estar da pessoa fumadora internada. Para contextualizarmos a realidade em que decorre o projeto, fazemos uma breve apresentação do serviço de medicina do hospital da zona sul e da equipa de enfermagem (atualizada para 2012). De seguida, expomos os resultados provenientes das entrevistas não estruturadas com a equipa de enfermagem (2008) e a análise SWOT (2011).

3.1.2.1. BREVE CARATERIZAÇÃO DO SERVIÇO DE MEDICINA DO HOSPITAL DA ZONA SUL

O Serviço de Medicina do Hospital da Zona Sul é um serviço de internamento destinado a adultos, misto, com capacidade para internar 11 pessoas na valência de oncologia, 9 na pneumologia e 9 na área de isolamento respiratório, cujas idades estão habitualmente compreendidas entre os 18 e os 92 anos. Em 2012 foram admitidas 780 pessoas, 362 na valência de pneumologia, 67 em isolamento e 351 em oncologia.

As causas de internamento resultam de complicações da doença oncológica, realização de quimioterapia, neutropenia febril, pneumonia, insuficiência respiratória e DPOC, tuberculose pulmonar, derrame pleural ou pneumotórax, neoplasia do pulmão, entre outros.

A equipa multidisciplinar é constituída por Enfermeiros, Médicos pneumologistas e oncologistas, Assistentes operacionais, Assistentes sociais, Nutricionista, Fisioterapeuta, Psicóloga e Secretário de Unidade.

¹⁹ Consultaram 42 estudos publicados entre 1987 e 2007: 16 dos EUA; 9 do Reino Unido; 3 do Canadá; 2 da Austrália, Dinamarca, Japão, Holanda, Noruega e Espanha; 1 da Coreia do Sul e Suécia.

A Equipa de Enfermagem é composta por vinte enfermeiros, cinco do género masculino e dezassete do género feminino, com idades compreendidas entre os 23 e os 40 anos (média 30 anos), com tempo de profissão entre um ano e meio a dezasseis anos (média 7 anos de experiência profissional).

Possui quatro enfermeiros especialistas no âmbito da Saúde Mental (2), Reabilitação (1) e Pessoa em situação crítica (1). A maioria possui formação nas áreas de emergência e suporte básico e avançado de vida e CIPE, e pontualmente em enfermagem oncológica, diabetes, urgências respiratórias, cinesiterapia respiratória, asma, monitorização cardíaca, infeção hospitalar, comunicação de más notícias, feridas, massagem terapêutica, reiki e diálise.

O método de trabalho utilizado é o individual assente na metodologia de “*Enfermeiro de Referência*”. A distribuição de enfermeiros faz-se tendo em conta o cálculo das necessidades dos doentes em cuidados de enfermagem (Sistema de Classificação de Doentes baseado em níveis de dependência de cuidados de enfermagem ou SCD/E²⁰ - cirurgia/medicina) ⁽¹³⁸⁾.

Os Registos de Enfermagem são realizados em suporte informático, utilizando-se a aplicação SAPE, construída com base na versão beta 2 da CIPE.

3.1.2.2. ENTREVISTAS NÃO ESTRUTURADAS COM A EQUIPA DE ENFERMAGEM

Em 2008 foram realizadas entrevistas não estruturadas com alguns elementos da equipa de enfermagem, escolhidos aleatoriamente, sobre a temática *cessação tabágica*, tendo-se utilizado algumas linhas orientadoras: identificação dos hábitos tabágicos dos clientes, conhecimento da NOC e sua utilização na prática. As respostas foram registadas através de notas escritas.

²⁰ O SCD/E decorre de um projeto do Ministério da Saúde, iniciado em 1982, que abrange diversas áreas da atividade hospitalar, com objetivo de implementar um sistema de informação para a gestão dos hospitais. Em 1995 foi desenvolvida aplicação informática de suporte à utilização do SCD/E e em 1999/2000 foi desenvolvido SAPE baseado em CIPE, em tecnologia web. Categoriza os doentes por indicadores críticos de acordo com a sua dependência em cuidados de enfermagem, em áreas que têm grande impacto na carga de trabalho, por serem requeridas por um maior número de indivíduos, nomeadamente higiene e cuidados pessoais, nutrição, movimentação, eliminação, medicação, tratamentos, sinais vitais/outras avaliações, atividades de apoio e educação para a saúde e avaliação e planeamento dos cuidados ^(47, 138, 139).

As informações recolhidas somadas à observação diária da prática permitiram constatar que:

- ❖ Os hábitos tabágicos nem sempre são identificados pelo enfermeiro no momento da admissão, apesar de estar previsto o registo dos hábitos tabágicos e o número de cigarros no processo de enfermagem SAPE.
- ❖ Os enfermeiros adotam, na maioria das vezes, o papel de *polícia*, proibindo que o doente fume na enfermaria e fiscalizando-lhe os cigarros e isqueiros. Embora deem a instrução verbal para não fumar, não realizam uma intervenção breve nem disponibilizam material de autoajuda.
- ❖ As expectativas dos enfermeiros relativamente ao sucesso da abstinência são baixas, nomeadamente se o doente for grande fumador, idoso, com DPOC, doença psiquiátrica ou cancro.
- ❖ Cerca de 14% dos enfermeiros são fumadores. Estudos revelam que as enfermeiras são o grupo de profissionais de saúde que tradicionalmente apresentam alta prevalência de tabagismo⁽¹⁶⁾.
- ❖ Os enfermeiros desconhecem a NOC e o Programa-Tipo de Atuação em Cessação Tabágica e reconhecem possuir conhecimentos e competências insuficientes na área da cessação tabágica. Um estudo sobre a participação dos enfermeiros da Islândia, no aconselhamento em cessação tabágica revelou que, embora a maioria considere que o aconselhamento faça parte das suas competências, a percentagem que intervém continua baixo, tendo identificado algumas barreiras como conhecimento e treino insuficiente na área da cessação tabágica⁽⁹³⁾. Não existem dados referentes a Portugal, mas estima-se que a realidade não seja muito diferente⁽¹³⁵⁾, como o que se apresenta neste serviço.
- ❖ No Processo de Enfermagem, o padrão de registo parametrizado prevê a opção de identificar como Foco de Enfermagem o Uso do Tabaco: Dependência ou Conhecimento sobre malefícios do tabaco, e associar cinco Intervenções: Ensinar sobre desvantagens do uso do tabaco, Facilitar suporte de pessoas com autocontrolo: comportamento abusivo eficaz, Promover o autocontrolo: comportamento abusivo, Reforçar crenças de saúde e Vigiar ação do doente. Consideramos que estas intervenções não expressam as ações de enfermagem promotoras da cessação tabágica, baseadas na NOC.
- ❖ A equipa médica, à exceção do médico responsável pela consulta de cessação tabágica, desvaloriza a sintomatologia de abstinência tabágica e as solicitações da equipa de enfermagem sobre necessidade de farmacoterapia para aliviar esses sintomas.

- ❖ A farmácia não dispõe da totalidade dos fármacos aprovados para a cessação, pelo que é necessário que médico preencha a justificação do fármaco em extra-formulário, que será sujeito a autorização para compra pelo Conselho de Administração. Este processo é lento e não dá resposta imediata às necessidades do doente.

3.1.2.3. ANÁLISE SWOT 2011

A análise SWOT do PIS “*Deixar de Fumar*” foi realizada em 2011 e permitiu elaborar uma análise do cenário que envolve a criação deste projeto e reestruturá-lo. O termo SWOT é uma sigla oriunda do idioma inglês, constituindo um anagrama de: Forças (*Strengths*), Fraquezas (*Weaknesses*), Oportunidades (*Opportunities*) e Ameaças (*Threats*) ⁽²⁴⁾. Esta divide-se em ambiente interno e ambiente externo. O ambiente interno é composto pelos pontos fortes e fracos internos ao projeto e o ambiente externo é composto por oportunidades e ameaças externas a este, que influenciam a sua concretização, e permite definir um plano estratégico que possibilita atingir os objetivos estabelecidos.

O cruzamento dos pontos fortes, fracos, ameaças e oportunidades faz-se numa matriz que suporta a análise SWOT (ver Figura 1).

Foram identificados como **pontos fortes** do ambiente interno a prestação de um serviço de aconselhamento para deixar de fumar gratuito, realizado durante o internamento do fumador, pelo Enfermeiro, que é o profissional que estabelece uma relação de maior proximidade com o cliente, que possui competências e o dever de promover a cessação tabágica junto de fumadores. Esta Intervenção de Enfermagem em Cessação Tabágica é baseada em evidência científica com eficácia comprovada e permite otimizar os recursos humanos existentes no serviço, nomeadamente uma Enfermeira Especialista em Saúde Mental.

Foram identificadas algumas **ameaças**, o que permitiu a definição de um plano estratégico para as contornar, nomeadamente:

- ❖ A formação realizada em 2009/2010 não despoletou o interesse esperado nem produziu o desenvolvimento de competências para intervir na cessação tabágica junto da equipa de enfermagem, pelo que o objetivo inicial de envolver a equipa de enfermagem no

aconselhamento foi suspenso. O Aconselhamento motivacional passou a ser apenas da responsabilidade da enfermeira responsável pelo projeto (possuidora de competências para esse efeito), pelo que na sua ausência, não é realizada essa intervenção. Esta ameaça foi minimizada entre o 2º semestre de 2011 e o 1º semestre de 2012, quando teve colaboração de outra enfermeira, também especialista em saúde mental.

- ❖ A possibilidade de não se identificar os hábitos tabágicos aquando da admissão dos clientes e a ausência de referenciação para as enfermeiras responsáveis pelo projeto, levou a que se definisse em reunião de serviço a identificação dos hábitos tabágicos no quadro presente na sala de registos.
- ❖ Segundo Nunes (2008), apenas 10 a 20% dos fumadores estão preparados para deixar de fumar ⁽¹³⁾, e o Eurobarómetro 332 revela que apenas 17% dos fumadores fez tentativa para parar de fumar e 71% não procuram ajudam ⁽⁴⁴⁾. Os números não são favoráveis, mas não devem ser desmotivadores, pois os pontos fortes acima referidos poderão contribuir para os enfrentar, ou seja, a realização de uma intervenção motivacional pelo enfermeiro, durante o internamento, poderá potenciar uma mudança de comportamento na pessoa²¹.

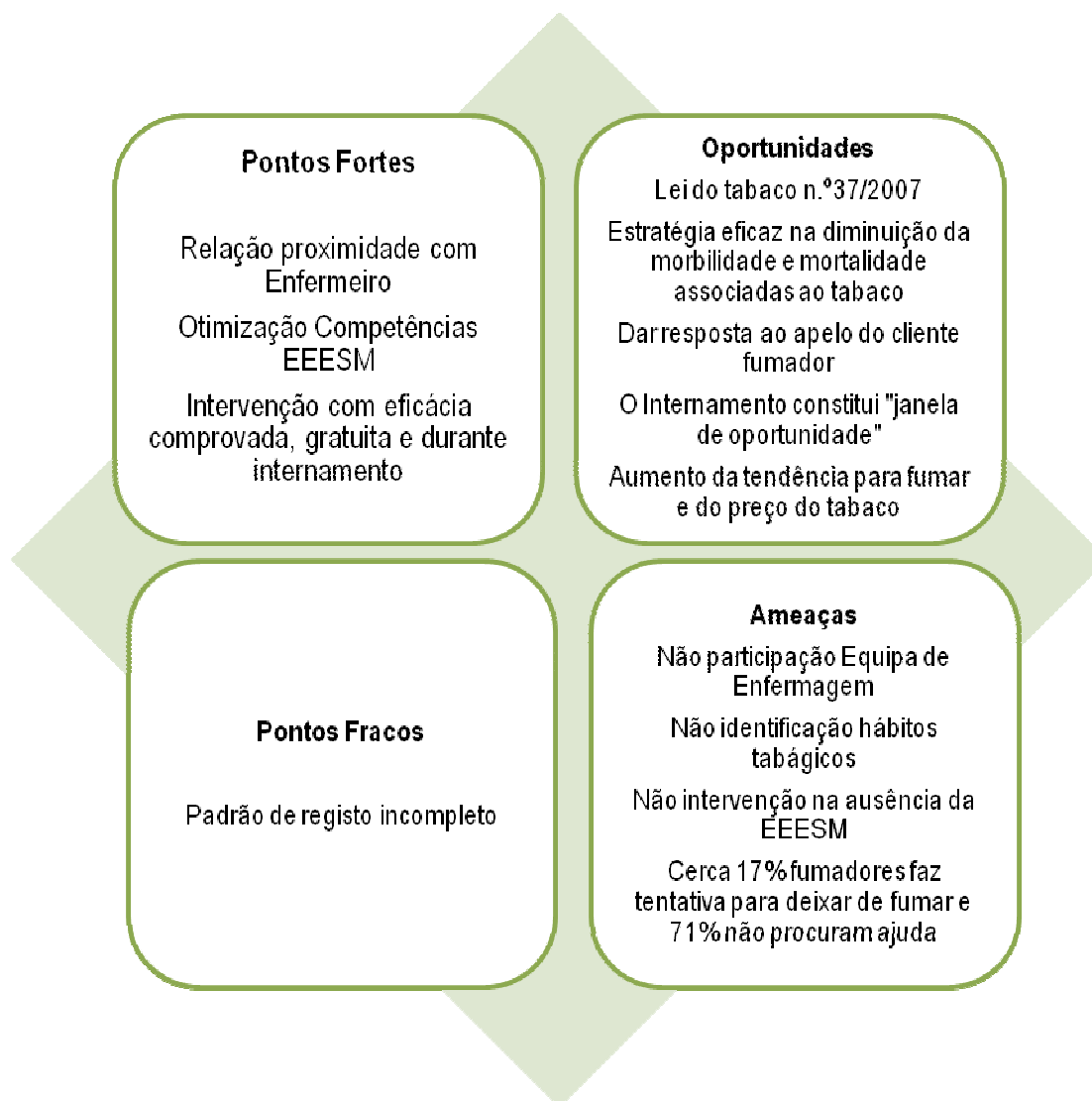
Consideramos o projeto **oportuno**, na medida em que vai de encontro com a Lei do Tabaco n.º 37/2007 de 14 de Agosto, implementada a partir de 2008. Apesar da crise económica atual, existe aumento da tendência para se fumar (independentemente do aumento preço do tabaco), pelo que a cessação tabágica é considerada a única estratégia eficaz na diminuição da mortalidade e morbidade associada ao tabagismo, ao dar resposta ao apelo da pessoa fumadora para deixar de fumar. A intenção dos fumadores portugueses deixarem de fumar aumentou 28%, passando de 17% (2009) para 45% (2012). A tendência em não procurar aconselhamento profissional é enorme, pelo que o internamento surge como uma *janela de oportunidade* para se intervir, principalmente se o motivo estiver relacionado com tabagismo.

Identificamos *um ponto fraco* que consiste no padrão de registos parametrizado do serviço, cujas intervenções não traduzem as ações do enfermeiro no âmbito da promoção da cessação tabágica, decorrentes da NOC. Para contornar este ponto, considerou-se elaborar uma proposta de

²¹ Resultados do Eurobarómetro 385, de 2012, revelam um aumento na percentagem de fumadores portugueses que tentaram deixar de fumar (45%), no entanto mantem-se a tendência para não procurar apoio profissional (84%) ⁽³⁵⁾

introdução de intervenções de enfermagem no suporte de registo parametrizado SAPE, em linguagem CIPE.

Figura 1: Análise SWOT do PIS “Deixar de Fumar”, 2011



3.2. OBJETIVOS

Os objetivos do projeto apontam os resultados que se pretende atingir, tendo sido elaborado um plano de ação para cada um. A sua formulação obedece a uma linguagem clara, precisa e concisa, sendo realizáveis e mensuráveis em qualidade, quantidade e duração (24, 25).

O Objetivo Geral consiste em *Promover a Cessação Tabágica junto dos Clientes Fumadores Internados, no Serviço de Medicina do Hospital da Zona Sul, através de Aconselhamento Motivacional.*

Nos anos 2009 e 2010 (1º semestre²²), os Objetivos Específicos foram:

1. Sensibilizar a Equipa de Enfermagem para os malefícios do tabaco e para a importância de uma Intervenção Motivacional no âmbito da Promoção da Cessação Tabágica, junto do Cliente Fumador Internado;
2. Implementar um Plano de Intervenção de Enfermagem na Promoção da Cessação Tabágica, em contexto de internamento, com base na aplicação da NOC para o Tratamento do uso e dependência do tabaco;
3. Motivar o cliente a alterar comportamentos tendo em vista a adoção de estilos de vida compatíveis com a promoção da saúde;
4. Sensibilizar a equipa médica para uma intervenção multidisciplinar;
5. Dar visibilidade ao Papel de Enfermagem na área da Educação para a Saúde e na Promoção de Estilos de Vida Saudável.

Em 2011 os Objetivos Específicos foram substituídos por:

1. Determinar os clientes fumadores internados;
2. Determinar os clientes fumadores internados alvo de Aconselhamento Motivacional;
3. Determinar os clientes fumadores internados, alvo de Aconselhamento Motivacional, que mudaram de estágio, de acordo com o Modelo de Mudança de *Prochaska e DiClemente*;
4. Melhorar o suporte de registo de enfermagem.

Em 2012, foi acrescentado um 5º objetivo, que consiste em uniformizar o procedimento referente à intervenção de enfermagem na cessação tabágica em contexto de internamento.

²² 2º Semestre a enfermeira dinamizadora do projeto esteve ausente do SPUFO, pelo que os dados são referentes apenas ao 1º semestre.

3.3. PLANEAMENTO DAS ATIVIDADES

O planeamento das atividades é a terceira etapa da metodologia de projeto e inclui a planificação das atividades, a identificação dos recursos necessários e estratégias a realizar, que estão diretamente relacionadas com os objetivos traçados ⁽²⁴⁾.

3.3.1. ATIVIDADES PLANEADAS

Em **2009/2010** as atividades planeadas procuraram responder aos mesmos objetivos (ver Figura 2).

Considerámos que, embora o *Conselho Internacional de Enfermagem* tivesse divulgado, em 2004, o “*Código de Conduta na Prática das Organizações de Profissionais de Saúde no Controlo do Tabaco*” ⁽⁷¹⁾ e produzido um documento informativo sobre o papel da enfermagem ⁽⁹⁷⁾, difundido no *site* da OE, existiam alguns obstáculos para o envolvimento da equipa de enfermagem na área da cessação tabágica, relacionados com o défice de conhecimento e de competências ^(16, 135).

Por isso, foram planeadas atividades formativas, com vista a sensibilizar os enfermeiros para a promoção da cessação tabágica junto do cliente fumador e a prepará-los para esse papel. Foi prevista a elaboração e apresentação de um Plano de Intervenção de Enfermagem com base na NOC para o Tratamento do uso e dependência do tabaco ⁽¹⁴⁾, que servisse de guia para a sua prática (**objetivo 1 e 2**). Também foi proposta a introdução de novas intervenções de enfermagem em linguagem segundo a CIPE, no sistema de registo informático, em 2010.

Foi projetada a realização de um aconselhamento com eficácia comprovada a todos os fumadores internados, praticado por enfermeiros (**objetivo 2 e 3**).

O aconselhamento dado por uma equipa multidisciplinar revela ser mais eficaz na promoção na cessação tabágica ^(12, 13, 14, 15, 16, 17) e, embora a equipa médica esteja desperta para os malefícios do tabaco e transmita o conselho ao seu cliente para não fumar, não conhece a NOC, não encaminha para a consulta de apoio ao fumador e não faz prescrição terapêutica para aliviar sintomatologia de abstinência tabágica durante o internamento (há exceção do médico responsável pela consulta). Dado que a taxa de sucesso da abstinência tabágica melhora quando se combina o

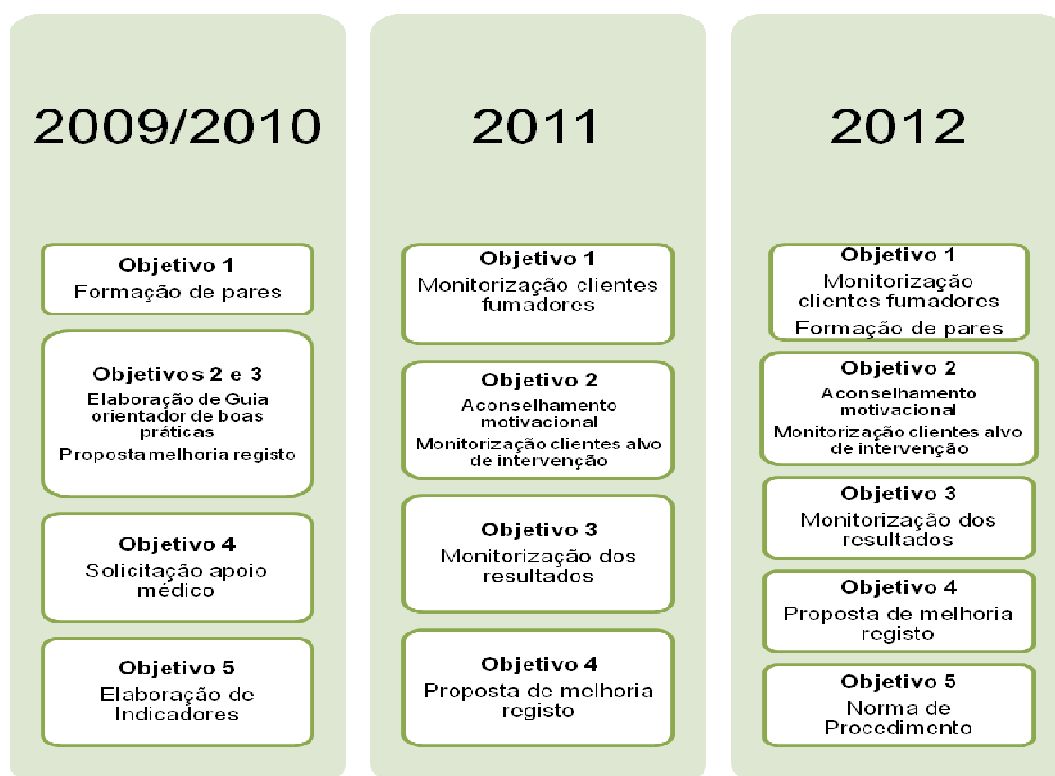
aconselhamento com a farmacoterapia (12, 61), considerou-se pertinente alertar a equipa médica para a importância da intervenção farmacológica, sempre que necessário (**objetivo 4**).

Foi delineada a elaboração de indicadores de qualidade dos cuidados de enfermagem a partir dos instrumentos utilizados, com intuito de dar visibilidade às intervenções de enfermagem (**objetivo 5**).

Em **2011/2012**, as atividades planeadas incluíram (ver Figura 1) a manutenção do Aconselhamento através de Entrevista Motivacional a todos os clientes fumadores internados, realizado por enfermeiros especialistas em saúde mental, e a elaboração e monitorização de indicadores (**objetivos 1,2 e 3**). Foi projetada a identificação de intervenções de enfermagem relacionadas com o processo de aconselhamento motivacional inexistentes no suporte documental parametrizado do serviço, assim como a atualização da proposta do seu acréscimo no suporte documental (**objetivo 4**).

Em 2012, acrescentámos a elaboração de uma Norma de Procedimento setorial referente à “Intervenção de enfermagem na cessação tabágica em contexto de internamento” (**objetivo 5**), e assim abrir caminho para a melhoria do suporte de registos de enfermagem.

Figura 2: Cronograma das Atividades Planeadas no PIS “Deixar de Fumar”, 2009 a 2012



3.3.2. RECURSOS NECESSÁRIOS

Os recursos necessários para a implementação do projeto não implicam investimento financeiro, nem recursos materiais/físicos e recursos humanos, otimizando os já existentes, nomeadamente:

1. Humanos: Enfermeiras Especialistas em Saúde Mental, equipa de enfermagem, pneumologista responsável pela consulta de cessação tabágica e nutricionista.

2. Materiais: Suporte informático, Instrumento de Monitorização dos clientes fumadores internados alvo de Aconselhamento Motivacional, Material de autoajuda (panfletos).

Implica uma reorganização da carga horária de prestação de cuidados dos enfermeiros responsáveis pelo projeto, com o intuito de poderem estar disponíveis para intervir junto dos clientes fumadores, o que não encarece os custos com o pessoal nem prejudica a realização de outras atividades.

3.3.3. INDICADORES

Apesar de se ter planeado em 2009/2010 a elaboração de indicadores de qualidade dos cuidados de enfermagem relacionados com a cessação tabágica, estes apenas foram produzidos em 2011 e aplicados a partir do primeiro semestre desse ano. Os indicadores referentes aos objetivos 1, 2 e 3 são quantitativos, partilham o mesmo instrumento de monitorização e têm uma periodicidade anual.

O **Indicador 1** consiste nos Clientes fumadores internados. Implica a monitorização do registo dos hábitos tabágicos na Avaliação Inicial (aquando da admissão da pessoa), no Processo de Enfermagem eletrónico SAPE.

O **Indicador 2** consiste nos Clientes fumadores internados alvo de Aconselhamento Motivacional. Obtém-se através do registo de todos os clientes alvo de aconselhamento motivacional no instrumento de monitorização e da aplicação da seguinte fórmula:

N.º Clientes fumadores internados alvo de Aconselhamento Motivacional x 100

N.º Total de Clientes fumadores internados

O **Indicador 3** define-se como os Clientes fumadores internados alvo de Aconselhamento Motivacional que mudaram de estágio. Consideram-se com potencial para mudar os pré-contempladores e contempladores, pelo que se monitorizam todos os clientes que mudaram de estágio de pré-contemplanção para contemplanção e de contemplanção para preparaçã para a açã.

Utilizam-se as seguintes fórmulas:

N.º Clientes fumadores internados alvo de Aconselhamento Motivacional que mudaram de estágio x

100

N.º Total de Clientes fumadores internados alvo de Aconselhamento Motivacional, com potencial para mudar

N.º Clientes fumadores internados alvo de Aconselhamento Motivacional que mudaram de estágio de pré-contemplanção para contemplanção x 100

N.º Total de Clientes fumadores internados alvo de Aconselhamento Motivacional, no estágio de pré-contemplanção

N.º Clientes fumadores internados alvo de Aconselhamento Motivacional que mudaram de estágio de contemplanção para preparaçã para a açã x 100

N.º Total de Clientes fumadores internados alvo de Aconselhamento Motivacional, no estágio de contemplanção

Os **indicadores** referentes aos objetivos **4 e 5** são qualitativos:

- ❖ Identificadas intervenções de enfermagem relacionadas com o processo de aconselhamento motivacional inexistentes no suporte documental parametrizado do serviço.
- ❖ Proposta/Acréscimo das intervenções de enfermagem no suporte documental parametrizado.
- ❖ Norma de Procedimento setorial “Intervenção de enfermagem na cessaçã tabágica em contexto de internamento”.

3.3.4. RESULTADOS ESPERADOS

Em 2009/2010 foram definidas as seguintes metas:

- ❖ Que a equipa de enfermagem valorize a problemática decorrente do tabagismo e a importância do seu papel na promoção de saúde do doente;
- ❖ Que a equipa de enfermagem identifique os hábitos tabágicos no momento de admissão de cada cliente internado;
- ❖ Que pelo menos 50% dos enfermeiros desenvolvam ações de ensino e aconselhamento com vista a promover a cessação tabágica junto de cada cliente fumador internado;
- ❖ Que os enfermeiros consigam capacitar pelo menos 50% dos clientes para uma mudança a nível comportamental, observável através da sua produção verbal, contribuindo assim para a obtenção em ganhos de saúde;
- ❖ Que os enfermeiros consigam gerir e otimizar os recursos de saúde, articulando com a restante equipa multidisciplinar (família, médico, nutricionista, dietista, assistente social).

Para 2011/2012 era esperada a identificação dos clientes fumadores internados e a realização de aconselhamento motivacional a mais de 80% destes.

Em 2011 esperava-se conseguir capacitar pelo menos 50% dos clientes alvo de aconselhamento motivacional, para uma mudança a nível comportamental, observável através da produção verbal da pessoa. Contudo, consideramos que a meta definida foi ambiciosa, na medida que os diversos estudos revelam percentagens de fumadores que fazem tentativas de deixar de fumar entre 35 a 54% e taxas de abstinência a longo prazo entre 5 a 30%, como se apresenta de seguida:

- Apenas 15-30% dos fumadores alvo de intervenção conseguem abstinência a longo prazo ⁽³⁸⁾;
- Em 2005, 70% dos fumadores admite vontade em deixar de fumar, metade já tentou e menos de 10% dos fumadores têm sucesso ⁽¹⁶⁾.
- Em 2008, um terço dos fumadores fazem tentativa para deixar de fumar e só cerca de 1 a 3% conseguem abstinência duradoura ^(12, 61).
- Em 2009, 28% dos fumadores europeus fez pelo menos uma tentativa para deixar de fumar ⁽⁴⁴⁾.

- Em Portugal, em 2008, cerca de 54% fumadores já tentaram deixar de fumar, 5% conseguiram ⁽⁴⁶⁾; em 2009, 17% fumadores fez tentativa para parar de fumar ⁽⁴⁴⁾; em 2012, 45% tentaram deixar de fumar e 15% conseguiu ⁽³⁵⁾.
- Intervenções breves dirigidas a fumadores internados no hospital, realizadas por enfermeiras gestoras de caso, revelaram que foi conseguido um ano de abstinência em cerca de 24% dos clientes alvo de intervenção ⁽¹³⁴⁾.
- Encontram-se no estágio de preparação para a ação cerca de 10 a 20% dos fumadores ⁽¹³⁾.

O sucesso da intervenção e a meta a definir são influenciados por diversos fatores preditores de êxito na cessação tabágica, como o género, a educação, o nível de dependência, o número de tentativas anteriores, história de depressão, familiares fumadores, idade e sentimento de confiança e autoeficácia ^(13, 80, 81). Com base nos dados revelados pelos estudos e na presença diversa de fatores acima referidos, redefinimos a meta para 2012: Que os enfermeiros consigam capacitar pelo menos 25% dos clientes fumadores internados, alvo de aconselhamento motivacional, para uma mudança a nível comportamental, observável através da produção verbal da pessoa.

Se em 2011, esperava-se identificar as intervenções de enfermagem relacionadas com o processo de aconselhamento motivacional inexistentes no suporte documental parametrizado do serviço e realizar proposta de acréscimo dessas intervenções de enfermagem no suporte documental parametrizado; para 2012, definiu-se como meta o seu real acréscimo e a elaboração de uma Norma de Procedimento setorial “Intervenção de enfermagem na cessação tabágica em contexto de internamento”.

3.4. EXECUÇÃO E AVALIAÇÃO

A etapa da execução do projeto “*Deixar de Fumar*” decorre desde 2009 até 2012²³, colocando em prática tudo o que foi planeado. A sua implementação constitui-se como um modelo de boa prática, na medida em que a cessação tabágica representa a única via para uma diminuição da mortalidade e da morbilidade associadas ao tabagismo. Todos os fumadores, em particular os doentes internados em contexto hospitalar, passaram a ser alvo de aconselhamento com efetividade

²³ Ano de 2010 diz respeito apenas 1º semestre, por ausência da enfermeira dinamizadora do projeto no SPUFO

comprovada, realizadas por Enfermeiras especialistas em saúde mental, como descrito de seguida (12, 13, 14, 15, 16, 17).

A avaliação de um projeto é permanente, ocorrendo ao longo da execução do mesmo, e fornece os elementos necessários para intervir com o intuito de melhorar a coerência (relação entre o projeto e o problema), a eficiência (gestão dos recursos e meios atendendo aos objetivos) e a eficácia (relação entre a ação e os resultados) (24, 25). Foram realizados quatro momentos anuais de avaliação final, que implicaram a verificação da consecução dos objetivos definidos inicialmente, da sua pertinência e das causas da ausência de consecução, com o intuito de delinear possíveis estratégias que promovessem a sua concretização, cujos resultados apresentamos mais à frente.

3.4.1. INTERVENÇÃO DE ENFERMAGEM NA CESSAÇÃO TABÁGICA, NO SERVIÇO DE MEDICINA DO HOSPITAL DA ZONA SUL

O aconselhamento é uma vertente fundamental no processo de apoio à cessação tabágica, podendo, nalguns casos, ser suficiente para ajudar a parar, sem necessidade de prescrição farmacológica. Este aconselhamento pode ser efetuado no âmbito de uma intervenção breve oportunista, por todos os profissionais de saúde, e num contexto de apoio intensivo, por especialistas (12).

A aplicação sistematizada da intervenção breve é uma boa prática a universalizar, mas só poderá ser aplicada se todos os profissionais conhecerem o seu conteúdo e reconhecerem a sua utilidade (37). Embora a NOC tenha sido apresentada à equipa de enfermagem do serviço referido, a sua aplicação junto das pessoas fumadoras internadas, nomeadamente o aconselhamento motivacional, é da responsabilidade e competência do Enfermeiro Especialista em Saúde Mental.

A Intervenção de Enfermagem do EEESM assenta no estabelecimento de uma relação terapêutica e na utilização de técnicas de comunicação associadas à entrevista motivacional, que consistem em ações de aconselhamento, através de uma abordagem humanista, cognitiva e comportamental reeducativa (84, 102, 111, 108, 117, 122, 118, 119, 120, 121).

O EEESM assume-se como gestor de cuidados promotores da cessação tabágica junto da pessoa fumadora internada, que deseja ou não parar de fumar, colocando-se como parceiro desta, colaborando no sentido da pessoa encontrar a melhor maneira de se ajudar a si própria a deixar de fumar ^(13, 123, 124, 125, 126).

Para ajudar o fumador a parar de fumar é fundamental, por um lado, compreender a pessoa fumadora, em particular os fatores que conduziram à iniciação e manutenção do consumo, o tipo de consumo, o grau de dependência, os fatores que a levaram a querer parar e ser capaz de adequar o aconselhamento ao estágio de mudança em que o fumador se encontra, no sentido de o motivar a progredir, de o ajudar a resolver a ambivalência, de o apoiar no processo de decisão, de o felicitar pelo sucesso alcançado e de o ajudar a não recair ⁽¹²⁾.

O processo de aconselhamento, à semelhança do processo de enfermagem e das fases da relação interpessoal identificadas por *H. Peplau* ⁽¹³²⁾, inclui várias etapas: a Descoberta inicial (colheita de dados, avaliação do fumador e estabelecimento do contrato terapêutico), a Exploração em profundidade (análise do pedido, definição do diagnóstico de enfermagem e seleção da estratégia a utilizar no aconselhamento motivacional), a Preparação para a ação (implementação de um aconselhamento breve e/ou intensivo através da estratégia adequada ao estágio de mudança do fumador) e o Terminar, quando se alcança o pretendido.

Os estudos consideram que um aconselhamento deve ocorrer durante o internamento e até, pelo menos um mês depois, efetuado com telefonemas proativos, acompanhado de farmacoterapia, sempre que estiver indicada, para evitar sintomas de abstinência. Também é primordial favorecer o desenvolvimento de técnicas de *coping* que ajudem a pessoa a lidar com os fatores stressores ^(14, 23).

Embora *Rigotti et al.* refiram não existir evidência científica de que a cessação tabágica possa ser eficaz quando se tem uma intervenção menos intensiva, sem suporte após a alta ⁽²³⁾, o estudo realizado por *Stevens* e colaboradores (1993) revelou que uma intervenção breve em cessação tabágica e um programa de prevenção de recaídas dirigido à população geral fumadora hospitalizada aumenta a taxa de abstinência de 12 meses em 9% a 14%. Contudo, as intervenções mais intensivas melhoram significativamente os resultados ⁽¹⁴⁰⁾.

O cliente fumador internado pode também pertencer concomitantemente a outros grupos específicos, nomeadamente ser idoso, apresentar Doença Pulmonar Obstrutiva Crónica, doença psiquiátrica ou cancro, pelo que as intervenções devem ter em conta as necessidades únicas destas populações ^(13, 14, 60, 87, 96).

As **pessoas idosas fumadoras** têm uma história de tabagismo longa e cumulativa, uma forte dependência da nicotina, a presença mais frequente de sintomas ou doenças relacionadas com o tabaco, uma menor atividade física e o isolamento. Muitas desvalorizam o interesse de deixar de fumar na sua idade e não acreditam na possibilidade de o conseguir ⁽¹³⁾. A investigação revela que conseguem parar se forem alvo de intervenção ⁽¹⁴¹⁾.

Os **fumadores com DPOC** têm consumos mais elevados de tabaco e níveis mais elevados de monóxido de carbono no ar exalado, um padrão ventilatório diferente (inalam mais profunda e rapidamente que os outros fumadores) sujeitando o pulmão a uma maior exposição aos produtos tóxicos, mais alterações psiquiátricas (depressão), podendo utilizar o tabaco como automedicação para controlo da ansiedade e depressão ^(37, 142). A cessação tabágica é uma das melhores formas de melhorar o seu prognóstico e a sua sobrevivência, independentemente do estágio de gravidade da doença ^(37, 136, 142, 143). É recomendado avaliar a função pulmonar regularmente (medição de monóxido de carbono expirado e espirometria), para controlar a evolução da doença e utilizar os resultados para aumentar a motivação ⁽⁸⁹⁾.

Os **fumadores com doença psiquiátrica** necessitam de um aconselhamento que se adapte às suas características, pois a cessação tabágica tem sido associada à exacerbação de doenças psiquiátricas subjacentes, como a depressão ^(13, 60). É aconselhado a utilização de escalas para despistar a presença de ansiedade e depressão ^(144, 145) e são recomendadas terapêuticas farmacológicas com antidepressivos (bupropiona e nortriptilina) combinadas com substitutos de nicotina ⁽⁶⁰⁾. A intervenção nesta área mostrou baixos resultados, pelo que a integração de programas de cessação tabágica em serviços de saúde mental podem criar uma excelente oportunidade para os enfermeiros intervirem com maiores taxas de sucesso ⁽¹⁴⁶⁾.

Cerca de 50% de **clientes com cancro** manifestam interesse em deixar de fumar ^(147, 148), pelo que a cessação tabágica contribui para aumentar a taxa média de sobrevivência e diminuir o risco de se desenvolver outro tumor, melhorando o seu prognóstico ^(147, 148, 149). *Browning* e colaboradores (2009) ⁽¹⁴⁹⁾ apresentam o *Modelo de Auto-regulação da Doença*²⁴, como uma ferramenta para a intervenção de enfermagem, útil na compreensão do porquê dos fumadores com diagnóstico de cancro do pulmão continuarem a fumar, para assim otimizarem a promoção da cessação tabágica junto destes doentes ⁽¹⁴⁹⁾.

Embora o Enfermeiro atue preferencialmente perante utilizadores de tabaco, consideramos de igual relevância atuar futuramente perante os ex-utilizadores de tabaco, com intuito de prevenir a recaída.

3.4.1.1. AVALIAÇÃO DO FUMADOR

A avaliação do fumador tem lugar na fase da descoberta inicial, aquando da colheita de dados, e inclui recolher informações sobre vários aspetos, nomeadamente ^(13, 31):

1. Dados Gerais: Inclui profissão, situação profissional atual e nível de formação. Estudos revelam que pessoas pertencentes a um *status* socioeconómico baixo e desempregados apresentam uma taxa de prevalência do tabagismo elevado ^(6, 44). Existe maior probabilidade de êxito em fumadores com nível de instrução superior ^(13, 79).

2. Hábitos alimentares: Número de refeições, consumo de álcool e o número diário de cafés, índice de massa corporal e perímetro abdominal. O consumo excessivo de comida, álcool e substâncias aditivas são fatores preditivos de recaída ⁽¹⁵¹⁾. Uma alimentação saudável é fundamental para o sucesso da cessação tabágica ⁽¹³⁾.

²⁴ Self-Regulation Modelo of Illness – SRMI. Descrito inicialmente em 1970 por *Leventhal*, sugere que a pessoa procura compreender a sua doença e constrói uma representação desta - o que é a doença, o que significa, causas, consequências, duração (aguda, crónica) e possibilidade de cura/controlo - com base na sua experiência pessoal (sintomas físicos e emoções), influências sociais e interações com profissionais de saúde. A decisão de continuar a fumar é influenciada por essa representação ^(149, 150).

3. Ocupação dos tempos livres e hábitos de atividade física. O aumento da atividade física favorece a cessação tabágica (13, 14, 151).

4. Antecedentes pessoais: Comorbilidade relacionada com o fumo do tabaco, que deve ser usada para incentivar a cessação. Certas doenças podem ser indicadoras de dificuldade acrescida de deixar de fumar, como o alcoolismo, a toxicod dependência ou a depressão (13).

Nos fumadores é frequente a presença de sintomas de psicopatologia associada, como a ansiedade e a depressão (32, 146), pelo que é aconselhável a sua avaliação, podendo para o efeito ser utilizada a *Escala Hospitalar de Ansiedade e Depressão de Zigmund e Snaith* (HADS) (144, 145). Quando necessário, é de avaliar a existência de problemas ligados ao consumo de álcool com auxílio do teste AUDIT-C²⁵ (152).

5. Uso de Tabaco engloba informação sobre o início do consumo, o tipo de tabaco consumido, o número de cigarros/dia, a carga tabágica²⁶, as tentativas anteriores para deixar de fumar (métodos utilizados, data da última tentativa, tempo de abstinência, motivos de reinício e dificuldades sentidas).

6. Perfil do fumador pode ser caracterizado utilizando a pergunta: “*Porque acha que fuma?*” pois nem todos os fumadores fumam pelos mesmos motivos, que podem ser por: prazer, convívio social, combater o stresse, melhorar a concentração, levantar o moral, não engordar ou “*vício de mão*” (gesto automático).

7. Contatos com fumadores (em casa, no emprego ou amigos) são também importantes, na medida em que podem constituir um estímulo para que o fumador continue a fumar.

8. Capacidade de mudança. Para estimular a capacidade de mudança pode-se questionar o fumador: “*Como avalia a sua capacidade para parar de fumar?*” aplicando uma escala analógica (0 sem nenhuma capacidade a 10 total capacidade), seguindo da questão “*Porque não fez uma avaliação inferior?*”, explorando desta forma as razões de confiança que o fumador já possui.

²⁵ Alcohol Use Disorder Identification Test – Teste de Identificação Alcoolismo

²⁶ Carga tabágica é quantificada em unidades/maço/ano. UMA = número médio de cigarros fumados por dia x número de anos consumo/20.

9. Razões da resistência à mudança. A resistência consiste num padrão de comportamento observável: negação, argumentação, levantar objeções e mostrar relutância em manter uma conversa. Há várias razões que favorecem a resistência do fumador, que importa explorar e contornar.

Para gerar expressões verbais de mudança e diminuir a resistência, o enfermeiro pode perguntar “*O que seria necessário para ter uma maior confiança na sua capacidade de mudar?*” e, desta forma, procurar na perspetiva do fumador o que lhe falta para estar mais confiante. Podem ser usadas outras questões no sentido de provocar ou facilitar a expressão verbal de mudança: “*Há alguma coisa que o preocupe no consumo do tabaco?*” ou “*Notou algumas alterações na sua saúde que o preocupem?*”.

10. Grau de Dependência é especialmente importante nos fumadores que querem parar de fumar, já que influencia o tipo de intervenção ^(13, 37, 102). O ter de se levantar durante a noite para fumar é indício de dependência elevada e, no caso da mulher, deve perguntar-se se fumou na gravidez, pois a resposta afirmativa revela uma maior dependência. O teste mais utilizado é o de *Fagerström* ⁽¹⁵³⁾.

11. Motivação para Parar de Fumar resulta da conjugação de dois fatores: a importância atribuída à mudança de comportamento e a perceção da capacidade para mudar (autoconfiança ou autoeficácia) ^(13, 37). É necessário ter em consideração que a motivação e a dependência estão interligadas: os fumadores com dependência forte poderão revelar uma reduzida motivação, devido à baixa autoconfiança na capacidade para parar de fumar, enquanto os fumadores “ligeiros” poderão mostrar também baixa motivação para parar porque acreditam que o conseguirão fazer no futuro, se assim o desejarem ⁽²⁹⁾.

A avaliação da importância, da confiança e do grau de motivação para deixar de fumar podem ser efetuadas com o auxílio de uma Escala Analógica, de 0 a 10 ^(13, 102).

- “*Numa escala de 0 (nenhuma importância) a 10 (máxima importância), que importância tem para si deixar de fumar?*”
- “*No caso de estar decidido a parar de fumar, como quantifica, numa escala de 1 a 10, a sua confiança de que o vai conseguir?*”
- “*Qual é a sua intenção atual de parar de fumar, numa escala de 1 a 10?*”

Com a mesma finalidade, é possível aplicar um teste quantitativo, o *Teste de Richmond* (79).

12. Avaliação do Estádio de Mudança do fumador, de acordo com o Modelo Transteórico de Mudança (se deseja ou não deixar de fumar) ajuda o profissional a programar a sua intervenção (13).

3.4.1.2. ACONSELHAMENTO

O Aconselhamento realizado por profissionais de saúde é um tipo de intervenção comportamental recomendado na promoção da cessação tabágica junto de pessoas fumadoras, com eficácia comprovada (12, 13, 14, 16).

A intervenção de enfermagem em programas de cessação tabágica consiste no fornecimento de conselho, aconselhamento e estratégias que ajudem os fumadores a deixar de fumar. Pode ser breve (menos de 10 minutos) ou intensiva (contato inicial com duração maior do que 10 minutos, fornecimento de materiais de autoajuda e estratégias, seguido de outros contatos posteriores) (17).

A NOC prevê uma intervenção breve junto de utilizadores do tabaco que desejam (utiliza-se estratégia 5As) e não desejam fazer de imediato uma tentativa de abandono (utiliza-se a estratégia dos 5Rs) e os ex-utilizadores recentes de tabaco (prevenção da recaída). Uma intervenção intensiva é dirigida a quem quer deixar de fumar e implica um aconselhamento prático (resolução de problemas e treino de competências) e o suporte social. As intervenções intensivas têm mais sucesso do que as breves, pois existe uma forte relação dose-resposta entre o tempo de duração do aconselhamento face a face e o sucesso na cessação tabágica (12, 89).

Embora a NOC preveja uma intervenção de apoio intensivo dirigida a quem quer deixar de fumar, que requer uma abordagem programada ao longo de *4 ou mais sessões* (tendo a sessão mais longa uma duração superior a 10 minutos, para um tempo total de contato superior a 30 minutos), efetuadas em *consulta especificamente programada* para o efeito, por *profissionais habilitados e treinados, em horário e espaço físico adequados* (e não integrado no seu trabalho normal, dado que a evidência sugere não ser eficaz (1), acrescido eventualmente de 3 a 4 contatos telefónicos (12, 13, 14, 15, 29, 102), uma intervenção intensiva é descrita por *Rice e Stead* (2009) (17) como um contato inicial

com duração superior a 10 minutos, que inclui fornecimento de material de autoajuda e estratégias, seguido de outros contatos posteriores.

Deste modo, consideramos ser possível aplicar uma intervenção intensiva junto da unidade do cliente, efetuada por EEESM, sempre que este atinge o estágio de mudança preparação para a ação, respeitando um tempo total de contato superior a 30 minutos e assente num aconselhamento prático e suporte social, ambos especialmente eficazes ^(12, 13, 14). *Smith et al.* (2011) revelou que foi conseguido um ano de abstinência em cerca de 28% de fumadores alvo de intervenção intensiva em contexto hospitalar, realizada por enfermeiros gestores de caso ⁽¹³⁴⁾.

Desde 2012, os enfermeiros gestores de casos fazem referenciação para a consulta de cessação tabágica, dos fumadores que assim o desejam e tenham critérios para tal.

3.4.1.2.1. INTERVENÇÃO OPORTUNISTA OU BREVE

A Intervenção Oportunista ocorre quando se aproveitam todos os contatos do cliente com o profissional de saúde para abordar o problema do tabagismo e, no caso de clientes fumadores, para se realizar uma intervenção breve ^(12, 13, 14, 15, 29, 31, 61).

Este tipo de intervenção pode ser realizada por qualquer profissional de saúde e visa ajudar a pessoa fumadora a parar de fumar e assenta numa abordagem de curta duração, que contempla a avaliação do consumo de tabaco e da motivação do fumador para parar, bem como as estratégias que poderão ser adotadas para uma mudança de comportamento. Pode assumir a forma de um aconselhamento mínimo quando existe limitação de tempo (2-3 minutos) ou de um aconselhamento mais aprofundado, que não excede os dez minutos ^(12, 13, 14, 15, 29, 61).

O Enfermeiro deve mostrar empatia, utilizando perguntas abertas e uma atitude de escuta reflexiva, de modo a evitar situações de oposição e confronto direto, num processo interativo que crie condições para que o fumador tome consciência não só das suas ambivalências, mas também das suas capacidades e necessidades para empreender a mudança. Contribui para uma taxa de abstinência ao tabaco de 30% em comparação com nenhum tipo de intervenção ⁽¹²⁾.

As intervenções breves são de três tipos, conforme se dirigem a um de três grupos de pessoas, nomeadamente utilizadores de tabaco que desejam ou não fazer de imediato uma tentativa de abandono e ex-utilizadores recentes de tabaco ^(12, 13, 14, 61). Abordaremos os dois primeiros:

❖ **Utilizadores de tabaco que desejam fazer de imediato uma tentativa de abandono**

Os fumadores que desejam fazer de imediato uma tentativa de abandono do tabaco encontram-se na fase de *Preparação para a ação*, de acordo com o modelo transteórico. Neste caso, utiliza-se a **Estratégia dos 5As**, que prevê o cumprimento de cinco passos, correspondendo à mnemónica dos “5As”: Abordar, Aconselhar, Avaliar, Ajudar e Acompanhar. Se o tempo disponível for limitado, recomenda-se a Estratégia dos 2As (dois primeiros A da intervenção breve) ⁽¹²⁾.

1. **Abordar** e identificar sistematicamente todos os fumadores, registando a informação no processo clínico (se fuma, já fumou, se deixou de fumar há mais ou menos um ano e quantos cigarros fuma por dia).
2. **Aconselhar** todos os fumadores a parar de modo claro (“*É importante parar de fumar e eu posso ajudá-lo*”), firme (“*Deixar de fumar é a decisão mais importante que pode tomar pela sua saúde*”) e personalizado (informar sobre os *riscos* que aquele fumador naquela circunstância corre se continuar a fumar e os *benefícios* pessoais em parar).
3. **Avaliar** a motivação, isto é, se manifesta interesse em parar no mês ou nos seis meses seguintes.
4. **Ajudar** através do fornecimento de informação prática com algumas estratégias para ultrapassar problemas, como por exemplo: comunicar à família e amigos pedindo compreensão e apoio, prever as dificuldades, discutir sintomas de privação, remover produtos de tabaco antes de parar, afastar objetos ligados ao tabaco, contornar a habituação gestual e oral, limitar consumo de estimulantes, evitar outros fumadores na fase inicial. Dar um folheto informativo de autoajuda. Para aqueles que estão preparados para abandonar o tabaco é aconselhável marcar uma data para deixar de fumar (dia D).
5. **Acompanhar** após o Dia D, em função das necessidades.

Podem-se utilizar questões que provocam “falas de mudança” e encorajam a pessoa a tomar a decisão de mudar, tais como “*Que planos já fez para deixar de fumar? Diga-me que tipo de apoios*

gostaria de ter quando deixar de fumar?” e também se pode estimular a elaboração de afirmações de automotivação com a ajuda das seguintes perguntas: “Acha que o que dissemos pode ser-lhe útil no futuro? O que falta fazer para deixar de fumar?”⁽¹³⁾.

❖ Utilizadores de tabaco que não desejam fazer para já uma tentativa de abandono

Segundo o Modelo Transteórico, os utilizadores que não desejam fazer para já uma tentativa de abandono do tabaco encontram-se ou na fase de *Pré-contemplação* ou na de *Contemplação*.

A motivação deve ser entendida como a capacidade de uma pessoa se envolver e aderir a uma estratégia específica de mudança, que pode flutuar ao longo do tempo, podendo ser influenciada a mudar em determinada direção^(83, 102). A motivação necessária para começar a questionar um comportamento é diferente da requerida para alcançar a mudança e também é diferente da motivação exigida para manter uma mudança alcançada^(102, 111), por isso deve ser utilizada uma intervenção breve para promover a motivação de parar de fumar.

Estes fumadores poderão ser sensíveis a uma intervenção motivacional breve, baseada nos princípios da Entrevista Motivacional, através da **Estratégia dos 5Rs**, que tem eficácia comprovada no aumento de tentativas de cessação futuras^(12, 37). Esta engloba 5 passos: Relevância, Riscos, Recompensas, Resistências e Repetição. Se o tempo disponível for limitado, recomenda-se a Estratégia dos 2Rs (dois primeiros R da intervenção breve).

1. **Relevância:** Encorajar o fumador a descrever em que medida o abandono do tabaco pode ser benéfico para o próprio e para a sua família. Pode ser útil listar os benefícios para si e para terceiros.
2. **Riscos:** Pedir ao fumador que identifique as potenciais consequências negativas do uso do tabaco, dando maior ênfase aos riscos que parecem ser mais relevantes a curto e longo prazo. Pode ser útil listar os riscos para si e para terceiros.
3. **Recompensas:** Pedir ao fumador que identifique os potenciais benefícios de parar de fumar, reforçando os mais importantes, em particular para a sua saúde.

4. **Resistências:** Solicitar ao fumador que identifique as barreiras ou obstáculos que possam comprometer a decisão de parar ou o seu sucesso (medo de falhar, receio dos sintomas de privação).
5. **Repetição:** A intervenção deve ser repetida sempre que o fumador não motivado se apresente ao profissional de saúde, devendo estar atento aos momentos de maior sensibilidade à mudança, tais como o diagnóstico de patologia grave ou diagnóstico de gravidez.

3.4.1.2.2. INTERVENÇÃO INTENSIVA

Este tipo de intervenção possibilita um maior tempo de interação entre o profissional de saúde e o cliente, o que permite aumentar a taxa de sucesso da cessação tabágica (20% a 40%) (29, 12, 13, 14, 15, 102). Inclui *Apoio Comportamental* e eventual *Farmacoterapia*, assentes numa compreensão global da pessoa que fuma, do seu contexto pessoal, familiar e profissional, bem como das motivações e barreiras sentidas no processo de mudança.

O apoio comportamental consiste em discutir, encorajar e promover atividades que maximizem a motivação para manter a abstinência, minimizem a motivação para fumar, desenvolvam a capacidade de autorregulação promovendo comportamentos alternativos e aumentem a adesão à medicação (37). Pode ser usado aconselhamento individual ou de grupo, e telefónico. O uso de material de autoajuda adjuvante é opcional. Existem três tipos de aconselhamento e terapias comportamentais especialmente eficazes e que devem ser utilizadas na cessação tabágica e que se apresentam de seguida (12, 13, 29).

❖ **Aconselhamento Prático de Resolução de Problemas**

Reconhecer as situações de risco: Afetos negativos e stresse, estar rodeado de outros fumadores, beber álcool, reconhecer as urgências em fumar, possibilidades de obter tabaco.

Desenvolver estratégias de coping: Aprender a antecipar e evitar situações tentadoras, aprender estratégias cognitivas para diminuir o humor negativo, realizar mudanças no estilo de

vida para diminuir a exposição ao tabaco, aprender atividades cognitivas e comportamentais para lidar com a urgência de fumar (distrair a atenção, modificar rotinas).

Fornecer informação básica sobre tabagismo e como deixar de fumar com sucesso: “*Uma só passa*” pode facilitar a recaída, sintomas de privação geralmente têm o seu pico na primeira e segundas semanas mas podem durar meses, natureza aditiva do tabaco.

❖ **Suporte Social Intra-tratamento**

Encorajar a pessoa no processo de cessação: Lembrar que existem tratamentos eficazes para tratar a dependência do tabaco, que metade das pessoas que fumavam conseguiram parar, comunicar confiança na capacidade de o fumador ter sucesso.

Transmitir cuidado e atenção: Perguntar à pessoa como se sente relativamente à cessação tabágica, exprimir preocupação e vontade em ajudar sempre que necessário, perguntar sobre os medos e ambivalências relativos à cessação.

Encorajar a pessoa a falar sobre a sua tentativa de cessação: Perguntar sobre razões por que quer parar de fumar, preocupações ou medos em parar, êxitos que tenha tido, dificuldades durante o processo de cessação.

❖ **Suporte Social Extra-tratamento**, através do treino de capacidades.

Treinar a pessoa para pedir apoio: Ajudar a pessoa a ter uma casa livre de fumo; praticar formas de apoio na família, amigos e colegas; mostrar vídeos que auxiliem o suporte.

Incentivar a solicitação de apoio: Auxiliar a pessoa a identificar as pessoas que o poderão ajudar; telefonar para incentivar este tipo de apoio; informar sobre recursos na comunidade (linhas de aconselhamento telefónico).

Promover o apoio externo: Convidar outros para sessões de cessação; nomear clientes para que sejam “companheiros” uns dos outros; enviar cartas, telefonar para pessoas suscetíveis de ajudar.

3.4.1.3. REGISTOS DE ENFERMAGEM

Os registos de enfermagem são feitos na aplicação informática SAPE, construída com base na CIPE (versão beta 2) ⁽¹⁶¹⁾.

A identificação dos hábitos tabágicos é efetuada durante a Admissão e registada na Avaliação Inicial. Consideramos que está incompleta, pois apenas prevê o registo do número de cigarros fumados por dia. Sendo assim, a solução encontrada foi registar os restantes dados em notas associadas às intervenções referidas de seguida.

São levantados como **focos de intervenção de enfermagem** o *Uso do Tabaco* (dependência presente) e o *Conhecimento insuficiente sobre malefícios do tabaco*, e as seguintes **ações**: Promover o autocontrolo: comportamento abusivo, Ensinar sobre desvantagens do uso do tabaco e Validar conhecimento.

Consideramos que todas as ações respeitantes ao aconselhamento motivacional, relacionadas com as estratégias dos 5As e 5Rs, nomeadamente identificar a etapa de mudança, monitorizar o grau de dependência à nicotina, providenciar material de autoajuda, encorajar a comunicação dos motivos para deixar de fumar, entre outras, se identificam com a ação Promover o autocontrolo: comportamento abusivo, pelo que são registadas nas especificações e notas associadas.

Aquando da classificação dos doentes, sinaliza-se Apoio emocional especial relacionado com a intervenção *Promover o autocontrolo: comportamento abusivo* e Ensino programado associado a *Ensinar sobre desvantagens do uso do tabaco* e *Validar conhecimento*.

3.4.2. APRESENTAÇÃO DOS RESULTADOS

Os planos de ação referentes aos cinco objetivos específicos definidos para 2009/2010 foram cumpridos na sua generalidade, exceto no que respeita ao objetivo 5 (dar visibilidade ao papel enfermagem), por questões associadas a indisponibilidade temporal por parte do dinamizador do projeto. No entanto, só foram atingidas 60% das metas (ver Figura 3).

Uma das estratégias para reduzir o número de mortes associadas ao tabaco é o envolvimento de profissionais de saúde no aconselhamento sobre cessação tabágica ^(16, 137), pelo que a equipa de enfermagem do SPUFO foi sensibilizada para a importância de um papel ativo na cessação tabágica junto dos clientes fumadores internados, através de sessões de formação sobre a matéria, em 2009 e 2010. Contudo, a cessação tabágica ainda não é considerada uma prioridade por todos e existem algumas barreiras para o seu envolvimento ^(16, 135), na medida em que a equipa possui baixas expectativas relativamente ao fato do fumador conseguir deixar de fumar e a formação disponibilizada não produziu competências interventivas.

A identificação dos hábitos tabágicos pela equipa de enfermagem, na admissão do cliente, é cumprida, como preconizado pelas diversas *guidelines* sobre tratamento do uso e dependência do tabaco, nomeadamente a norma portuguesa ^(12, 13, 14, 15, 16, 17, 23, 82, 83).

O plano de intervenção de enfermagem foi implementado pelo enfermeiro especialista em saúde mental (responsável pelo projeto) e registado no processo de enfermagem de cada cliente alvo de aconselhamento, no entanto, como não foi elaborado um instrumento de monitorização, desconhecem-se os resultados das intervenções decorridas em 2009/2010.

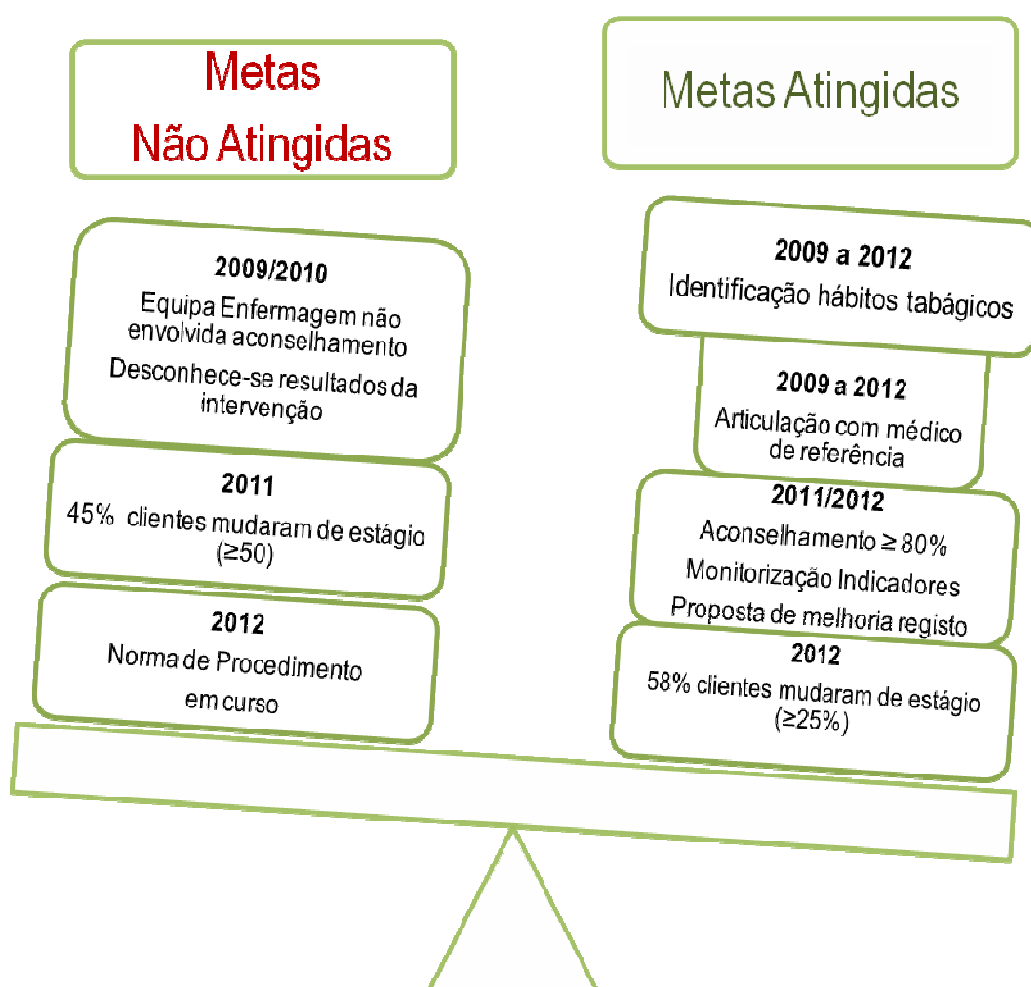
Foi iniciado, em 2009, a elaboração de um Guia Orientador de Intervenções de Enfermagem na Promoção da Cessação Tabágica, baseado nas diretrizes da NOC, que foi finalizado em 2010, com o intuito de facilitar a aplicação de uma intervenção com eficácia comprovada ^(12, 13, 14, 15, 16, 17, 23, 82, 83, 89).

Apesar da equipa médica valorizar a importância da cessação tabágica, desvaloriza o papel da farmacoterapia, pelo que se definiu como estratégia criar uma articulação médica preferencial com o responsável pela consulta de cessação tabágica, com resultado positivo. O fornecimento da

medicação nem sempre ocorreu em tempo útil, pois estava dependente de pedido extra formulário e de autorização de compra por parte do Conselho de Administração. O aumento da prescrição de farmacoterapia influenciou a introdução dos adesivos e pastilhas de nicotina no formulário da farmácia em 2012, pelo que a sua despesa imediata permitiu aliviar a sintomatologia de abstinência atempadamente.

Em 2011, os planos de ação foram cumpridos e produziram indicadores dos resultados das intervenções de enfermagem a partir do mês de junho. Dos quatro objetivos traçados, atingimos a totalidade das metas. Em 2012, todas as metas foram alcançadas, há exceção do objetivo 5, cuja atividade foi iniciada mas ainda não foi finalizada (ver Figura 2).

Figura 3: Resultado das Metas do PIS “Deixar de Fumar”, 2009 a 2012



Passaremos a apresentar os resultados dos indicadores obtidos em 2011/2012.

Indicador 1: Clientes fumadores internados

O número total de Clientes fumadores internados foi 125 (103 homens e 22 mulheres), com maior prevalência no sexo masculino (13, 29, 45).

- ❖ De Junho a Dezembro de **2011**, identificaram-se 52 fumadores. Destes, 81% eram homens (42) e 19% mulheres (10).
- ❖ Em **2012** foram internadas 780 pessoas (149) e foram identificados 73 fumadores (menos 9 pessoas, se comparamos com o mesmo período de 2011), 61 homens (84%) e 12 mulheres (16%), com uma prevalência de tabagismo de 9%, muito abaixo da média nacional de 23%.

Indicador 2: Clientes fumadores internados alvo de Aconselhamento Motivacional

O número total de Clientes fumadores internados alvo de Aconselhamento Motivacional foi 116 (95 homens e 21 mulheres), o que corresponde a 93% da população alvo: 89% (46 clientes) em **2011** e 96% (70 clientes) da população em **2012** (ver Gráfico 1). A meta de intervir junto de 80% dos clientes foi atingida.



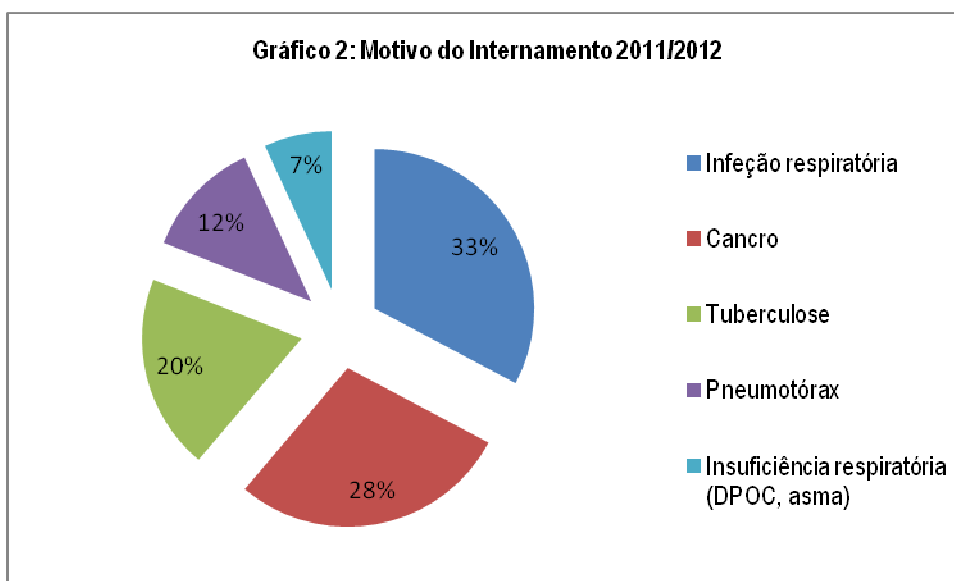
Em **2011**, foram alvo de aconselhamento 46 clientes, 37 são homens e 9 são mulheres, com idades compreendidas entre os 18 e os 70 anos. Não foi possível intervir junto de seis pessoas, devido a

alteração do estado de consciência e óbito. Em **2012**, os clientes correspondem a 58 homens e 12 mulheres, com idades compreendidas entre 20 e 86 anos, prevalecendo igualmente as idades acima dos 55 anos (ver Quadro 5).

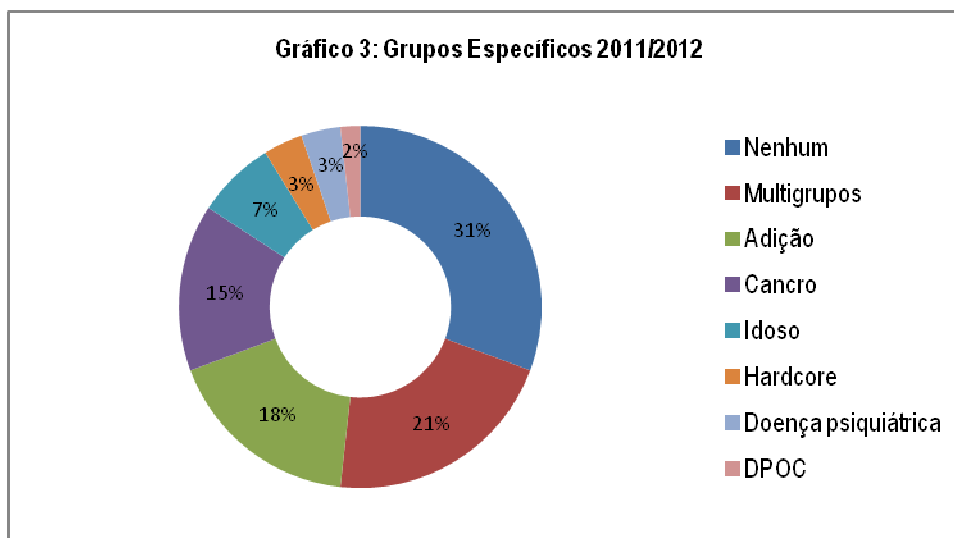
Faixa Etária	2011	2012
15-24 anos	1	6
25-39 anos	13	19
40-54 anos	12	19
Mais de 55 anos	20	26

Quadro 5: Faixa etária dos clientes fumadores internados 2011/2012

O motivo do internamento deveu-se a 53% de doenças transmissíveis como as infeções respiratórias (33%) e a tuberculose (20%), e a 48% de doenças não transmissíveis, tais como as doenças oncológicas (28%), o pneumotórax (12%) e a DPOC (7%) (ver Gráfico 2).

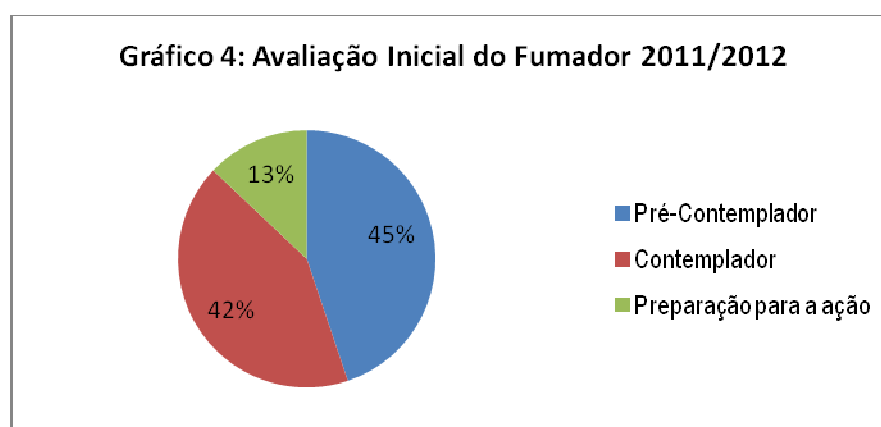


Para além de serem pessoas fumadoras internadas por contexto de doença, 70% pertenciam a grupos específicos, sendo que 21% estavam inseridas em múltiplos grupos (ver Gráfico 3).



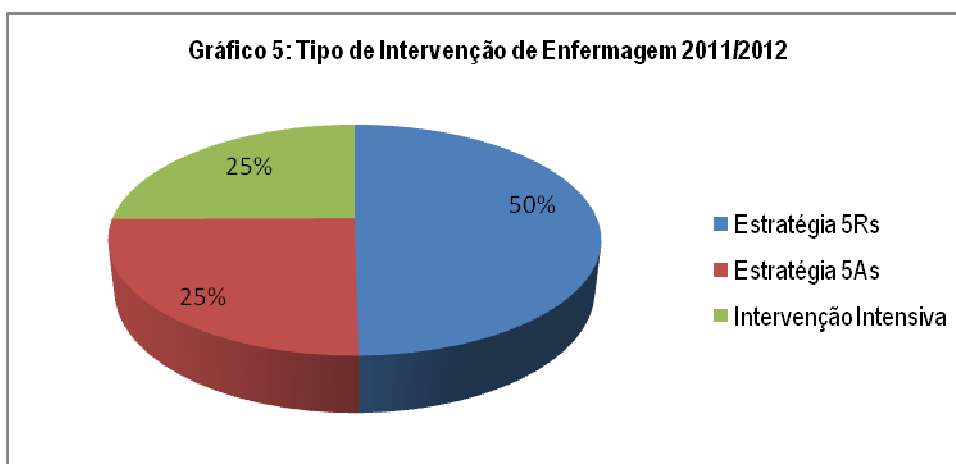
Indicador 3: Clientes fumadores internados alvo de Aconselhamento Motivacional que mudaram de estágio

Aquando da avaliação inicial do fumador, identificaram-se em 2011/2012: 52 pré-contempladores, 49 contempladores e 15 clientes na fase de preparação para a ação (segundo o estágio de mudança do Modelo Transteórico de *Prochaska e DiClemente*), ou seja, 101 dos clientes não desejavam deixar de fumar no imediato e apresentavam potencial para mudar (87%) (ver Gráfico 4).

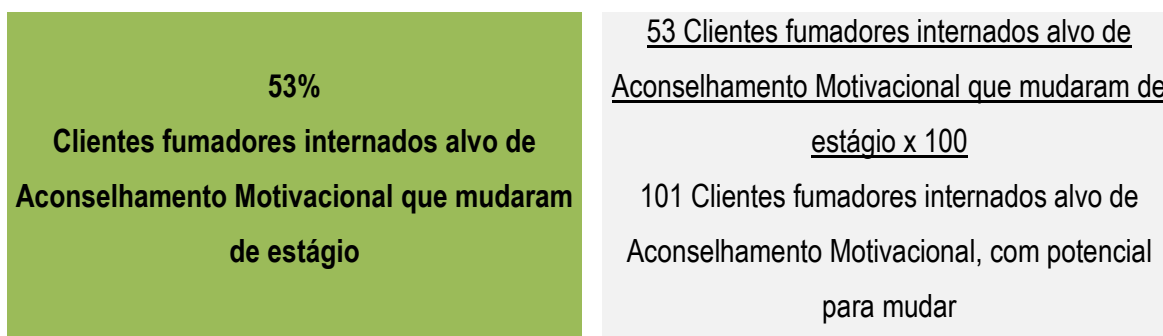


Em 2011/ 2012, foram realizadas 182 intervenções breves e 61 intervenções intensivas (ver Gráfico 5):

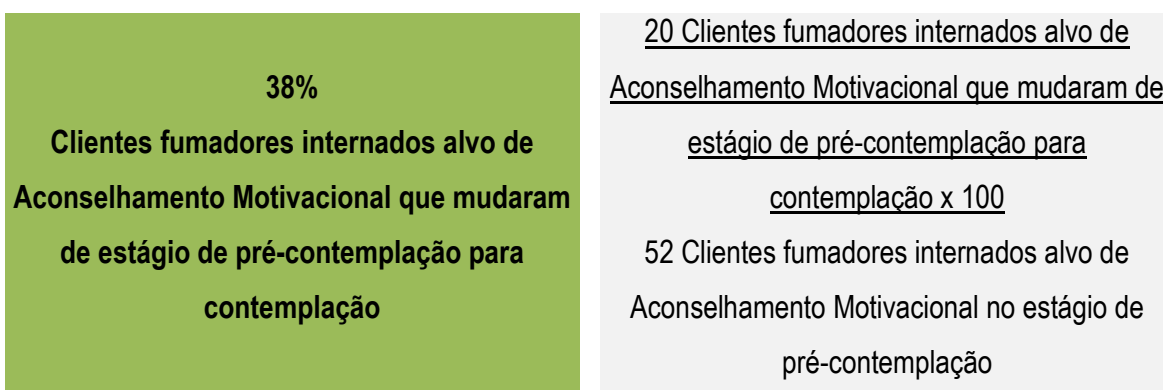
- ❖ Cerca de 121 Estratégias 5Rs dirigidas a 52 pré-contempladores e 69 contempladores, compostas por um a três momentos, com a duração média mínima de 10 minutos cada, incluindo o fornecimento de material de autoajuda.
- ❖ Cerca de 61 Estratégias 5As dirigidas a 61 clientes no estágio de preparação para a ação, que foram posteriormente alvo de 61 Intervenções Intensivas Individuais, com a duração média de 30 minutos, com o intuito de treinar a resolução de problemas/competências e fornecer suporte social.



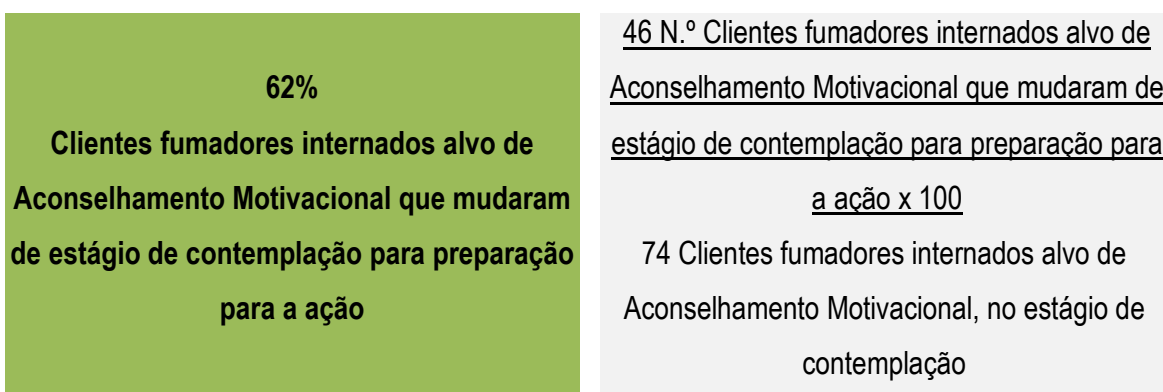
A intervenção de enfermagem contribuiu para a mudança de 53 dos 101 clientes fumadores internados com potencial para mudar (53%).



Cerca de 38% dos pré-contempladores ficaram ambivalentes.



Cerca de 62% dos ambivalentes atingiram o estágio de preparação para a ação.

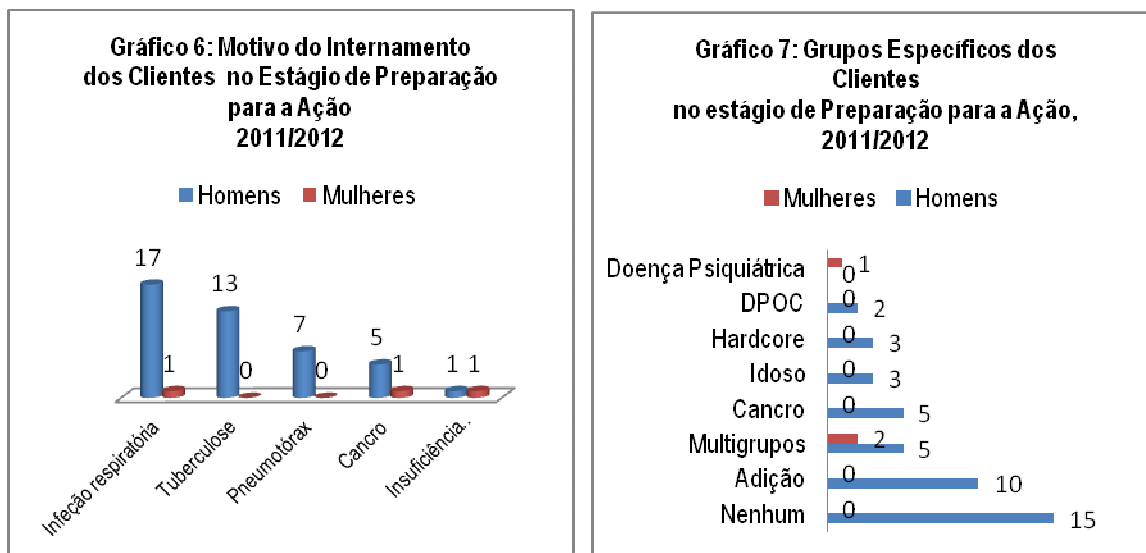


Das 116 pessoas, 46 (46%) manifestaram desejo em deixar de fumar, 43 homens e 3 mulheres, pertencentes às faixas etárias representadas no Quadro 6:

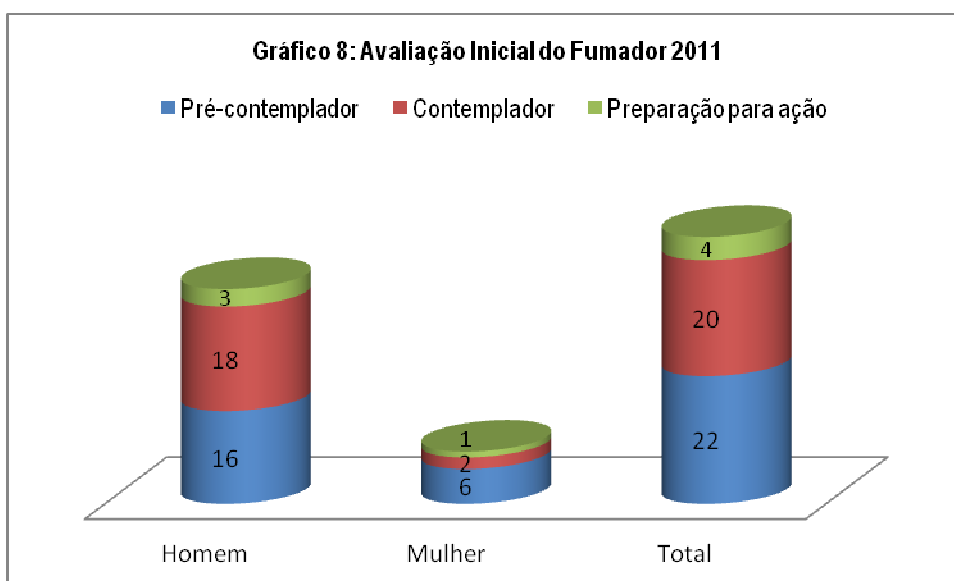
Faixa Etária	Homens	Mulheres
15-24 anos	4	0
25-39 anos	16	0
40-54 anos	5	2
Mais de 55 anos	18	1

Quadro 6: Faixa etária dos clientes fumadores internados no Estágio de Preparação para a Ação, 2011/2012

Foram internados pelas doenças já referidas anteriormente (ver Gráfico 6) e pertenciam na sua maioria a grupos específicos (72%) (ver Gráfico 7).

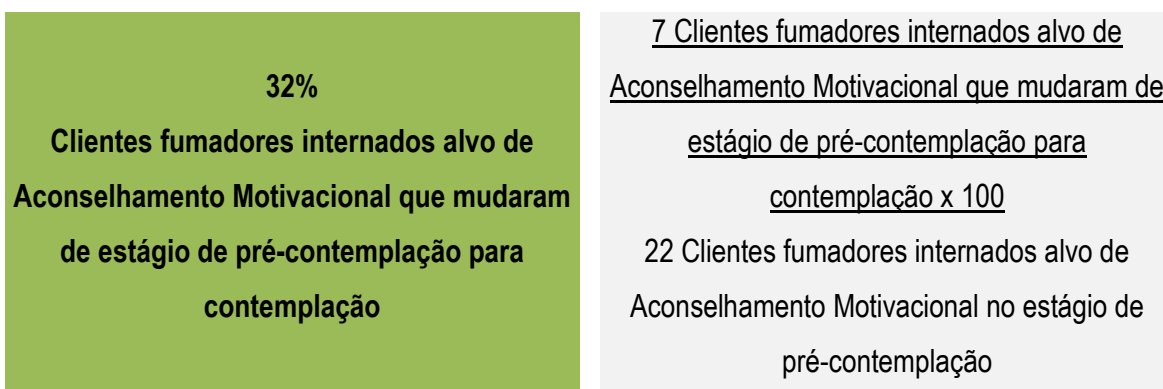


Relativamente a **2011**, aquando da avaliação inicial do estágio de mudança (segundo o Modelo Transteórico de *Prochaska e DiClemente*), 48% dos clientes encontravam-se em fase de pré-contemplação (16 homens e 6 mulheres), 43% na fase de contemplação (18 homens e 2 mulheres) e 9% na fase de preparação para a ação (3 homens e 1 mulher) (ver Gráfico 8).

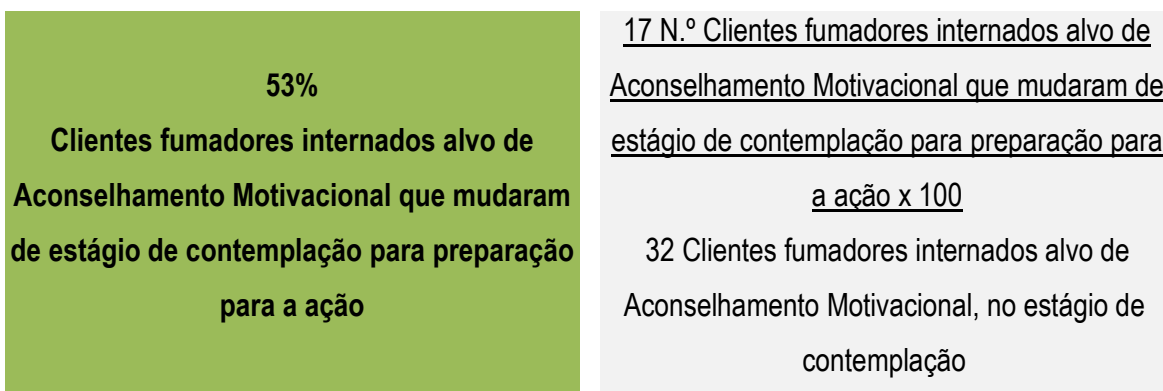


A mudança comportamental ocorreu do estágio de pré-contemplador para contemplador e de contemplador para preparação para a ação, tendo ocorrido as duas mudanças na mesma pessoa em alguns dos clientes alvo de intervenção de enfermagem.

Após a intervenção de enfermagem, 32% dos clientes ficaram ambivalentes.



Após aconselhamento, 53% dos clientes manifestaram desejo em deixar de fumar.



O objetivo final será que todos os clientes atinjam o estágio de preparação para a ação no internamento, através de um aconselhamento motivacional assente nas estratégias dos 5Rs/5As, para assim concretizarem essa ação após a alta, com recurso a uma intervenção intensiva. Neste período, 40% das pessoas manifestaram desejo em deixar de fumar (ver Figura 4).

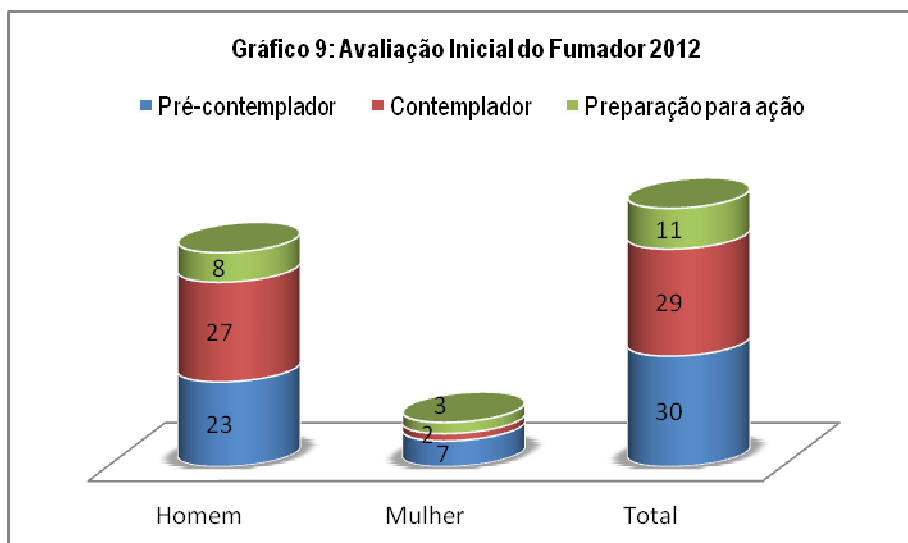
Figura 4: Mudança de Estágio 2011



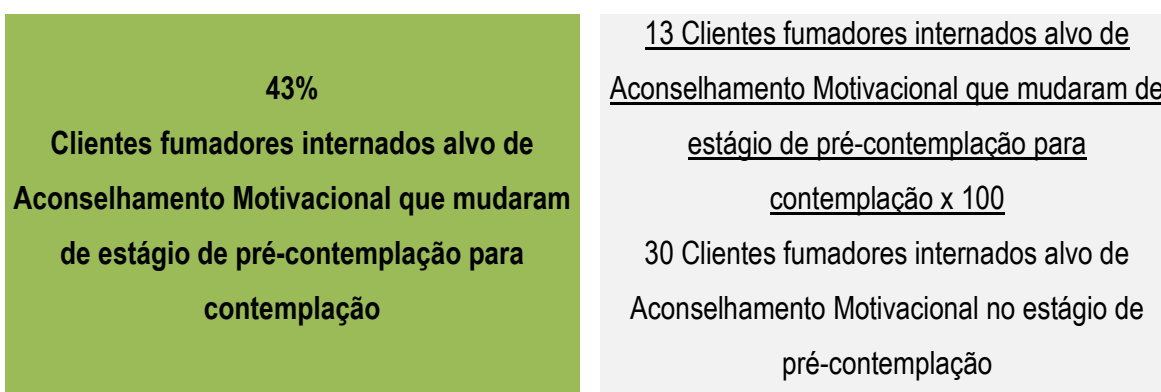
Em 2011 conseguimos capacitar 45% (menos que 50%, como estava definido) dos clientes fumadores internados com potencial para mudar, alvo de aconselhamento motivacional, para uma mudança a nível comportamental, observável através da produção verbal da pessoa, o que correspondeu a 19 pessoas (16 homens e 3 mulheres).

<p>45%</p> <p>Clientes fumadores internados alvo de Aconselhamento Motivacional que mudaram de estágio</p>	<p><u>19 Clientes fumadores internados alvo de Aconselhamento Motivacional que mudaram de estágio x 100</u></p> <p>42 Clientes fumadores internados alvo de Aconselhamento Motivacional, com potencial para mudar</p>
--	---

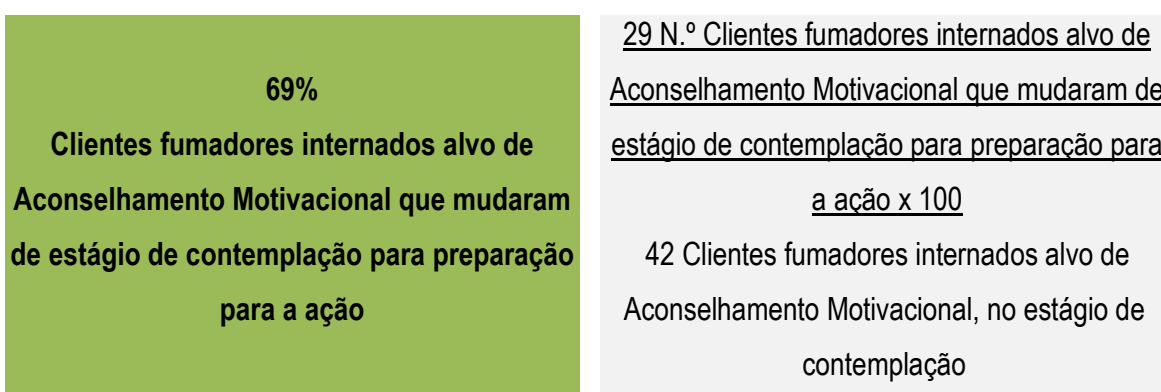
Em **2012**, a avaliação inicial do fumador e do seu estágio de mudança determinou a existência de 30 pessoas (23 homens e 7 mulheres) que não manifestavam desejo de deixar de fumar (43%), 29 ambivalentes (27 homens e 2 mulheres (41%) e 11 no estágio de preparação para a ação (8 homens e 3 mulheres) (16%) (ver Gráfico 9).



Após a intervenção de enfermagem, treze pré-contempladores ficaram ambivalentes.

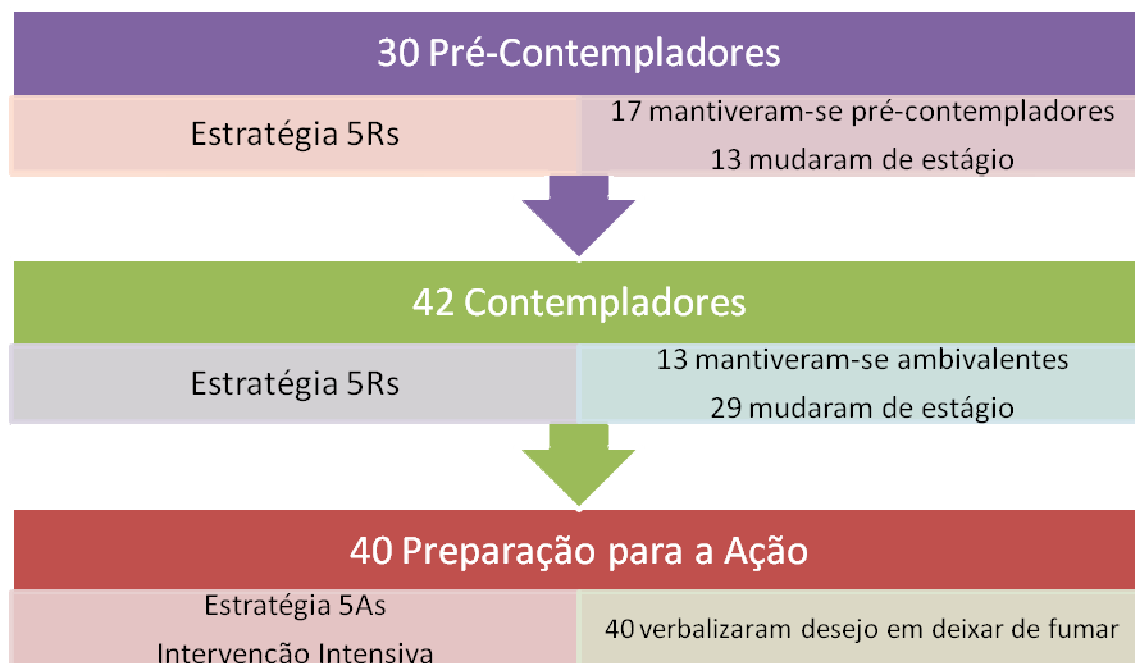


Dos 42 fumadores ambivalentes quanto a deixar ou não de fumar 29 mudaram para o estágio preparação para a ação (11 homens e 2 mulheres), o que significa que decidiram deixar de fumar e traçaram um plano estratégico para o conseguir.

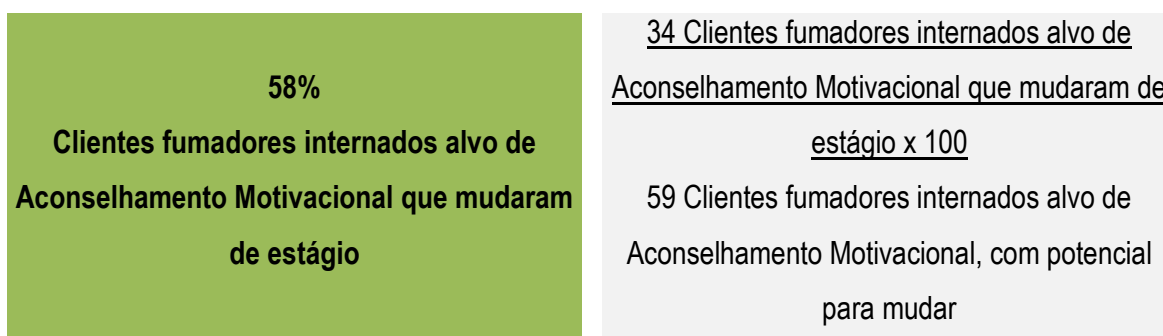


Onze pessoas (15%) já se encontravam decididas a deixar de fumar, aquando da avaliação, motivadas pelo internamento, no entanto foram alvo de intervenção breve e intensiva individual (ver Figura 5).

Figura 5: Mudança de Estágio 2012



A intervenção desenvolvida pela enfermeira especialista em saúde mental motivou a mudança de estágio a 58% da população alvo, o que corresponde a 34 pessoas (31 homens e 3 mulheres). Destas 34 pessoas, 29 (49% da população alvo) manifestaram desejo em deixar de fumar e traçaram um plano estratégico para o conseguir. A meta foi amplamente atingida, apesar dos fatores preditores de insucesso já referidos, e a saída de uma enfermeira do projeto.



Indicador 4

Em 2011, foram identificadas as intervenções de enfermagem relacionadas com o processo de aconselhamento motivacional inexistentes no suporte documental parametrizado do serviço e foi feita proposta de acréscimo dessas intervenções de enfermagem no suporte documental parametrizado, com o intuito de otimizar os registos de enfermagem. Ficamos a aguardar resposta.

Indicador 5

Em 2012, como o acréscimo das intervenções de enfermagem relacionadas com a promoção da cessação tabágica, no suporte documental parametrizado do serviço, requer parecer e autorização pela entidade responsável pelo sistema SAPE, a proposta realizada em 2011 foi revista (simplificada), com vista a contribuir para a criação da Norma de Procedimento setorial “Intervenção de enfermagem na cessação tabágica em contexto de internamento” (ainda em construção), e assim abrir caminho para a melhoria do suporte de registos de enfermagem. Enquanto não ocorrem as alterações propostas, adotaram-se as intervenções associadas aos focos de enfermagem “Uso do Tabaco” e “Conhecimento”: Promover o autocontrolo comportamento abusivo, Ensinar sobre desvantagens do uso do tabaco e Validar conhecimentos e fizeram-se notas associadas.

Em suma, apesar do esforço inicial em envolver a equipa de enfermagem neste tipo de intervenção, devemos reconhecer que esta não possui as devidas competências para intervir de forma efetiva a nível do aconselhamento motivacional, no entanto, está sensibilizada para a problemática que envolve o tabagismo e identifica os hábitos tabágicos de cada cliente internado desde 2009, que é o primeiro passo para que se possa dar início ao processo de aconselhamento, realizado pelo EEESM desde 2011.

Este atua como gestor de caso promotor da cessação tabágica, através da realização de uma entrevista motivacional assente no estabelecimento de uma relação terapêutica. Teve a colaboração de outra enfermeira, entre 2º semestre de 2011 e 1º semestre de 2012, o que foi uma mais valia para a continuação do projeto.

Foram construídos os primeiros indicadores dos resultados das intervenções de enfermagem, que revelaram o efeito de um aconselhamento na mudança de comportamento, manifestado através da expressão verbal, de 116 doentes fumadores internados no SPUFO. Destes, 46% (53 pessoas) mudaram de estágio e 40% (46 pessoas) manifestaram desejo em deixar de fumar.

Lamentamos a ausência de uma intervenção multidisciplinar, pelo potencial que poderia ter no sucesso da abstinência, no entanto isso não constitui motivo de não atuar. Os resultados das intervenções de enfermagem junto dos clientes fumadores internados, realizadas por EEESM são animadores e alimentam o desejo de continuar a atuar numa área de intervenção fulcral para a diminuição da mortalidade e morbilidade associada ao tabagismo, que se constitui como um dos maiores problemas atuais de saúde pública mundial.

3.5. DIVULGAÇÃO DOS RESULTADOS

A implementação da metodologia de projeto como meio de resolução do problema de saúde identificado em contexto de trabalho tem um papel de extrema importância para a melhoria dos cuidados de saúde prestados aos clientes fumadores internados e a divulgação dos resultados obtidos assume bastante relevância, na medida em que dá a conhecer à população em geral e a outras entidades a pertinência do projeto e o caminho percorrido para resolver o problema.

Os resultados do projeto “*Deixar de Fumar*” têm sido divulgados através da apresentação do relatório anual do projeto à equipa de enfermagem, da participação na Exposição temática do Dia de Comemoração do Enfermeiro (12 maio 2012) do Hospital da Zona Sul com a presença de um póster, e será através da realização do presente relatório e sua apresentação posterior para discussão com júri a definir. Outro modo passa pela publicação de um artigo científico que se apresenta em apêndice (ver Apêndice 1).

4. ANÁLISE DE COMPETÊNCIAS DE MESTRE EM ENFERMAGEM DE SAÚDE MENTAL

A Enfermagem, enquanto disciplina do conhecimento e profissão na área da saúde, foi-se construindo em função do contexto social e do desenvolvimento de um corpo de conhecimentos próprios, inerentes à prática dos cuidados, influenciando a enfermagem e o cuidar ^(154, 162).

Tem como propósito “*prestar cuidados de enfermagem ao ser humano, são ou doente, ao longo do ciclo vital, e aos grupos sociais em que ele está integrado, de forma que mantenham, melhorem e recuperem a saúde, ajudando-os a atingir a sua máxima capacidade funcional tão rapidamente quanto possível*” ⁽¹⁵⁵⁾.

Segundo a Ordem dos Enfermeiros (2001), a competência para o exercício profissional de enfermagem decorre da formação e experiência ⁽²⁶⁾, podendo ser definida como “*o conjunto integrado de habilidades cognitivas, psicomotoras e de comportamentos socio-afetivos, que permite exercer ao nível de desempenho exigido à entrada no mercado de trabalho um papel, uma função, uma tarefa ou uma atividade*” ⁽¹²⁸⁾.

São reconhecidas aos enfermeiros competências para cuidar de natureza genérica denominadas científicas ou sistémicas, técnicas ou instrumentais e humanas ou interpessoais ^(27, 112, 128, 155), nomeadamente para a “*prestação de cuidados de enfermagem gerais ao indivíduo, família, grupo e comunidade, aos níveis da prevenção primária, secundária e terciária*” ⁽¹⁵⁵⁾, isto é, na prevenção da doença, promoção de processos de adaptação funcional aos défices e a múltiplos fatores e na satisfação das necessidades humanas fundamentais e da máxima independência na realização das atividades da vida.

Também lhe podem ser reconhecidas competências de natureza específica associadas à área de formação, decorrentes do aprofundamento do domínio de competências do enfermeiro de cuidados gerais, num campo de intervenção e contexto específicos ^(27, 128).

Segundo a OE (2010), seja qual for a área de especialidade, todos os enfermeiros especialistas partilham de um grupo de quatro domínios, consideradas *competências comuns*, podendo intervir em ambientes de cuidados de saúde primários, secundários e terciários, em todos os contextos aplicáveis em cuidados de saúde, sem esquecer as dimensões da educação dos clientes e dos pares, de orientação, aconselhamento, liderança e investigação, que permita avançar e melhorar a prática de enfermagem ⁽¹⁰²⁾.

Essas competências são “*demonstradas através da sua elevada capacidade de conceção, gestão e supervisão de cuidados e, ainda, através de um suporte efetivo ao exercício profissional especializado no âmbito da formação, investigação e acessória*” ⁽¹⁰²⁾. São elas:

1. Responsabilidade profissional, ética e legal: O enfermeiro “*desenvolve uma prática profissional e ética no campo da intervenção e promove práticas de cuidados que respeitem os direitos humanos e as responsabilidades profissionais*” ⁽¹⁰²⁾.
2. Melhoria Contínua da Qualidade: O enfermeiro “*desempenha um papel dinamizador no desenvolvimento e suporte das iniciativas estratégicas institucionais na área da governação clínica; concebe, gere e colabora em programas de melhoria contínua da qualidade; cria e mantém um clima terapêutico seguro*” ⁽¹⁰²⁾.
3. Gestão de Cuidados: O enfermeiro “*gere os cuidados, otimizando a resposta da equipa de enfermagem e seus colaboradores e a articulação na equipa multiprofissional, adapta a liderança e a gestão dos recursos às situações e ao contexto visando a otimização da qualidade dos cuidados*” ⁽¹⁰²⁾.
4. Desenvolvimento das Aprendizagens Profissionais: O enfermeiro “*desenvolve o autoconhecimento e a assertividade; baseia a sua praxis clínica especializada em sólidos e válidos padrões de conhecimento*” ⁽¹⁰²⁾.

O enfermeiro especialista em enfermagem de saúde mental possui *competências específicas* que, segundo a OE (2010), advêm das “*respostas humanas aos processos de vida e aos problemas de saúde e do campo de intervenção definido para cada área de especialidade, demonstradas através de um elevado grau de adequação dos cuidados às necessidades de saúde das pessoas*”, e que se descrevem de seguida ⁽¹⁰³⁾:

- a) *“Detém um elevado conhecimento e consciência de si enquanto pessoa e enfermeiro, mercê de vivências e processos de autoconhecimento, desenvolvimento pessoal e profissional”.*
- b) *“Assiste a pessoa ao longo do ciclo de vida, família, grupos e comunidade na otimização da saúde mental”.*
- c) *“Ajuda a pessoa ao longo do ciclo de vida, integrada na família, grupos e comunidade a recuperar a saúde mental, mobilizando as dinâmicas próprias de cada contextos”.*
- d) *“Presta cuidados de âmbito psicoterapêutico, socioterapêutico, psicossocial e psicoeducacional, à pessoa ao longo do ciclo de vida, mobilizando o contexto e dinâmica individual, familiar, de grupo, ou comunitário, de forma a manter, melhorar e recuperar a saúde.”*

Tem como alvo de intervenção a pessoa (família, grupo e comunidade) ao longo do ciclo de vida, que se encontra a viver processos de sofrimento, alteração ou perturbação mental e a sua ação tem como finalidade a *“promoção da saúde mental, prevenção, diagnóstico e intervenção perante respostas humanas desajustadas ou desadaptadas aos processos de transição, geradores de sofrimento, alteração ou doença mental”* (103).

Phaneuf (2005) considera que possuir conhecimentos ou habilidades não é sinónimo de se ser competente. As Competências em Enfermagem implicam uma *combinatória* de múltiplas dimensões a nível de saberes científicos, organizacionais e técnicos, que se baseiam, em primeiro lugar, nas capacidades pessoais do enfermeiro, sendo-lhe exigido *“a mobilização das capacidades pessoais e a mobilização dos seus saberes e saber-fazer aplicados aos cuidados de enfermagem”* (128).

Também *Benner* (2001) considera que o exercício de enfermagem *“é um todo integrado que requer que o profissional desenvolva o carácter, o conhecimento e a competência para contribuir para o desenvolvimento da própria prática”* (156).

Esta autora baseia-se no Modelo de Aquisição de Perícia de *Dreyfus* para dizer que é através da experiência que o enfermeiro adquire e desenvolve uma competência, passando por cinco níveis sucessivos de proficiência: principiante, principiante avançado, competente, proficiente e perito. A aquisição de uma competência implica mudanças em três aspetos: a passagem de uma confiança em princípios abstratos (normas) à utilização de uma experiência concreta passada, a modificação

da maneira como o formando se apercebe de uma situação (como um todo), e a passagem de observador desligado a executante envolvido ⁽¹⁵⁶⁾.

Considera que o principiante se limita a cumprir as regras, ao passo que o principiante avançado já possui alguma experiência, no entanto *“ainda persiste uma marcada incapacidade para ir além das regras e orientações para a ação”* ⁽¹⁵⁶⁾. O nível de competente atinge-se por volta dos três anos de exercício profissional e o enfermeiro já adquiriu alguma experiência que lhe permite *“começar a ver as suas ações em função de objetivos de longo alcance ou de planos, que assentam na avaliação consciente, abstrata e analítica dos problemas”* ⁽¹⁵⁶⁾. O enfermeiro proficiente *“percebe as situações globalmente e é guiado por máximas, isto é, adquire de fato a capacidade de abstração a partir da sua própria prática”* ⁽¹⁵⁶⁾. O Perito *“deixa de se guiar por princípios analíticos (isto é, regras, diretrizes) e passa a entender a situação intuitivamente e como um todo, e a concentrar a sua atenção sobre o essencial. Age a partir de um conhecimento profundo da situação”* ⁽¹⁵⁶⁾.

Segundo Dreyfus (1982), referido por Benner (2001), as decisões e aptidões dependem do contexto e só podem ser adquiridas perante situações reais ⁽¹⁵⁶⁾, pelo que consideramos que a formação (CPEESM/Mestrado) aliada à experiência e ao desenvolvimento do projeto de intervenção em serviço “Deixar de Fumar”, contribuíram para desenvolver competências clínicas especializadas, conferentes de *“níveis elevados de julgamento clínico e tomada de decisão, traduzidos num conjunto de competências especializadas relativas a um campo de intervenção”* ⁽¹⁰²⁾ (a promoção da saúde através da cessação tabágica junto do cliente fumador internado), que permitem mobilizar os recursos cognitivos disponíveis, para decidir a melhor estratégia de ação perante esta situação concreta ^(102, 103).

A metodologia de projeto teve em conta as características pessoais do formando, a motivação para iniciar um processo de aprendizagem que respondesse à necessidade de resolução de problemas reais na sua vida profissional (a ausência de uma intervenção de enfermagem promotora da cessação tabágica junto do cliente fumador internado), e as experiências de vida, que constituem um excelente recurso para as suas próprias aprendizagens ^(109, 160).

Consideramos que a realização deste PIS contribuiu para o enfermeiro desenvolver as competências de especialista/mestre em Enfermagem de Saúde Mental, por forma a poder dar resposta às necessidades em cuidados de enfermagem da pessoa fumadora internada, que possui

uma perturbação associada ao consumo da nicotina, através do uso do tabaco, e que se encontra a vivenciar um processo de sofrimento associado ao motivo do internamento (doença oncológica, insuficiência respiratória/DPOC), tem antecedentes depressão ou consome outras substâncias, como o álcool ou cannabis.

Após análise e reflexão sobre o caminho percorrido, consideramos ter conseguido ⁽²⁷⁾:

a) *“Possuir conhecimentos e capacidade de compreensão a um nível que: sustentando-se nos conhecimentos obtidos ao nível do 1º ciclo os desenvolva e aprofunde e permitam e constituam a base desenvolvimentos e/ou aplicações originais, em muitos casos, em contexto de investigação.”*

b) *“Saber aplicar os seus conhecimentos e a sua capacidade de compreensão e de resolução de problemas em situações novas e não familiares, em contextos alargados e multidisciplinares, ainda que relacionados com a sua área de estudo.”*

c) *“Capacidade para integrar conhecimentos, lidar com questões complexas, desenvolver soluções ou emitir juízos em situações de informação limitada ou incompleta, incluindo reflexões sobre as implicações e responsabilidades éticas e sociais que resultem dessas soluções e desses juízos ou os condicionem.”*

d) *“Ser capazes de comunicar as suas conclusões e os conhecimentos e raciocínios a elas subjacentes, quer a especialistas, quer a não especialistas, de uma forma clara e sem ambiguidades.”*

e) *“Competências que lhes permitam uma aprendizagem ao longo da vida, de um modo fundamentalmente auto-orientado ou autónomo.”*

Os Cuidados de Enfermagem visam manter o bem-estar definido pela pessoa e o Enfermeiro coloca ao dispor de cada pessoa os seus conhecimentos e acompanha-a na concretização do seu projeto de saúde, sendo o cuidar contextual, relacional, existencial e construído entre quem cuida e quem é cuidado ^(107, 157).

A dependência a nicotina é um fenómeno complexo resultante da interação de vários fatores (neurobiológicos, personalidade, genéticos, sociais) ^(31, 36, 38, 39) que exige do enfermeiro a aquisição de competências a diversos níveis, quer no domínio comum, quer no domínio específico.

Os cuidados de enfermagem prestados têm como foco de atenção a promoção dos projetos de saúde que cada pessoa define para si, onde se enquadra a adoção de comportamentos de saúde e a cessação tabágica. O controlo do tabagismo é um tema pouco abordado na licenciatura, pelo que foi essencial desenvolver formação específica na área, através da realização da Pós Graduação em Enfermagem de Saúde Mental, do CPLEE em Saúde Mental e o do presente Mestrado. O aprofundamento de conhecimentos na área da intervenção de enfermagem na cessação tabágica conduziu à conceção e gestão de um plano de ação assente na evidência científica, que se traduziu no desenvolvimento deste projeto de melhoria contínua da qualidade “*Deixar de Fumar*”.

Consideramos ter aplicado os conhecimentos adquiridos na resolução do problema identificado, reestruturado os objetivos e definido um plano estratégico de ação, gerido os cuidados consoante a resposta da equipa de enfermagem e médica, e ter assistido a pessoa fumadora hospitalizada a otimizar a sua saúde mental, através da coordenação, implementação e desenvolvimento do projeto “*Deixar de Fumar*”.

O Enfermeiro especialista dinamizador do projeto estabelece o diagnóstico de saúde mental da pessoa fumadora, registando através da aplicação informática SAPE, em linguagem CIPE (versão beta) os focos de atenção *Uso do Tabaco dependência presente* e *Conhecimento insuficiente sobre malefícios do tabaco*. Realiza e implementa o planeamento de cuidados individualizado, que consiste na realização de aconselhamento motivacional, de acordo com as orientações normativas, consoante a etapa de mudança em que se encontra a pessoa, recorrendo a uma metodologia assistencial de gestão de caso.

Como refere *Peplau* ⁽¹⁰⁹⁾, o enfermeiro mobiliza-se a si mesmo como instrumento terapêutico, desenvolve vivências, conhecimentos e capacidades de âmbito terapêutico que lhe permitem durante a prática profissional mobilizar competências especializadas de âmbito psicoterapêutico e “*desenvolver um juízo clínico singular, logo uma prática clínica em enfermagem distinta das outras áreas de especialidade*” ⁽¹⁰³⁾, por forma a estabelecer relações de confiança e parceria com o cliente, que contribuem para aumentar o *insigth* sobre os problemas e a capacidade de resolução, e promover a saúde mental ⁽¹⁰³⁾.

Mobilizar-se a si como instrumento requer dominar uma comunicação terapêutica ou de ajuda que tem de ser praticada, pelo que esse foi o principal desafio que sentimos ao implementar o PIS:

passar da teoria para a prática e realizar ações de aconselhamento através de uma abordagem humanista, cognitiva e comportamental reeducativa, baseada em técnicas de comunicação associadas à Entrevista Motivacional.

Fornecer conselho, aconselhamento e estratégias que estimulem o comprometimento do cliente para a mudança de comportamento, observável através da produção verbal, e contribuir assim para o aumento do autocontrole sobre si próprio e as adversidades atuais, e para a obtenção em ganhos de saúde são intervenções que exigem muito do enfermeiro. Implicam uma ação baseada no respeito pela liberdade e dignidade da pessoa humana, centrada numa relação de parceria, em que a pessoa é encarada como única, com necessidades próprias, capaz de decidir sobre si mesma. O enfermeiro tem de estar disponível para escutar o outro e acreditar no seu potencial de mudança, para o poder ajudar a explorar e resolver a ambivalência que vivência sobre deixar ou não de fumar, diminuir a resistência e aumentar a motivação para a mudança, que tem de partir da pessoa e não ser imposta por terceiros.

Pressupõe também utilizar de forma capaz vez menos consciente as técnicas de comunicação terapêutica e ultrapassar os obstáculos que possam interferir com a relação de ajuda, pois aconselhar não é ensinar aos outros a melhor forma de viver mas sim ajudá-los a adquirir controlo sobre as suas vidas.

Daí que, para além de se possuir sólidos conhecimentos, de *saber* intervir face a esta problemática, de acordo com a evidência científica, e de *saber fazer* de acordo com as normas, partilhamos do mesmo pensamento de *Lazure* (1994) ⁽¹⁰⁸⁾, que considera ser essencial para o enfermeiro desenvolver o seu *saber ser* e *estar com o outro*, a partir da capacidade de se conhecer (crenças, valores convicções) e compreender a si mesmo (sentimentos, ações, reações pessoais), de identificar recursos internos e aceitar as próprias limitações ou mudar comportamentos que as mantêm. O EEESM deve ajudar a pessoa a ser proativa na consecução do seu projeto de saúde e não encarar a ausência de mudança de comportamento ou a recaída como insucesso pessoal.

Também *Stuart* (2001) ⁽¹²⁷⁾ identifica a autoconsciência como componente fundamental para se poder ajudar efetivamente as outras pessoas. É algo que “*requer abertura e uma aprendizagem experiencial ao longo do tempo*”, pois a enfermagem é praticada em contextos reais, com

dificuldades, possibilidades e recursos reais, cujos ambientes poderão interferir com a capacidade do enfermeiro atuar, como refere *Benner* (2001) ⁽¹⁵⁶⁾.

Benner (2001) considera que o contexto e as significações inerentes às situações clínicas influenciam fortemente as competências do perito, e que os enfermeiros poderão beneficiar da descrição sistemática dos incidentes críticos que terão vivido ao longo das suas práticas, através das narrativas de aprendizagem experiencial, para desenvolver novos domínios de conhecimentos ⁽¹⁵⁶⁾, pelo que temos utilizado este método como forma de melhorar e desenvolver as competências relacionais.

Pensamos possuir a capacidade de comunicar os conhecimentos adquiridos no âmbito do tabagismo, da cessação tabágica e do papel do enfermeiro nesse campo de ação, não só à equipa multidisciplinar do SPUFO, como ao cliente fumador internado, família e visitas, através da realização de sessões de formação, de conversas informais, pósteres e das sessões de aconselhamento, adequando a linguagem e o conteúdo às características do recetor da informação.

A produção de indicadores de qualidade dos cuidados de enfermagem dirigidos aos clientes fumadores internados (indicadores sensíveis em saúde mental) refletem a intervenção de enfermagem desenvolvida na área da cessação tabágica e a mudança de comportamento observável a nível da produção verbal da população alvo de atenção e contribuem para dar visibilidade ao papel do enfermeiro neste campo de intervenção, assumindo-se como agente ativo no campo da investigação.

É pretendido que enfermeiro especialista desenvolva competências que permitam uma aprendizagem ao longo da vida, de um modo fundamentalmente auto-orientado ou autónomo, que o ajude a encontrar soluções para problemas de saúde complexos e que seja detentor de um espírito investigador e pensamento crítico.

Pensamos que a metodologia de educação para adultos, utilizada no contexto de formação do curso de mestrado, contribuiu para dar início a esse processo de aprendizagem auto-orientado e autónomo, pois o formando procurou dar resposta à necessidade de resolver um problema real em contexto de trabalho, o que fez com que o partisse de conhecimentos que já possuía e caminhasse para novos níveis de compreensão e competência que lhe são significativas. Como diz *Novak*

(2000), o conhecimento que se apreende significativamente é um conhecimento que se controla, ao passo que aquele que se memoriza, pode ser útil nalgumas ocasiões, mas ineficaz para uma retenção e aplicação a longo prazo ⁽¹⁵⁸⁾.

A reflexão sobre as suas ações enquanto enfermeiro, a identificação de eventuais falhas que mereçam uma mudança de atitude, a atualização e aprofundamento de conhecimentos, e a avaliação e reestruturação do projeto com vista à melhoria da qualidade dos cuidados prestados, contribuiram para o desenvolvimento profissional e a excelência do exercício.

Após análise e reflexão sobre o caminho percorrido, consideramos ter desenvolvido, na generalidade, as competências conferentes de Grau de Mestre, nos quatro domínios comuns e no domínio específico das competências do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Mental, mais em profundidade nos domínios do Desenvolvimento das Aprendizagens Profissionais e das Competências Específicas. Temos a noção que são competências que necessitam de uma atualização constante, assente na reflexão sobre a prática e na formação contínua, e que decorrem de uma intervenção de enfermagem num campo e contexto específicos.

5. CONCLUSÃO

O tabaco constitui um dos maiores problemas atuais de saúde pública, na medida em que o uso do tabaco é prevalente em todo o mundo, sendo fumado por cerca de 1,3 bilhão de pessoas, a maior parte sob a forma de cigarros, existindo grandes variações em diferentes países e regiões, relacionadas com o nível de desenvolvimento social e económico, e aspetos culturais.

Todas as formas de tabaco são aditivas e, quer o consumo, quer a exposição ao fumo do tabaco, são letais, sendo considerado a primeira causa de morbilidade e mortalidade evitáveis nos países desenvolvidos, com sérias consequências também a nível social, económico e ambiental. A maioria das consequências do seu uso para a saúde surge anos ou até décadas após se começar a fumar e o risco aumenta com o número de cigarros fumados, a duração do consumo e a associação de outros fatores de risco (colesterol elevado, hipertensão e obesidade), matando cerca de metade de quem o consome, um quarto dos quais nas idades compreendidas entre os 25 e os 69 anos.

Em 2012, em Portugal, cerca de 23% da população é fumadora. Estima-se que o tabaco tenha sido responsável, em 2005, por 12 600 mortes e por uma carga da doença atribuível ao tabaco de 11,2% (146 000), tendo gerado a perda de 121 643 anos de vida saudável e custos no valor de 126 milhões de euros em internamentos hospitalares e 308 milhões em ambulatório (medicamentos, consultas, meios complementares de diagnóstico).

Dada a multiplicidade de fatores implicados na génese do tabagismo, a sua abordagem requer uma combinação integrada de múltiplas estratégias nas áreas da legislação e na implementação de ações e programas europeus e internacionais, centradas na prevenção da iniciação do consumo, na promoção da cessação, na proteção da exposição ao fumo ambiental e na criação de climas sociais e culturais favoráveis à adoção de estilos de vida saudáveis.

Portugal assinou a Convenção Quadro da Organização Mundial de Saúde para o Controlo do Tabaco, tendo-se comprometido a reforçar as políticas e medidas de proteção das gerações presentes e futuras dos efeitos do tabaco (nível da saúde, sociais, ambientais e económicos), causados pelo consumo e pela exposição ao fumo do mesmo, pelo que, em 2007, criou a Lei de Proteção Contra o Fumo do Tabaco (em vigor desde 2008), que estabelece várias normas referentes ao controlo do tabaco, entre as quais a proibição de fumar em determinados locais

(hospitais), a sensibilização e educação para a saúde por profissionais de saúde relativamente aos malefícios decorrentes do consumo do tabaco e à importância da cessação tabágica, dirigida a pessoas doentes.

A cessação tabágica surge como a única via para uma diminuição da mortalidade e morbilidade associada ao tabagismo. De acordo com as estimativas de *Peto* e colaboradores, se até 2020 for possível fazer diminuir para metade o número de jovens que anualmente começam a fumar, evitar-se-ão 20 milhões de mortes acumuladas até 2050. No entanto, se até 2020 metade dos atuais fumadores pararem de fumar, o número acumulado de mortes evitadas em 2050 será de 180 milhões.

As normas de orientação clínica nacionais e internacionais recomendam que todos os profissionais de saúde, nos vários contextos da sua prática, identifiquem os hábitos tabágicos junto dos seus clientes e que todos os fumadores sejam alvo de um aconselhamento breve. Todos os fumadores devem ser ativamente encorajados e ajudados a deixar de fumar, devendo ser-lhes oferecidas as várias modalidades de tratamento, quer farmacológicas, quer de aconselhamento, com efetividade comprovada, realizadas por uma equipa de profissionais de saúde multidisciplinar, onde se inclui o Enfermeiro, agente privilegiado de educação e promoção da saúde.

Os Enfermeiros pertencem ao maior grupo profissional de saúde, encontrando-se numa posição única para intervir a nível da prevenção e cessação tabágica junto de milhões de pessoas, todos os dias, em contextos e situações variadas, contribuindo para a redução de mortes e doenças associadas ao tabaco e melhorar a qualidade de vida da população mundial.

A maioria dos fumadores continua a não tentar parar de fumar e, quando o faz, não procura o tratamento de eficácia comprovada (ajuda comportamental e farmacológica), pelo que existem situações particulares, como o internamento, onde se cria uma “*janela de oportunidade*” para favorecer a motivação para a cessação e que devem ser aproveitadas pelos enfermeiros, existindo evidência de benefícios no aconselhamento dado por estes profissionais de saúde.

Para ajudar o fumador a parar de fumar é fundamental, por um lado, compreender a pessoa fumadora, em particular os fatores que conduziram à iniciação e manutenção do consumo, o tipo de consumo, o grau de dependência, os fatores que a levaram a querer parar e ser capaz de adequar o

aconselhamento ao estágio de mudança em que o fumador se encontra, no sentido de o motivar a progredir, de o ajudar a resolver a ambivalência, de o apoiar no processo de decisão, de o felicitar pelo sucesso alcançado e de o ajudar a não recair.

Existem algumas barreiras para o envolvimento dos profissionais de saúde na cessação tabágica, associadas a défice de conhecimentos e competências na área, défice de expectativa para intervenção clínica, investigação limitada, ausência de orientações profissionais, falta de liderança organizacional e manutenção do consumo de tabaco por profissionais de saúde. Sabe-se que a sua atitude perante o tabagismo é muito importante, já que a desvalorização ou omissão pode ser interpretada pelo fumador como uma mensagem de pouca importância para a sua saúde.

Foi a ausência de intervenção de enfermagem promotora da cessação tabágica dirigida aos clientes fumadores internados no Serviço de Medicina do Hospital da Zona Sul, baseada na evidência científica, que motivou o desenvolvimento do projeto *“Deixar de Fumar”* em 2009, elaborado com base na metodologia de projeto, que consistiu numa investigação centrada no problema identificado e na implementação de estratégias e intervenções eficazes para a sua resolução, promovendo uma prática baseada em evidência.

Promover a Cessação Tabágica através de Aconselhamento Motivacional, surge como objetivo geral, pelo que foram planeadas e implementadas atividades desde 2009 até 2012, com o propósito de dar resposta à necessidade de se estabelecerem ações céleres que assegurassem que os enfermeiros estivessem preparados para intervir eficazmente na cessação tabágica, em contexto de internamento, com base na evidência científica, e de dar cumprimento às recomendações emanadas pelas normas internacionais e nacionais relacionadas com o uso e tratamento da dependência de nicotina, nomeadamente que todos os clientes fumadores internados sejam alvo de um aconselhamento breve.

Algumas atividades planeadas entre 2009 e 2010 foram executadas após o prazo previsto, por questões relacionadas com a indisponibilidade temporal, nomeadamente o guia orientador da prática, a definição de indicadores sensíveis aos cuidados de enfermagem e a elaboração de instrumento de monitorização dos resultados das intervenções de enfermagem. Outras, embora tenham sido implementadas, não tiveram o resultado inicial esperado, o que levou à reformulação do projeto.

A equipa de enfermagem não se envolveu na realização de aconselhamento motivacional para deixar de fumar, junto do cliente fumador, como recomendado pelas normas nacionais e internacionais. As estratégias delineadas (formação, disponibilização de guia orientador da prática e de material de autoajuda) não foram eficazes, dado que a equipa não alterou a sua prática por, no geral, manter défice de competências para intervir na área associado a baixas expectativas relativamente ao fato do fumador conseguir deixar de fumar. Assim sendo, a intervenção neste campo ficou sob a responsabilidade da enfermeira dinamizadora do projeto, que possui motivação e interesse em trabalhar nesta área, assim como competências em Cuidados de Enfermagem Especializados em Saúde Mental. Contou em 2011/2012 (1º semestre) com a colaboração de um segundo elemento, que se encontrava em fase de conclusão da mesma formação.

Consideramos que a formação em saúde mental constitui uma mais valia para se intervir junto de uma pessoa com adição que, para além de estar doente e internada, pode também pertencer a outros grupos de populações com necessidade especiais, tais como os idosos, os fumadores com diagnóstico psiquiátrico, com adição a drogas e/ou álcool; com DPOC, entre outros.

A equipa médica, embora valorize a importância da cessação tabágica, desvaloriza, na sua maioria, o papel da farmacoterapia, pelo que se definiu desde 2009 a criação de uma articulação médica preferencial com o responsável pela consulta de cessação tabágica, com resultado positivo. Em 2012, os doentes começaram a ser referenciados pelos enfermeiros gestores de casos para a consulta de apoio ao fumador.

Identificaram-se 125 doentes fumadores internados no serviço em questão entre 2º semestre de 2011 e o ano de 2012. A maior prevalência de homens fumadores comparativamente com as mulheres vai de encontro com os dados estatísticos dos portugueses: 102 homens (82%) e 21 mulheres (18%). Destes, 116 (93%) foram alvo de aconselhamento motivacional.

O motivo do internamento esteve relacionado 53% com doenças transmissíveis (infecções respiratórias e tuberculose) e 47% com doenças não transmissíveis (cancro, pneumotórax e DPOC). Para além de serem pessoas fumadoras doentes em contexto de internamento, pertenciam a grupos específicos documentados na bibliografia, nomeadamente fumadores idosos, *hardcores*,

com DPOC, adição a substâncias e doença psiquiátrica, sendo que 21% pertenciam a mais do que um grupo.

Foram realizadas 182 aconselhamentos, nomeadamente: 121 intervenções breves dirigidas a todos os pré-contempladores e contempladores, tendo-se utilizado a Estratégia dos 5Rs e o fornecimento de material de autoajuda; 61 intervenções breves dirigidas a fumadores em fase de preparação para a ação, através da utilização da Estratégia dos 5As (com entrega de material de autoajuda), com evolução para uma intervenção intensiva (61), que incluiu treino de resolução de problemas e competências e suporte social.

A intervenção desenvolvida pelas Enfermeiras especialistas em saúde mental motivou a mudança a nível comportamental, observável através da produção verbal, em 53 pessoas, o que significa que conseguimos capacitar 46% dos clientes para uma mudança.

Cerca de 40%, ou seja, 46 pessoas manifestaram desejo em deixar de fumar e identificaram estratégias para o concretizar. Foram elas, na sua maioria homens, com idades superiores a 55 anos, com antecedentes de adição, pertencentes a múltiplos grupos específicos, cujo motivo de internamento se deveu a doenças transmissíveis associadas ao tabagismo.

Desconhecemos a taxa de sucesso de abstinência. Sabe-se que a recaída faz parte do processo de mudança e pode gerar muitas aprendizagens úteis, pelo que cada fumador pode recair várias vezes antes de conseguir parar de forma definitiva.

Consideramos que a meta definida em 2011 foi ambiciosa, na medida que os estudos (consultados após a sua enunciação), revelam que embora 45% dos fumadores admita vontade em deixar de fumar, apenas 15% têm sucesso ⁽³⁵⁾. Também a existência de diversos fatores preditores de êxito na cessação tabágica dificultaram o sucesso da intervenção, nomeadamente o género feminino, a baixa escolaridade, o nível de dependência elevado, o número de tentativas anteriores nulo, história de depressão, alcoolismo, familiares fumadores, idade avançada, diagnóstico de neoplasia e sentimento de confiança e autoeficácia diminuto. Sendo assim, redefinimos a meta para 2012 e os resultados foram animadores.

Identificam-se como *aspectos facilitadores* da implementação do projeto a motivação e interesse da enfermeira autora do projeto em intervir na área da cessação tabágica e a formação na área de enfermagem em saúde mental, a colaboração da equipa de enfermagem na identificação dos hábitos tabágicos e do médico responsável pela consulta de cessação tabágica na prescrição medicamentosa.

Um dos *aspectos constrangedores* foi o fato de não se conseguir motivar as equipas de enfermagem e médica a mudar o seu comportamento face à cessação tabágica. Outro aspeto está relacionado com a ausência inicial de indicadores sensíveis aos cuidados de enfermagem e a não monitorização dos resultados das suas intervenções, o que fez com que não se conseguisse dar visibilidade ao papel de enfermagem nos anos 2009 e 2010, situação que atualmente não se coloca.

Identificam-se como *limitações* do projeto o fato do suporte de registo de enfermagem ainda não estar atualizado com base na proposta apresentada, não dando visibilidade à real intervenção de enfermagem no âmbito da cessação tabágica; a saída do 2º elemento do grupo dinamizador do projeto em 2012, o que poderá condicionar o número de clientes alvo de uma intervenção.

A implementação deste projeto trouxe *contributos* importantes para o desenvolvimento profissional da fundadora do projeto (nomeadamente o aperfeiçoamento de competências na área da promoção da cessação tabágica), para o cumprimento da missão da instituição (no âmbito da promoção de saúde), e para a melhoria da qualidade de vida das pessoas alvo de aconselhamento que manifestaram desejo em deixar de fumar e suas famílias, favorecendo também o ambiente e a economia. Conseguimos:

- Que a equipa de enfermagem identifique os hábitos tabágicos de todos os clientes internados, como recomendado pela OMS e normas nacionais e internacionais;
- A existência de um guia orientador das intervenções de enfermagem na promoção da cessação tabágica e futura norma de procedimento, baseado na NOC, promovendo uma prática baseada na evidência;
- Realização de aconselhamento motivacional promotor da cessação tabágica, realizada por enfermeiros especialistas em saúde mental, a todos os clientes fumadores internados, com eficácia comprovada;
- Monitorizar os resultados das intervenções de enfermagem promotoras da cessação tabágica junto do cliente fumador internado;

- Capacitar 52% dos fumadores internados para uma mudança a nível comportamental (53 pessoas). 46%, ou seja, 46 pessoas manifestaram desejo em deixar de fumar e identificaram estratégias para o concretizar;
- Proposta de melhoria do suporte de registo de enfermagem;
- Prescrição de farmacoterapia de primeira linha para redução dos sintomas de privação de nicotina e otimização do fornecimento da terapêutica em tempo útil.

Também permitiu demarcar o papel do enfermeiro especialista em enfermagem de saúde mental, na promoção da cessação tabágica, na medida em que o papel da enfermeira na promoção da cessação tabágica junto de clientes fumadores internados vai para além daquele definido pelo Programa-tipo de atuação. Este possui competências que lhe permite compreender o fenómeno complexo que é a adição a nicotina e as implicações para o projeto de saúde da pessoa fumadora, e intervir face a esta problemática, mobilizando-se a si mesmo como instrumento terapêutico.

Assume como modelo assistencial estratégico na melhoria da assistência em saúde, capaz de marcar a diferença na vida dos fumadores, o Gestor de Cuidados, articulando com outros profissionais de saúde, com o intuito de potenciar a eficácia da intervenção e a abstinência tabágica.

A Ação de Enfermagem na área da promoção da cessação tabágica é influenciada pelas teóricas de enfermagem *Jean Watson, Lazure e Hildegard Peplau*, assim como pelas Técnicas de comunicação terapêutica de *Rogers* e a Teoria Transteórica de *Prochaska e DiClemente*, e é guiada pela NOC (2002), criada com base nas *guidelines* internacionais e baseada em evidência científica com eficácia comprovada.

A enfermeira assume um papel ativo na Educação e na Promoção do Bem-estar do cliente, colocando-se como parceiro deste, colaborando com ele, no sentido de o ajudar a encontrar a melhor maneira de se ajudar a si próprio a deixar de fumar, nomeadamente a reconhecer comportamentos prejudiciais para a sua saúde, a estimular a mudança desse comportamento e a desenvolver competências. Realiza um Aconselhamento motivacional, através do estabelecimento de uma Relação de Ajuda, utilizando as técnicas de comunicação associadas à Entrevista Motivacional. O tipo de intervenção pode ser breve ou intensiva, consoante o estágio de mudança

em que a pessoa se encontra e o tempo de interação entre o enfermeiro e o cliente fumador internado.

Embora a cessação tabágica seja a única via para a diminuição da mortalidade e morbidade associada ao tabagismo e seja dever de todos os profissionais de saúde identificar os hábitos e intervir face a uma pessoa fumadora, a promoção da cessação tabágica junto de clientes fumadores internados, de acordo com as normas nacionais e internacionais, não existem dados que comprovem a sua existência, pelo que este projeto se assume como inovador no serviço e na instituição.

Como propostas de melhoria, sugerimos a quantificação média do tempo despendido durante cada aconselhamento motivacional, com intuito de determinar o número de horas necessárias para este tipo de intervenção, e assim contribuir para a melhoria do Sistema de Classificação de Doentes (SCD/E). Consideramos também relevante efetuar contato telefónico ao fim de 1 mês, 6 meses e 1 ano após o aconselhamento hospitalar, com a finalidade de monitorizar a taxa de abstinência e efetuar um aconselhamento proactivo. Para finalizar, sugerimos a realização de uma intervenção promotora da prevenção da recaída junto de ex-fumadores que se encontrem na fase de manutenção (até 5 anos), uma vez que esta faz parte do processo de mudança, podendo-se recair várias vezes antes de se conseguir parar de fumar de forma definitiva.

Em suma, o trabalho de projeto “*Deixar de Fumar*” surge como um trabalho de mestrado que visa dar evidência do desenvolvimento de competências conferentes do grau de Mestre em Enfermagem em Saúde Mental. Consideramos ter conseguido:

- Identificar os recursos pessoais e ajustar as necessidades de formação ao projeto de intervenção em serviço desenvolvido;
- Desenvolver conhecimentos e competências científicas, técnicas e humanas de forma autónoma, no âmbito da intervenção de enfermagem na cessação tabágica, sob influência de teóricas de enfermagem como *Watson*, *Lazure* e *Peplau*, assim como das técnicas de comunicação terapêutica de *Rogers* e o Modelo transteórico de mudança de *Prochaska* e *DiClemente*;
- Selecionar os meios (pesquisa bibliográfica em bases de dados através internet) e estratégias mais adequados à resolução de um determinado problema (análise SWOT) e agir de forma fundamentada, de acordo com a evidência científica;

- Analisar uma problemática, conceber e implementar um projeto de intervenção de enfermagem inovador em que o enfermeiro especialista em enfermagem de saúde mental se assume como gestor de caso de clientes fumadores, mobilizando-se como instrumento terapêutico, no decorrer do aconselhamento motivacional para a pessoa deixar de fumar (âmbito psicoeducativo).
- Dar evidência dos contributos do projeto para a melhoria da qualidade de vida dos fumadores internados;
- Integrar a equipa multidisciplinar de forma proativa, articulando com esta e gerindo conflitos por forma a otimizar a qualidade dos cuidados prestados;
- Desenvolver a capacidade de análise diagnóstica, planeamento, intervenção e avaliação na formação de pares e do projeto em si;
- Evidenciar a aquisição de competências clínicas específicas na conceção, gestão e implementação dos cuidados de enfermagem associados ao projeto de intervenção.

Para finalizar, gostaríamos de reforçar a importância de que o enfermeiro seja capaz de se posicionar como parceiro neste processo de mudança difícil, que é deixar de fumar, marcado por sucessivos avanços e recuos. A sua intervenção não passa por ensinar ao outro como fazer, mas antes ajudá-lo a aumentar o autocontrolo sobre si próprio e as adversidades atuais, assim como perante as oportunidades presentes e futuras, contribuindo para a concretização do seu projeto de vida.

BIBLIOGRAFIA

(1) TELES DE ARAÚJO, A. – *Relatório do Observatório Nacional das Doenças Respiratórias. Observatório Nacional das Doenças Respiratórias*, 2011. Disponível em http://www.ondr.org/Relatorio_ONDR_2011.pdf [07.03.2012; 14:46]

(2) WORLD HEALTH ORGANIZATION - *Action plan for implementation of the European Strategy for the Prevention and Control of Noncommunicable Diseases 2012-2016*. Copenhaga: Gabinete Regional da OMS para a Europa, 2011. Disponível em <http://www.euro.who.int/en/what-we-do/health-topics/disease-prevention/nutrition/publications/policy-framework-and-strategies/regional-committee-resolutions/eurrc6112> [07.02.2012; 15:55]

(3) TELES DE ARAÚJO, A. – *Relatório 2012: a sociedade, o cidadão e as doenças respiratórias. Observatório Nacional Doenças Respiratórias/Fundação Portuguesa do Pulmão*, 2012. Disponível em http://www.fundacaoportuguesadopulmao.org/Relatorio_ONDR_2012.pdf [05.04.2013; 20:15]

(4) WORLD HEALTH ORGANIZATION - *The European Health Report, 2005: Public health action for healthier children and populations*. Copenhaga: Gabinete Regional da OMS para a Europa, 2005. ISBN 9289013761. Disponível em <http://www.euro.who.int/en/what-we-publish/abstracts/european-health-report-2005-the.-public-health-action-for-healthier-children-and-populations> [24.02.2012; 14:41]

(5) WORLD HEALTH ORGANIZATION - *World no tobacco day 2006: Tobacco deadly in any form or disguise*. Geneva: WHO, 2006. ISBN 9789241563222. Disponível em http://www.who.int/tobacco/communications/events/wntd/2006/Tfi_Rapport.pdf [23.04.2012; 12:10]

(6) WORLD HEALTH ORGANIZATION - *The European Health Report, 2002*. Copenhaga: Gabinete Regional da OMS para a Europa, 2002. ISBN 9289013656. Disponível em <http://www.euro.who.int/en/what-we-publish/abstracts/european-health-report-2002-the> [24.02.2012; 14:41]

(7) WORLD HEALTH ORGANIZATION - *The European Tobacco Control Report 2007*. Copenhaga: Gabinete Regional da OMS para a Europa, 2007. ISBN 978-92-890-2193-7. Disponível em

<http://www.euro.who.int/en/what-we-publish/abstracts/european-tobacco-control-report-2007>

[24.02.2012; 14:38]

(8) MATHERS, C.D.; LONCAR, D. - Projections of global mortality and burden of disease from 2002 to 2030. *PLoS Medicine*. Volume 3, n.º 11 (2006). 2011-2030. Disponível em <http://www.plosmedicine.org/article/info:doi/10.1371/journal.pmed.0030442> [15.02.2012; 16:53]

(9) WORLD HEALTH ORGANIZATION - *WHO Report on the Global Tobacco Epidemic, 2008 – The MPOWER package*. Geneva: OMS, 2008. ISBN 9789241596282. Disponível em http://www.who.int/tobacco/mpower/mpower_report_full_2008.pdf [23.02.2012; 12:13]

(10) WORLD HEALTH ORGANIZATION - *WHO Technical Report Series: The scientific basis of tobacco product regulation*. Geneva: OMS, 2008. ISBN 978 92 4 120951 9. Disponível em http://www.who.int/tobacco/global_interaction/tobreg/publications/9789241209519.pdf [08.02.2012; 15:19]

(11) WORLD HEALTH ORGANIZATION – *WHO Global Report: Mortality Attributable to tobacco*. 2012. ISBN 9789241501434. Disponível em http://whqlibdoc.who.int/publications/2012/9789241564434_eng.pdf [11.01.2013; 11:40]

(12) FIORE, Michael C; JAÉN, C.R.; BAKER, T.B. *et al.* – *Treating Tobacco Use and Dependence: 2008 Update, Clinical Practice Guideline*. Rockville, MD: U.S. Department of Health and Human Services, Public Health Service, 2008. Disponível em http://www.surgeongeneral.gov/tobacco/treating_tobacco_use08.pdf [08.03.2012; 12:55]

(13) NUNES, Emília; CANDEIAS, Alina; MENDES, Berta *et al.* – *Cessação Tabágica, Programa-Tipo de Atuação*. Lisboa: Direcção-Geral da Saúde/Gradiva, 2008. Disponível em <http://www.dgs.pt/upload/membro.id/ficheiros/i009309.pdf> [06.03.2012; 23:50]

(14) INSTITUTO DA QUALIDADE EM SAÚDE – *Norma de Orientação Clínica para o tratamento do uso e dependência do tabaco*. Lisboa: Ministério da Saúde, 2002. Disponível em <http://www.treatobacco.net/en/uploads/documents/Treatment%20Guidelines/Portugal%20treatment%20guidelines%20in%20Portuguese%202002.pdf> [06.03.2012; 23:49]

(15) NATIONAL INSTITUTE FOR HEALTH AND CLINICAL EXCELLENCE (NICE) – *Brief interventions and referral for smoking cessation in primary care and other settings*. England: NICE, 2006. Disponível em <http://www.nice.org.uk/nicemedia/live/11375/31864/31864.pdf> [10.02.2012; 14:05]

(16) WORLD HEALTH ORGANIZATION - *World no tobacco day 2005: The role of health professionals in tobacco control*. Geneva: WHO, 2005. ISBN 924159320 2. Disponível em http://www.who.int/tobacco/resources/publications/wntd/2005/en/bookletfinal_20april.pdf [22.04.2012; 17:41]

(17) RICE, V.H. e STEAD, L.F. - *Nursing interventions for smoking cessation (Review)*, *The Cochrane Collaboration*. John Wiley & Sons, Ltd, 2009. Disponível em <http://www.thecochranelibrary.com/userfiles/ccoch/file/World%20No%20Tobacco%20Day/CD001188.pdf> [14.02.2012; 16:19]

(18) WORLD HEALTH ORGANIZATION - *WHO Framework Convention on Tobacco Control*. 2003. Disponível em <http://whqlibdoc.who.int/publications/2003/9241591013.pdf> [24.02.2012; 17:31]

(19) Decreto- LEI n.º 25-A. D.R. I Série A. 214 (2005- 11- 08). 6456 (2) - 6456 (35) - Convenção Quadro da OMS para o Controlo do Tabaco.

(20) DECRETO-LEI n.º 37. D.R. I Série. 156 (2007-08-14). 5277-5285. Aprova normas para proteção dos cidadãos da exposição ao fumo do tabaco e medidas da redução da procura relacionadas com a dependência e a cessação do seu consumo

(21) NUNES, Emília – *Programa Nacional para a Prevenção e Controlo do Tabagismo*. Lisboa: *Direcção-Geral da Saúde*, 2013. Disponível em <http://www.coppt.pt/attachments/270 Programa-Nacional-Prevencao-Tabagismo-2012-2016.pdf> [05.04.2013; 20:43]

(22) PAMPLONA, Paula – Fumador internado? A intervenção apropriada. *Revista Portuguesa de Pneumologia*, Vol. XIII, n.º 6. (2007). 801-839.

(23) RIGOTTI, N.A.; MUNAFO, M.R.; STEAD, L.F.- *Interventions for smoking cessation in hospitalized patients, The Cochrane Collaboration*. John Wiley & Sons, Ltd, 2008. Disponível em <http://www.thecochranelibrary.com/userfiles/ccoch/file/World%20No%20Tobacco%20Day/CD001837.pdf> [14.02.2012; 16:20]

(24) ESCOLA SUPERIOR DE SAÚDE DO INSTITUTO POLITÉCNICO DE SETÚBAL – Metodologia de Projecto: colectânea descritiva de etapas. *Percursos*. N.º15 (Janeiro-Março 2010). ISBN 1646-5067.

(25) LEITE, Elvira *et al.* - *Trabalho de projecto - Aprender por projectos centrados em problemas*. Porto: Edições Afrontamento, 1991.

(26) ORDEM DOS ENFERMEIROS. *Conselho de Enfermagem – Padrões de qualidade dos cuidados de enfermagem*. Ordem dos Enfermeiros, 2001.

(27) DECRETO-LEI n.º 74/2006. D.R. I Série. 60 (2006-3-24) 2242-2257

(28) CERVEIRA, Maria Elisa – A referência bibliográfica de documentos impressos e eletrónicos, análise das normas NP 405-1 e ISSO-690-2. *Revista da Faculdade de Letras*. Vol.1, n.º1. (2002). 111-128. Disponível em <http://ler.letras.up.pt/uploads/ficheiros/artigo3521.pdf> [06.03.2012; 12:45]

(29) PESTANA, Eduarda *et al.* – *Tabagismo: Do diagnóstico ao Tratamento*. 2ª Edição. Lisboa: Lidel, 2010. ISBN 978-972-757-521-3.

(30) FRAGA, Sílvia; SOUSA, Sandra; SANTOS, Ana C. *et al.* – *Tabagismo em Portugal*. *Arquivos de Medicina*. ISSN 0871-3413. Vol. 19, n.º 5-6. (2005). 207-229. Disponível em <http://www.scielo.oces.mctes.pt/pdf/am/v19n5-6/v19n5-6a05.pdf> [05.03.2012; 00:02]

(31) FERREIRA-BORGES, Carina; FILHO, Hilson Cunha – *Tabagismo: manual técnico 3*. 1ª Edição. Lisboa: Climepsi, 2004. ISBN 972-796-151-7.

(32) NUNES, Emília – Consumo de tabaco, Efeitos na saúde. *Revista Portuguesa Clínica Geral*. Vol.22. (2006). 225-244. Disponível em <http://www.woncaeurope2014.org/files/54/documentos/20070529105116859489.pdf>

[05.03.2012; 00:24]

(33) DOLL, R.; PETO, R.; BOREHAM, J.; SUTHERLAND, I.- Mortality in relation to smoking: 50 years observations on male British doctors. *BMJ*. (2004). 1-9. Disponível em <http://www.bmj.com/content/328/7455/1519.full> [07.02.2012; 17:20]

(34) U.S. DEPARTMENT OF HEALTH AND HUMAN SERVICES - *The Health Consequences of Smoking: a Report of the Surgeon General*. Atlanta: U.S. Department of Health and Human Services, Centers for Disease Control and Prevention (CDC), National Center for Chronic Disease Prevention and Health Promotion, Office on Smoking and Health, 2004. Disponível em http://www.cdc.gov/tobacco/data_statistics/sqr/2004/pdfs/executivesummary.pdf [08.03.2012; 12:43]

(35) EUROPEAN COMMISSION – *Special eurobarometer 385: attitudes of europeans towards tobacco*. 2012. Disponível em http://ec.europa.eu/health/tobacco/docs/eurobaro_attitudes_towards_tobacco_2012_en.pdf

[11.01.13; 12:59]

(36) WORLD HEALTH ORGANIZATION - *Neuroscience of psychoactive substance use and dependence*. Geneva: WHO, 2004. ISBN 9241562358. Disponível em http://www.who.int/substance_abuse/publications/en/Neuroscience.pdf [08.02.2012; 14:59]

(37) PAMPLONA, Paula; MENDES, Berta – Estratégia de Tratamento do Tabagismo na DPOC. *Revista Portuguesa de Pneumologia*. ISSN 0873-2159. Vol. 15, n.º 6. (2009). 1121- 1156. Disponível em http://www.scielo.oces.mctes.pt/scielo.php?pid=S0873-21592009000600007&script=sci_abstract [05.03.2012; 16:06]

(38) AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION - *DSM-IV*. Lisboa: Climepsi editores, 1998. 179-278.

(39) WORLD HEALTH ORGANIZATION - *WHO Evaluation of the National Health Plan of Portugal (2004-2010)*. Copenhaga: Regional Office for Europe, 2010. Disponível em http://www.euro.who.int/_data/assets/pdf_file/0003/83991/E93701.pdf [20.02.2012; 16:60]

(40) U.S. DEPARTMENT OF HEALTH AND HUMAN SERVICES – *How Tobacco Smoke Causes Disease: The Biology and Behavioral Basis for Smoking-Attributable Disease: a Report of the Surgeon General*. Atlanta: U.S. Department of Health and Human Services, Centers for Disease Control and Prevention (CDC), National Center for Chronic Disease Prevention and Health Promotion, Office on Smoking and Health, 2010. ISBN 978-0-16-084078-4. Disponível em http://www.surgeongeneral.gov/library/tobaccosmoke/report/full_report.pdf [08.03.2012; 12:49]

(41) WORLD HEALTH ORGANIZATION – *Tobacco control in practice, article8: protection from exposure to tobacco smoke*. Copenhaga: Gabinete Regional da OMS para a Europa, 2012. Disponível em http://www.euro.who.int/_data/assets/pdf_file/0009/174492/BestPractice_Turkey_HR.pdf [11.01.2013; 11:55]

(42) MARTINET, Yves; BOHADANA, Abraham – *O tabagismo*. 1ª Edição. Lisboa: Climepsi editores, 2003. ISBN 972-796-030-8.

(43) MATOS, M.G.; SIMÕES, C.; TOMÉ, G. *et al.* – *Aventura Social e Saúde, a saúde dos adolescentes portugueses hoje e em 8 anos*. Faculdade de motricidade humana, 2006. Disponível em http://www.fmh.utl.pt/aventurasocial/pdf/Relatorio_nacional_2006.pdf [08.02.2012; 17:23]

(44) EUROPEAN COMMISSON – *Tobacco: Eurobarometer 332*. Bruxelas: TNS Opinion & Social, 2010. Disponível em http://ec.europa.eu/health/tobacco/docs/ebs332_en.pdf [07.03.2012; 13:11]

(45) MACHADO, Ausenda; NICOLAU, Rita; DIAS, Carlos Matias – Consumo de tabaco na população portuguesa retratado pelo Inquérito Nacional de Saúde (2005/2006). *Revista Portuguesa de Pneumologia*. ISSN 0873-2159. Vol. 15, n.º 6. (2009). 1005-1027. Disponível em http://www.scielo.oces.mctes.pt/scielo.php?pid=S0873-21592009000600002&script=sci_arttext [05.03.2012; 16:09]

(46) CARDOSO, Carla; PLANTIER, Tatiana – *Acompanhamento estatístico e epidemiológico do consumo de tabaco em Portugal*. Lisboa: Episcience, 2008. Disponível em <http://www.dgs.pt/upload/membro.id/ficheiros/i010510.pdf> [05.03.2012; 16:54]

(47) EUROPEAN COMMISSION – *Special eurobarometer 272c/wave 66.2: attitudes of europeans towards tobacco - report*. 2007. Disponível em http://ec.europa.eu/public_opinion/archives/ebs/ebs_272c_en.pdf [11.01.2013; 23:02]

(48) MINISTÉRIO DA SAÚDE E INSTITUTO DA DROGA E TOXICODEPÊNCIA – *Relatório ESPAD 2007: Consumo de substâncias entre os alunos de 35 países europeus*. Lisboa: Ministério da Saúde e IDT, 2007. Disponível em <http://www.idt.pt/PT/Investigacao/Documents/sintese/ESPAD07.pdf> [08.02.2012; 17:12]

(49) WORLD HEALTH ORGANIZATION – *WHO report on the global tobacco epidemic, 2011: warning about the dangers of tobacco*. 2011. ISBN 9789240687813. Disponível em http://whqlibdoc.who.int/publications/2011/9789240687813_eng.pdf [11.01.13; 12:15]

(50) WORLD HEALTH ORGANIZATION – *WHO report on the global tobacco epidemic, 2009: implementing smoke-free environments*. 2009. ISBN 9789241563918. Disponível em http://whqlibdoc.who.int/publications/2009/9789241563918_eng_full.pdf [11.01.13; 12:10]

(51) WORLD HEALTH ORGANIZATION – *Tobacco control in practice, article 13: tobacco advertising, promotion and sponsorship*. Copenhaga: Gabinete Regional da OMS para a Europa, 2012. Disponível em http://www.euro.who.int/_data/assets/pdf_file/0009/166905/E96595.pdf [11.01.2013; 11:59]

(52) WORLD HEALTH ORGANIZATION - *The European Health Report, 2009: Health and health systems*. Copenhaga: Gabinete Regional da OMS para a Europa, 2009. ISBN 9789289014151. Disponível em <http://www.euro.who.int/en/what-we-publish/abstracts/european-health-report-2009-the-health-and-health-systems> [24.02.2012; 14:40]

(53) WORLD HEALTH ORGANIZATION - *Resolution Action plan for implementation of the European Strategy for the Prevention and Control of Noncommunicable Diseases 2012-2016*. Copenhagen: Gabinete Regional da OMS para a Europa, 2011. Disponível em <http://www.euro.who.int/en/what-we-do/health-topics/disease-prevention/nutrition/publications/policy-framework-and-strategies/regional-committee-resolutions/eurrc61r3> [07.02.2012; 15:52]

(54) WORLD HEALTH ORGANIZATION – *Tobacco industry interference in the WHO European Region*. Copenhagen: Gabinete Regional da OMS para a Europa, 2012. Disponível em http://www.euro.who.int/_data/assets/pdf_file/0005/166748/Tobacco-Industry-Interference-In-the-WHO-European-Region.pdf [11.01.2013; 11:59]

(55) EUROPEAN COMMISSON - *The Aspect Consortium for European Commission, Directorate General for Health and Consumer Protection, Tobacco or Health in the European Union. Past, Present and Future*. Luxemburgo: Office for Official Publications f the European Communities, 2004. Disponível em http://ec.europa.eu/health/ph_determinants/life_style/Tobacco/Documents/tobacco_fr_en.pdf [24.02.2012; 14:46]

(56) EUROPEAN COMMISSON - *Survey on tobacco, analytical report*. 2009. Disponível em http://ec.europa.eu/health/ph_determinants/life_style/Tobacco/Documents/eb_253_en.pdf [11.01.13; 13:07]

(57) BORGES, Margarida; GOUVEIA, Miguel; COSTA, João *et al.* – Carga da doença atribuível ao tabagismo em Portugal. *Revista Portuguesa de Pneumologia*. ISSN 0873-2159. Vol. 15, n.º 6. (2009). 951-1004. Disponível em <http://www.scielo.oces.mctes.pt/pdf/pne/v15n6/v15n6a01.pdf> [05.03.2012; 17:02]

(58) NUNES, Emília – *Consumo de Tabaco, Estratégias de Prevenção e Controlo*. Lisboa: Direcção-Geral da Saúde, 2002. Disponível em <http://www.eb23-sta-marta-penaguiao.rcts.pt/Outras%20paginas/SAUDE/Tabaco.pdf> [06.03.2012; 23:46]

(59) U.S. DEPARTMENT OF HEALTH AND HUMAN SERVICES – *Women and Smoking: a Report of the Surgeon General*. Atlanta: U.S. Department of Health and Human Services, Centers for Disease Control and Prevention (CDC), National Center for Chronic Disease Prevention and Health

Promotion, Office on Smoking and Health, 2001. Disponível em http://www.cdc.gov/tobacco/data_statistics/sgr/2001/executive_summary/pdfs/execsumm.pdf [08.03.2012; 12:48]

(60) MCNEILL, A - *Smoking and mental health: a review of the literature*. Londres, 2001. Disponível em http://ash.org.uk/files/documents/ASH_202.pdf [14.02.2012; 14:57]

(61) WORLD HEALTH ORGANIZATION - *Tools for advancing tobacco control in the XXI century: Policy recommendations for smoking cessation and treatment of tobacco dependence*. Geneva: OMS, 2003. ISBN 9241562404. Disponível em <http://whqlibdoc.who.int/publications/2003/9241562404.pdf> [24.02.2012; 17:35]

(62) COMISSÃO DAS COMUNIDADES EUROPEIAS - *Livro Verde: por uma Europa sem fumo – opções estratégicas a nível comunitário*. Bruxelas: Comissão das Comunidades Europeias, 2007. Disponível em http://ec.europa.eu/youth/documents/publications/whitepaper_pt.pdf [22.04.2012; 18:00]

(63) U.S. DEPARTMENT OF HEALTH AND HUMAN SERVICES - *The Health Consequences of Involuntary Exposure to Tobacco Smoke: a Report of the Surgeon General*. U.S. Department of Health and Human Services, Centers for Disease Control and Prevention (CDC), Coordinating Center for Health Promotion, National Center for Chronic Disease Prevention and Health Promotion, Office on Smoking and Health, 2006. Disponível em <http://www.surgeongeneral.gov/library/secondhandsmoke/report/executivesummary.pdf> [08.03.2012; 12:45]

(64) CALHEIROS, José M. - Fumo ambiental e saúde. *Revista Portuguesa Clínica Geral*. Vol. 22. (2006). 245-253. Disponível em <http://www.woncaeurope2014.org/files/54/documentos/20070529105216890684.pdf> [08.02.2012; 14:42]

(65) COMISSÃO DAS COMUNIDADES EUROPEIAS - *Livro Branco, Juntos para a saúde: uma abordagem estratégica para a EU (2008-2013)*. Bruxelas: Comissão das Comunidades Europeias,

2007. Disponível em http://eur-lex.europa.eu/LexUriServ/site/pt/com/2007/com2007_0027pt01.pdf [22.04.2012; 18:12]

(66) EUROPEAN FOUNDATION FOR THE IMPROVEMENT OF LIVING AND WORKING CONDITIONS. *Changes over time – First findings from the fifth European Working Conditions Survey*. 2010. Disponível em <http://www.eurofound.europa.eu/pubdocs/2010/74/en/2/EF1074EN.pdf> [07.03.2012; 12:35]

(67) THE WORLD BANK – *Curbing the epidemic: Governments and the Economics of Tobacco Control*. Washington D.C.: The World Bank, 1999. ISBN 0-8213-4519-2. Disponível em <http://www.usaid.gov/policy/ads/200/tobacco.pdf> [08.02.2012; 22:41]

(68) NOGUEIRA, P.J.; DIAS, C.M.; GOMES, C.A. *et al.* – *Infotabac Relatório: Avaliação da Lei do Tabaco em Portugal 2008-2010*. Direcção-Geral de Saúde, Instituto Dr. Ricardo Jorge, 2011. Disponível em http://www.coppt.pt/attachments/186_201103-i014123.pdf [08.03.2012; 23:26]

(69) ECONOMIC POLICY COMMITTEE AND EUROPEAN COMMISSION - *The impact of ageing on public expenditure: projections for the EU25 Member States on pensions, health care, long term care, education and unemployment transfers (2004-2050)*. European Economy, 2006. Disponível em http://ec.europa.eu/economy_finance/publications/publication6654_en.pdf [25.02.2012; 16:07]

(70) WORLD HEALTH ORGANIZATION - *European Strategy for Tobacco Control*. Copenhaga: Gabinete Regional da OMS para a Europa, 2002. Disponível em http://www.euro.who.int/_data/assets/pdf_file/0016/68101/E77976.pdf [22.04.2012; 18:10]

(71) WORLD HEALTH ORGANIZATION – *Code of Practice on Tobacco Control for Health Professional Organizations*. Geneva: WHO informal Meeting on Health Professionals and Tobacco Control, 2004. Disponível em http://www.who.int/tobacco/research/cessation/code_practice_en.pdf [21.02.2012; 15:45]

(72) FICHTENBERG, C.M.; GLANTZ, S.A. - Effect of smoke free workplaces on smoking behaviour: systematic review. *British Medical Journal*. Volume 325, n.º 5377 (2002). <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC117445/> [16.02.2012; 15:08]

(73) PARLAMENTO EUROPEU E DO CONSELHO – Diretiva 2001/37/CE de 5 de Julho de 2001 relativa à aproximação das disposições legislativas, regulamentares e administrativas dos Estados Membros no que respeita ao fabrico, à apresentação e à venda de produtos do tabaco. *Jornal Oficial da União Europeia*. L194. (18.07.2001). 26-34. Disponível em <http://eur-lex.europa.eu/LexUriServ/LexUriServ.do?uri=OJ:L:2001:194:0026:0034:PT:PDF> [2012.04.11; 16:06]

(74) PARLAMENTO EUROPEU E DO CONSELHO – Diretiva 2003/33/CE de 26 de Maio de 2003 relativa à aproximação das disposições legislativas, regulamentares e administrativas dos Estados Membros em matéria de publicidade e patrocínio dos produtos do tabaco. *Jornal Oficial da União Europeia*. L152. (20.06.2003). 16-19. Disponível em <http://eur-lex.europa.eu/LexUriServ/LexUriServ.do?uri=OJ:L:2003:152:0016:0019:PT:PDF> [2012.04.11; 16:07]

(75) PORTUGAL. MINISTÉRIO DA SAÚDE – *Plano Nacional de Saúde: Orientações estratégicas para 2004-2011, Mais Saúde para Todos*. Lisboa: Ministério da Saúde, 2004. Disponível em http://www.dgsaude.min-saude.pt/pns/media/pns_vol2.pdf [08.03.2012; 14:51]

(76) OBSERVATÓRIO PORTUGUÊS DOS SISTEMAS DE SAÚDE – *Relatório Primavera 2010, Desafios em tempos de crise*. Lisboa: OPSS, 2010. Disponível em http://www.observaport.org/sites/observaport.org/files/RelatorioPrimavera2010_OPSS-FT.pdf [01.07.2010; 12:51]

(78) PETO, R.; LOPEZ, A.D.; BOREHAM, J.; THUN, M. - *Mortality from smoking in developed countries, 2ª edição, atualizada junho de 2006*. Disponível em <http://www.ctsu.ox.ac.uk/~tobacco> [07.02.2012; 14:27]

(79) RICHMOND, R.L.; KEHOE, L.A.; WEBSTER, I.W.- Multivariate models for predicting abstinence following intervention to stop smoking by general practitioners. *Addiction*. Vol. 88, n.º 8. (1993). 1127-35. Disponível em <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/8401167> [13.03.2012; 16:49]

(80) PIERCE, J.; GIOVINO, G.; HATZIANDREU, E.; SHOPLAND, D. - National age and sex differences in quitting smoking. *J Psychoactive Drugs*. Vol. 21, n.º 3. (1998). 293-298. Disponível em <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/2809895> [02.03.2012; 13:28]

(81) TAYLOR, C.B. et al. – A Nurse-Managed Smoking Cessation Program for Hospitalized Smokers. *American Journal of Public Health*. Vol. 86, n.º 11. (1996). 1557-1560. Disponível em <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC1380689/pdf/amjph00522-0055.pdf> [02.03.2012; 12:37]

(82) STEAD, L.F.; PERERA, R.; BULLEN, C.; MANT, D.; LANCASTER, T. - *Nicotine Replacement Therapy for Smoking Cessation (Review)*, *The Cochrane Collaboration*. John Wiley & Sons, Ltd, 2008. Disponível em <http://www.thecochranelibrary.com/userfiles/ccoch/file/World%20No%20Tobacco%20Day/CD000146.pdf> [26.02.2012; 16:39]

(83) LAI, D.T.C.; CAHILL, k; QIN, , Y; TANG, J.L. - *Motivational Interviewing for Smoking Cessation (Review)*, *The Cochrane Collaboration*. John Wiley & Sons, Ltd, 2010. Disponível em <http://www.thecochranelibrary.com/userfiles/ccoch/file/World%20No%20Tobacco%20Day/CD006936.pdf> [26.02.2012; 16:23]

(84) ROLLNICK , S.; MILLER, W.R. - What is motivational interviewing? *Behavioural and Cognitive Psychotherapy*. Vol. 23. (1995). 325-334. Disponível em <http://www.stephenrollnick.com/index.php/all-commentary/64-what-is-motivational-interviewing> [02.03.2012; 10:58]

(85) MINISTÉRIO DA SAÚDE. Direcção-Geral de Saúde – *Mais Vida Sem Tabaco*. 1ªEdição. Lisboa: Direcção-Geral de Saúde, 2006. ISBN 972-675-138-1.

(86) SOCIEDADE PORTUGUESA DE PNEUMOLOGIA - *Como Deixar de fumar, Comissão de Tabagismo da Sociedade Portuguesa de Pneumologia*. Disponível em <http://www.sppneumologia.pt/sites/sppneumologia.pt/files/pdfs/Deixar%20de%20Fumar.pdf> [2012.02.11; 15:45]

(87) RANNEY, L. et al. - Systematic Review: Smoking Cessation Intervention Strategies for Adults and Adults in Special Populations. *Annals of Internal Medicine*. Vol. 145, n.º 11. (2006). 845-w237. Disponível em <http://www.annals.org/content/145/11/845.full.pdf+html> [09.02.2012; 13:16]

- (88) http://ec.europa.eu/health/tobacco/ex_smokers_are_unstoppable/index_pt.htm [11.01.13; 12:55]
- (89) TØNNESEN, P.; CARROZZI, I.; FAGERSTRÖM, K.O. *et al.* – Smoking Cessation in Patients with Respiratory Diseases: a high priority, integral component of therapy. *Eur Respir J.* Vol. 29. (2007). 390-417. Disponível em <http://erj.ersjournals.com/content/29/2/390.full.pdf+html> [05.03.2012; 12:25]
- (90) WHYTE, R.E.; WATSON, H.E.; MCINTOSH, J. - Nurses' opportunistic interventions with patients in relation to smoking. *J Adv Nurs.* Vol. 55, n.º 5. (2006). 568-577. Disponível em <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/16907788> [09.02.2012; 13:21]
- (91) WEWERS, M.E.; SARNA, L.; RICE, V.H. - Nursing research and treatment of tobacco dependence: state of the science. *Nurs Res.* Vol. 55, 4 suppl. (2006). S11-15. Disponível em <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/16829772> [09.02.2012; 13:28]
- (92) RICE, V.H.; STEAD, L.- Nursing intervention and smoking cessation: meta-analysis update. *Heart Lung.* Vol. 35, n.º 3. (2006). 147-163. Disponível em <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/16701109> [09.02.2012; 13:31]
- (93) SVAVARSDÓTTIR, M.H.; HALLGRÍMSDÓTTIR, G. - Participation of Icelandic nurses in smoking cessation counselling. *J Clin Nurs.* Vol. 17, n.º 10. (2008). 1335-1341. Disponível em <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/17419789> [09.02.2012; 13:10]
- (94) ERGUL, S.; TEMEL, A.B. - The effects of a nursing smoking cessation intervention on military students in Turkey. *Int Nurs Rev.* Vol. 56, n.º 1. (2009).102-108. Disponível em <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/19239523> [09.02.2012; 12:55]
- (95) CARLEBACH, S.; HAMILTON, S. - Understanding the nurse's role in smoking cessation. *British Journal of Nursing.* Vol. 18, n.º 11. (2009). 672-676. Disponível em http://www.internurse.com/cgi-bin/go.pl/library/article.cgi?uid=42719;article=BJN_18_11_672_676;format=pdf [21.02.2012; 16:48]

(96) DOOLAN, D.M.; FROELICHER, E.S. - Efficacy of smoking cessation intervention among special populations: review of the literature from 2000 to 2005. *Nurs Res.* Vol. 55, 4 suppl . (2006). S29-37. Disponível em <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/16829774> [09.02.2012; 13:26]

(97) INTERNATIONAL COUNCIL OF NURSES – *Fact Sheet Nurses for Tobacco-free life*. Geneve: ICN, 2009. Disponível em http://www.ordemenfermeiros.pt/relacoesinternacionais/gri_documentacao/ICN_FolhasInformativas_vsINGePT/FI_versao_ING/Non_Communicable_Diseases/1d_FS-Tobacco_Free_Life.pdf [21.02.2012; 15:17]

(98) INTERNATIONAL COUNCIL OF NURSES – *Tomada de Posição Tabaco e Saúde*. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros, 1999. Disponível em http://www.ordemenfermeiros.pt/relacoesinternacionais/gri_documentacao/ICN_TomadasdePosicao_versaoINGePT/TP_versaoPT/18_Tobacco_useHealth_Pt_-_revisto_IS-LF.pdf [21.02.2012; 15:03]

(99) TINGEN, M.S. *et al.*- Tobacco prevention in children and cessation in family members. *J Am Acad Nurse Pract.* Vol. 18, n.º 4. (2006). 169-179. Disponível em <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/16573730> [09.02.2012; 12:19]

(100) BARTA, S.K.; STACY, R.D. - The effects of a theory-based training program on nurses' self-efficacy and behavior for smoking cessation counseling. *J Contin Educ Nurs.* Vol.36, n.º 3. (2005). 117-123. Disponível em <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/16022031> [09.02.2012; 13:38]

(101) BARREIRA, Esmeralda; GOMES, Francisco S.; CUNHA, Luís M. – Atitudes face ao tabagismo: hábitos tabágicos e o papel dos profissionais de saúde. *Psicologia, Saúde e Doenças.* Vol. 8, n.º 2. (2007). 197-207. Disponível em <http://www.scielo.oces.mctes.pt/pdf/psd/v8n2/v8n2a04.pdf> [05.03.2012; 17:42]

(102) SANTOS, Mário - Intervenção motivacional numa consulta de tabagismo com base no modelo de mudança comportamental – uma proposta. *Revista Portuguesa Clínica Geral.* Vol. 22. (2006). 255-262. Disponível em <http://www.woncaeurope2014.org/files/54/documentos/20070529105519734186.pdf> [10.02.2012; 15:00]

- (102) REGULAMENTO DA ORDEM DOS ENFERMEIROS N.º 122/2011. D.R. II SÉRIE. 35 (2011-2-18) 8648-8653 – Competências Comuns dos Enfermeiros Especialistas
- (103) REGULAMENTO DA ORDEM DOS ENFERMEIROS N.º 129/2011. D.R. II SÉRIE. 35 (2011-2-18) 8669-8673 – Competências Específicas dos Enfermeiros Especialistas em Enfermagem de Saúde Mental
- (104) CATALDO, J.K. - The role of advanced practice psychiatric nurses in treating tobacco use and dependence. *Arch Psychiatr Nurs*. Vol. 15, n.º 3. (2001). 107-119. Disponível em <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/11413502> [09.02.2012; 14:50]
- (105) TOMEY, Ann Marriner e ALLIGOOD, Martha Raile – *Teóricas de Enfermagem e a sua Obra (Modelos e Teorias de Enfermagem)*. 5ª Edição. Loures: Lusociência, 2004. ISBN 972-8383-74-6.
- (106) TALENTO, Barbara – *Jean Watson In GEORGE, Júlia B. et al.- Teorias de Enfermagem*. Porto Alegre: Artes médicas, 1993. 253-264.
- (107) WATSON, Jean – *Enfermagem: ciência humana e cuidar, uma teoria de enfermagem*. 1ª Edição. Loures: Lusociência, 2002. ISBN 972-8383-33-9.
- (108) LAZURE, Hélène – *Viver a Relação de Ajuda: abordagem teórica e prática de um critério de competência da enfermeira*. 1ª Edição. Lisboa: Lusodidacta, 1994. ISBN 972-95399-5-2
- (109) NEEB, Kathy - *Fundamentos de Enfermagem de Saúde Mental*. 1ª Edição. Loures: Lusociência, 2000. ISBN 972-8383-14-2.
- (110) FERREIRA-BORGES, Carina; FILHO, Hilson Cunha – *Aconselhamento: Usos, abusos e dependências*. 1ª Edição. Lisboa: Climepsi, 2004. ISBN 972-796-149-5
- (111) CARNEIRO, Elizabeth; GIGLIOTTI, Analice – *Para além da teoria: a entrevista motivacional In FERREIRA-BORGES, Carina; FILHO, Hilson Cunha – Aconselhamento: Usos, abusos e dependências*. Lisboa: Climepsi, 2004. ISBN 972-796-149-5.

(112) ORDEM DOS ENFERMEIROS – *Conselho de Enfermagem: Competências do Enfermeiro de Cuidados Gerais*. Ordem dos Enfermeiros, 2004.

(113) ROSAS, Manuel; BAPTISTA, Filipa – Desenvolvimento de estratégias de intervenção psicológica para a cessação tabágica. *Análise Psicológica*. Vol. 1, n.º XX. (2002). 45-56. Disponível em

<http://www.scielo.oces.mctes.pt/pdf/aps/v20n1/v20n1a05.pdf> [05.03.2012; 11:47]

(114) MATHRE, Mary L. - *O Abuso de substâncias na comunidade* In STANHOPE, Márcia; LANCASTER, Jeanette - *Enfermagem Comunitária: promoção de saúde de grupos, famílias e indivíduos*. Lisboa: Lusociência, 1999. ISBN 972-8383-05-3.

(115) RIEMSMA, R.P. *et al.* – Systematic review of the effectiveness of stage based interventions to promote smoking cessation. *BJM*. Vol. 326. (2003). 1-7. Disponível em http://www.bmj.com/highwire/filestream/359124/field_highwire_article_pdf/0.pdf [09.02.2012; 11:04]

(116) JARVIS, M.J. *et al.* – Prevalence of hardcore smoking in England, and associated attitudes and beliefs: cross sectorial study. *BMJ*, Vol. 326. (2003). 1-5. Disponível em http://www.bmj.com/highwire/filestream/355620/field_highwire_article_pdf/0.pdf [09.02.2012; 11:44]

(117) http://www.motivationalinterview.org/clinicians/Side_bar/skills_maintenance.html [13.02.2012; 16:22]

(118) SALOMÉ, Jacques - *Relação de ajuda: guia para acompanhamento psicológico de apoio pessoal, familiar e profissional*. 2ª Edição. Petrópolis: Vozes. 1995. ISBN 85.326.1152-4. pp. 161

(119) FRANCO, Maria R.B. *et al.* – *Relação de Ajuda ao Toxicodependente*. Colectânea de Textos Taipas. Vol. IV. (1994). pp.72

(120) MAMBRIANI, Stefano – *La comunicacion en las relaciones de ayda*. Madrid: San Pablo. 1993

(121) DIAS, António *et al.* – Saber Escutar: para uma relação de ajuda na UCI. *Servir*. Vol.n.º43 –n.º2, pp.94

(122) PATTERSON, Lewis; EISENBERG, Sheldon – *O Processo de Aconselhamento*. 1ª Edição. São Paulo: Martins Fontes editora, 1983.

(123) CARY, Ann H. – *Gestão de Casos*. In STANHOPE, Marcia e LANCASTER, Jeanette – *Enfermagem comunitária: promoção da saúde de grupos, famílias e indivíduos*. 4ª Edição. Loures: Lusociência, 1999. ISBN 972-8383-05-3. 389-407.

(124) SEQUEIRA, Ana e LOPES, Joaquim – Gestão de cuidados de enfermagem para uma assistência efectiva e integrada à pessoa com toxicodependência. *Revista Toxicodependências*, Edição IDT. Vol. 15, n.º 1. (2009). 67-76. Disponível em http://www.idt.pt/PT/RevistaToxicodependencias/Artigos%20Ficheiros/2009/1/Toxico_N1_2009_6.pdf [26.03.2012; 21:29]

(125) GONZALES, Roxana *et al.* – Gerenciamento de caso: um enfoque nos cuidados à saúde. *Revista Latino Americana de Enfermagem*. Vol. 11, n.º2. (2003). 227-231. Disponível em <http://www.scielo.br/pdf/rlae/v11n2/v11n2a13.pdf> [26.03.2012; 21:14]

(126) CASARIN, Santina N.A. *et al.* – Case management: evolution of the concept in the 80's and 90's. *Revista Latino Americana de Enfermagem*. Vol. 10, n.º4. (2002). 472-477. Disponível em <http://www.scielo.br/pdf/rlae/v10n4/13357.pdf> [02.04.2012; 15:23]

(127) STUART, Gail W. e LARAIA, Michele T. – *Enfermagem Psiquiátrica, princípios e prática*. 6ª Edição. Porto Alegre: Artmed Editora, 2001. ISBN 85-7307-713-1

(128) PHANEUF, Margot – *Comunicação, entrevista, relação de ajuda e validação*. Loures: Lusociência, 2005. ISBN 972-8383-84-3

(129) LOPES, Joaquim – O Aconselhamento como Cuidado de Enfermagem numa Equipa de Tratamento – Artigo de Investigação. *Revista Toxicodependências*, Edição IDT. Vol. 16, n.º1. (2010). 65-77

(130) PAUL, Charlotte e REEVES, Joan S. – *Visão Geral do Processo de Enfermagem*. In GEORGE, Júlia B. *et al.*- *Teorias de Enfermagem*. Porto Alegre: Artes médicas, 1993. 21-32

(131) BELCHER, Janice R. e FISH Lois J.B. In GEORGE, Júlia B. *et al.*- *Teorias de Enfermagem*. Porto Alegre: Artco médicas, 1993. 45-57

(132) VIDA, Anabela L. Brito – *Estudo de Caso: O papel de enfermagem na promoção de comportamentos de saúde*. Setúbal [s.n.], 2008. Trabalho no âmbito da Pós-Graduação em Enfermagem de Saúde Mental, vertente Adição e Reabilitação Psicossocial. 86.

(133) HEATH, J. *et al.* - The impact of the georgia health sciences university nursing faculty practice on tobacco cessation rates. *Nurs Clin North Am*. Mar, Vol. 47, n.º 1. (2012).1-12. Disponível em <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/22289393> [09.02.2012; 12:16]

(134) SMITH, P.M. *et al.* - Nurse case-managed tobacco cessation interventions for general hospital patients: results of a randomized clinical trial. *Can J Nurs Res*. Vol. 43, n.º 1. (2011). 98-117. Disponível em <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/21661618> [09.02.2012; 12:42]

(135) SARNA, L.; BIALOUS, S. - Tobacco control in the 21st century: a critical issue for the nursing profession. *Res Theory Nurs Pract*. Vol. 19, n.º 1. (2005). 15-24. Disponível em <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/15989165> [09.02.2012; 14:26]

(136) HEATH, J. *et al.* - Evidence-based smoking cessation interventions for patients with acute respiratory disorders. *Annu Rev Nurs Res*. Vol. 27. (2009). 273-96 Disponível em <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/20192108> [09.02.2012;12:58]

(137) JEPSON, R. G. *et al.* - The effectiveness of interventions to change six health behaviours: a review of reviews. *BMC Public Health*, Vol. 10. (2010). 1-16. Disponível em <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2944371/pdf/1471-2458-10-538.pdf> [09.02.2012; 12:48]

(138) MINISTÉRIO DA SAÚDE – *Manual do sistema de classificação de doentes em enfermagem*. 4ª Edição (cópia n.º39). Lisboa: ACSS, Unidade operacional de financiamento e contratualização, 2010.

(139) MINISTÉRIO DA SAÚDE – *Manual de conceitos básico para a definição de níveis de dependência de cuidados de enfermagem em cirurgia/medicina*. 3ª Edição. Lisboa: ACSS, Unidade operacional de financiamento e contratualização, 2011.

(140) STEVENS, V.J. *et al.* – A smoking-cessation intervention for hospital patients. *Medical Care*. Vol. 31, n.º 1. (1993). 65-72. Disponível em <http://www.jstor.org/pss/3765765> [02.03.2012; 12:58]

(141) DOOLAN, D.M.; FROELICHER, E.S. - Smoking cessation interventions and older adults. *Prog Cardiovasc Nurs*. Vol. 23, n.º 3. (2008). 119-127. Disponível em <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/19039892> [09.02.2012; 13:02]

(142) TØNNESEN, Philip; MIKKELSEN, Kim; BREMANN, Linda – Nurse-Conducted Smoking Cessation in Patients With COPD Using Nicotine Sublingual Tablets and Behavioral Support. *Chest*. Vol. 130. (2006). 334-342. Disponível em <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/16899830> [09.02.2012; 12:00]

(143) PORTUGAL. DIRECÇÃO-GERAL DA SAÚDE – *Programa Nacional de Prevenção e Controlo da Doença Pulmonar Obstrutiva Crónica*. Lisboa: Direcção-Geral da Saúde, 2005. ISBN 972-675-125-X. Disponível em <http://www.dgs.pt/upload/membro.id/ficheiros/i006907.pdf> [07.03.2012; 13:38]

(144) Escala Hospitalar de Ansiedade e Depressão Disponível em http://www.cirurgiadacolunavertebral.com.br/portal/templates/siteground-j15-80/arquivos/biblioteca/escala_questionario/escala_hospitalar_ansiedade_depressao.pdf [10.02.2012; 15:52]

(145) MARCOLINO, José A.M. *et al.* - Escala Hospitalar de Ansiedade e Depressão: estudo da viabilidade de critério e da confiabilidade com pacientes no pré-operatório. *Revista Brasileira de Anestesia*. Vol. 57, n.º1. (2007). 52-62. Disponível em http://www.scielo.br/pdf/rba/v57n1/en_06.pdf [07.03.2012; 15:03]

(146) SNYDER, M. - Serious mental illness and smoking cessation. *Issues Ment Health Nurs*. Vol. 27, n.º 6. (2006). 635-645. Disponível em <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/16923734> [09.02.2012; 13:19]

- (147) COOLEY, M.E.; LUNDIN, R.; MURRAY, L. - Smoking cessation interventions in cancer care: opportunities for oncology nurses and nurse scientists. *Annu Rev Nurs Res*. Vol. 27. (2009).243-272. Disponível em <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/20192107> [09.02.2012; 13:00]
- (148) COOLEY, M.E. *et al.* - Patient-reported receipt of and interest in smoking-cessation interventions after a diagnosis of cancer. *Cancer*. Vol. 117, n.º 13. (2011). 2961-2969. Disponível em <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/21692055> [09.02.2012; 12:39]
- (149) BROWNING, Kristine K.; WEWERS, Mary E.; FERKETICH, Amy K. – The Self-Regulation Model of Illness Applied to Smoking. *Cancer Nurs*. Vol. 32, n.º 4. (2009). E15-E25. Disponível em <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2910577/pdf/nihms202874.pdf> [07.03.2012; 17:25]
- (150) DIFENBACH, Michael A. – *Illness Representations*. Disponível em http://dccps.cancer.gov/brp/constructs/illness_representations/illness_representations.pdf [08.03.2012; 11:34]
- (151) SANZ POZO, B.; CAMARELLES GUILLEM, F.; MIGUEL DÍEZ, J. – Manejo de las recaídas en la deshabitación tabáquica. *Rev Clin Esp*. Vol. 206, n.º 3. (2006). 150-152. Disponível em <http://www.elsevier.es/sites/default/files/elsevier/pdf/65/65v206n03a13086210pdf001.pdf> [10.02.2012; 16:29]
- (152) BABOR, Thomas F.; HIGGINS-BIDDLE, Jonh C.; SAUNDERS, Jonh B.; MONTEIRO, Maristela G. *AUDIT The Alcohol Use Disorders Identification Test, Guidelines for use in primary care*. 2ªedição. Geneva: WHO Department of Mental Health and Substance Dependence, 2001. Disponível em http://whqlibdoc.who.int/hq/2001/WHO_MSD_MSB_01.6a.pdf [10.02.2012; 15:59]
- (153) FERREIRA, Pedro L.; QUINTAL, Carlota; LOPES, Inês; TAVEIRA, Natália – Teste de dependência à nicotina: validação linguística e psicométrica do teste de Fagerström. *Revista Portuguesa de Saúde Pública*. Vol. 27, n.º 2. (2009). 37-56. Disponível em <http://www.scielo.oces.mctes.pt/pdf/rpsp/v27n2/v27n2a05.pdf> [05.03.2012; 11:27]

(154) APÓSTOLO, João L.A. e GAMEIRO, Manuel G.H. – Referências Onto-epistemológicas e metodológicas da investigação em enfermagem: uma análise crítica. *Referência*. IIª Série, n.º1, Dezembro 2005 (pp29-38)

(155) DECRETO-LEI n.º111. D.R. I Série.180 (2009-9-16) 6547-6549 - Código Deontológico do Enfermeiro

(156) BENNER, Patrícia – *De iniciado a perito*. s/ Ed. Coimbra: Quarteto Editora, 2001. ISBN 972-8535-97-X

(157) LOPES, Manuel José – *Concepções de Enfermagem e Desenvolvimento Sócio-Moral: alguns dados e implicações*. 2ªEdição. Lisboa: Associação Portuguesa de Enfermeiros, 2001. ISBN 972-98149-0-2

(158) NOVAK, Joseph D. – *Aprender, Criar e Utilizar o Conhecimento*. 1ª Edição. Lisboa: Plátano Edições Técnicas, 2000. ISBN 972-707-279-8

(159) NEBOT, M. *et al.*- Environmental tobacco smoke exposure in public places of European cities. *Tob Control*. N.º 14 (2005). 60-63. Disponível em <http://tobaccocontrol.bmj.com/content/14/1/60.full.pdf+html> [29.02.2012; 16:12]

(160) RODRIGUES, H. Luz – Qual a contribuição da farmacoterapia na cessação tabágica. *Revista Portuguesa de Pneumologia. Separata*. Vol. 8, n.º2. (2002). 151-174.

(161) CONSELHO INTERNACIONAL DE ENFERMEIRAS – *Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem (CIPE/ICNP) – versão beta 2*. 1ª Edição. Lisboa: Associação Portuguesa de Enfermeiros, 1999. ISBN 972-98149-5-3.

(162) NUNES, Lucília – *Um Olhar sobre o Ombro: Enfermagem em Portugal (1881-1998)*. 1ªEdição.Loures: Lusociência, 2003. ISBN 972-8383-30-4

APÊNDICE

- 1. Artigo *Deixar de Fumar*, Projeto de Intervenção de Enfermagem na Promoção da Cessação Tabágica junto do Cliente Fumador Internado**

DEIXAR DE FUMAR

Projeto de Intervenção de Enfermagem na Promoção da Cessação Tabágica junto do Cliente Fumador Internado

Autores: Vida, Anabela²⁷; Ramos, Lino²⁸.

Resumo: O uso do tabaco constitui um dos maiores problemas atuais de saúde pública, pois todas as formas de tabaco são aditivas e, quer o consumo quer a exposição ao fumo do tabaco são letais, sendo considerado a primeira causa de morbilidade e mortalidade evitáveis nos países desenvolvidos, com sérias consequências também a nível social, económico e ambiental.

A cessação tabágica surge como a única via para uma diminuição da mortalidade e morbilidade associadas ao tabagismo, pelo que é recomendado que todos os profissionais de saúde, nos vários contextos da sua prática, identifiquem os hábitos tabágicos junto dos seus pacientes e que todos os fumadores sejam alvo de um aconselhamento breve.

A ausência de intervenção de enfermagem promotora da cessação tabágica dirigida aos clientes fumadores internados, motivou o desenvolvimento do projeto “Deixar de Fumar”, um Projeto de Intervenção de Enfermagem na área da Cessação Tabágica,

num serviço de medicina de um Hospital da Zona Sul, implementado desde 2009.

Tem como objetivo promover a cessação tabágica através de aconselhamento motivacional, pelo que foram implementadas atividades com o propósito de assegurar uma intervenção de enfermagem eficaz, com base na evidência científica.

Entre 2011 e 2012, contribuimos para a identificação dos hábitos tabágicos de todos os clientes internados e para a realização de aconselhamento breve e/ou intensivo, através de entrevista motivacional, a 116 pessoas (93%). Dos 101 fumadores com potencial para mudar (pré-contempladores e contempladores), conseguimos capacitar 52% para uma mudança a nível comportamental, observável através da sua produção verbal (53 pessoas). 46 Pessoas (46%) manifestaram desejo em deixar de fumar e identificaram estratégias para o concretizar.

O enfermeiro especialista em enfermagem de saúde mental assume-se como Gestor de Cuidados promotores da cessação tabágica, mobilizando-se a si mesmo como instrumento terapêutico, sendo influenciado por teóricas de enfermagem como *Watson*, *Lazure* e *Peplau*, assim como pelas técnicas de comunicação terapêutica de *Rogers* e a Teoria transteórica de mudança de *Prochaska* e *DiClemente*.

Palavras-chave: Tabagismo, Cessação Tabágica, Enfermagem, Aconselhamento Motivacional, Projeto de saúde.

²⁷ Enfermeira Especialista em Enfermagem de Saúde Mental; aluna do 2º Curso de Mestrado em Enfermagem de Saúde Mental da Escola Superior de Saúde (ESS), do Instituto Politécnico de Setúbal (IPS)

²⁸ Professor Adjunto da ESS\IPS

Abstract: Tobacco use is a major public health problem today, because all forms of tobacco are addictive and either consumption or exposure to tobacco smoke are lethal, and is considered the leading cause of preventable morbidity and mortality in developed countries, with serious consequences also at the social, economic and environmental.

Smoking cessation appears to be the only way to decrease mortality and morbidity associated with smoking, so it is recommended that all health professionals in the various contexts of their practice, identify the smoking habits among their patients and that all smokers are the subject of a brief counseling.

The absence of a promoter of nursing intervention aimed at smoking cessation smoking patients hospitalized, motivated the development of the "Quit Smoking", a Nursing Intervention Project in the area of directed Patient Smoking Cessation Smokers hospitalized in a medical service, a hospital in the south, implemented since 2009.

Between 2011 and 2012, we contributed to the identification of smoking status of every patient and to conduct brief counseling and / or intensive, using motivational interviewing, to 116 people (93%). Of the 101 smokers with potential to change (pre-contemplators and contemplators), 52% could qualify for a change at the behavioral level, observable through their verbal production (53 people). 46 people (46%) expressed a desire to quit smoking and have identified strategies to

implement it.

The nurse specialist in mental health is assumed as care manager boosters smoking cessation, mobilizing himself as a therapeutic tool in the helping relationship, under the influence of theoretical nursing as *Watson*, *Lazure* and *Peplau*, as well as techniques therapeutic communication of *Rogers* and Transtheoretical model of change of *Prochaska and DiClemente*.

Keywords: Smoking, Smoking Cessation, Nursing, Motivational Counseling, Health Project.

1. Introdução

O tabaco é originário das plantas *Nicotiana tabacum* e *Nicotiana rústica* e o seu consumo data dos primórdios da existência do Homem. O seu uso foi difundido na Europa, após a viagem de Colombo, sob a forma de rapé, charutos ou cachimbo, em parte devido à crença no seu valor terapêutico, tendo surgido o cigarro em 1881 que, pelo seu custo e facilidade no manuseamento, foi produzido em massa e contribuiu para uma rápida expansão do consumo do tabaco a nível mundial ⁽¹⁾. Atualmente, cerca de 1,3 bilião de pessoas faz uso do tabaco, a maior parte sob a forma de cigarros ⁽²⁾.

Apesar de Portugal ter uma das mais baixas prevalências de fumadores entre os países europeus, cerca de 23% da população é fumadora ^(3, 4), existindo uma tendência crescente de mulheres fumadoras em idades jovens ⁽⁵⁾.

Toda a evidência científica aponta para o Tabaco como o maior fator de agressão da saúde do homem, constituindo-se como a primeira causa de morbilidade e mortalidade evitáveis nos países desenvolvidos, com sérias consequências também a nível social, económico e ambiental ^(2, 6, 7, 8, 9, 10, 11).

A cessação tabágica representa a única via para uma diminuição da mortalidade e morbilidade associada ao tabagismo ^(12, 13), pelo que é consensual a importância dos fumadores serem ativamente encorajados e ajudados a deixar de fumar. Devem ser-lhes oferecidas as várias modalidades de tratamento (farmacológicas e

aconselhamento), com efetividade comprovada, realizadas por uma equipa de profissionais de saúde multidisciplinar, onde se inclui o Enfermeiro, agente privilegiado de educação e promoção da saúde, tendo o seu papel sido sugerido e valorizado na Convenção da Organização Mundial de Saúde (OMS) para o Controlo do Tabaco, em 2005 ^(12, 14, 15, 16, 17, 18).

1.1. Dependência a Nicotina

O Tabagismo é reconhecido pela OMS (1992) como uma doença aditiva crónica, com múltiplas recaídas, requerendo um tratamento adequado ^(15, 19), e pelo Manual de Diagnóstico e Estatística das Perturbações Mentais (1994) ⁽²⁰⁾ como uma Perturbação relacionada com o Consumo de Nicotina.

A Nicotina é um estimulante que reduz o tempo de reação, melhora a atenção e a memória, reduz o stresse e a ansiedade e diminui o apetite. Induz tolerância (a exposição repetida à mesma quantidade de nicotina leva à redução dos efeitos inicialmente experimentados, o que leva a um aumento das doses consumidas), abstinência (após interrupção abrupta do consumo, como ansiedade, irritabilidade, frustração, ânsia em fumar), utilização compulsiva e problemas relacionados com a substância ^(20, 21).

1.2. Consequências do Tabagismo

Todas as formas de tabaco são aditivas e, quer o consumo, quer a exposição ao fumo do tabaco, são letais, sendo considerado uma das principais causas evitáveis de doença, incapacidade e morte a nível mundial ^(2, 6, 7, 8, 11).

A maioria das consequências do seu uso para a saúde surge anos ou até décadas após se começar a fumar ^(6, 10) e o risco aumenta com o número de cigarros fumados, a duração do consumo e a associação de outros fatores de risco, como o colesterol elevado, a hipertensão e a obesidade. É responsável por provocar cancro em diferentes localizações, doenças do aparelho respiratório (Doença Pulmonar Obstrutiva Crónica [DPOC], pneumonia, asma, tuberculose), doenças cardiovasculares (doença coronária, arterial periférica) e cerebrovasculares, entre outras ^(1, 10, 11, 12, 15, 22, 23, 24, 25, 26).

Mata cerca de metade de quem o consome, um quarto dos quais nas idades compreendidas entre os 25 e os 69 anos ^(2, 7, 10).

Na gravidez, aumenta o risco de baixo peso do bebé ao nascer (menos 200gr), prematuridade, placenta prévia, descolamento da placenta e mortalidade perinatal.

O consumo de tabaco é mais prevalente em pessoas com problemas de saúde mental (60%), relativamente à população em geral ⁽²⁷⁾.

Estima-se ter sido responsável, em Portugal, no ano de 2005, por 12 600 mortes e por uma carga da doença atribuível ao tabaco de 11,2% (146 000), tendo gerado a perda de 121 643 anos de vida saudável. Também foi responsável por 126 milhões de euros de custos com internamentos hospitalares e por mais 308 milhões de custos no ambulatório (medicamentos, consultas, meios complementares de diagnóstico) ⁽²⁸⁾.

1.3. Estratégias de prevenção e controlo do tabaco

Dada a multiplicidade de fatores implicados na génese do tabagismo, a sua abordagem requer uma combinação integrada de múltiplas estratégias nas áreas da legislação e na implementação de ações e programas europeus e internacionais, centradas na prevenção da iniciação do consumo, na promoção da cessação, na proteção da exposição ao fumo ambiental e na criação de climas sociais e culturais favoráveis à adoção de estilos de vida saudáveis ⁽¹²⁾.

Em Maio de 2003, na 56ª Assembleia Mundial da Saúde, os 192 Estados membros da OMS (80% população mundial) aprovaram a primeira medida global de saúde pública, a “Convenção-Quadro sobre Controlo do Tabagismo” ^{29, (29)}, que foi ratificada em 2005 ⁽³⁰⁾ por Portugal, tendo-se comprometido a reforçar as políticas e medidas de proteção das gerações presentes e futuras dos efeitos do tabaco a nível da saúde, sociais, ambientais e

²⁹ Framework Convention on Tobacco Control (WHO FCTC)

económicos, causados pelo consumo e pela exposição ao fumo do mesmo.

Em 2007, Portugal criou a Lei de Proteção Contra o Fumo do Tabaco ⁽³¹⁾, que entrou em vigor em 2008, e que estabelece várias normas referentes ao controlo do tabaco, entre as quais a proibição de fumar em determinados locais, como os hospitais, a sensibilização e educação para a saúde por profissionais de saúde relativamente aos malefícios decorrentes do consumo do tabaco e à importância da cessação tabágica, dirigida a pessoas doentes.

A cessação tabágica surge como a única via para uma diminuição da mortalidade e morbidade associada ao tabagismo, promovendo benefícios imediatos e as vantagens são tanto maiores quanto mais cedo se verificar o abandono ^(12, 13, 15, 22).

De acordo com as estimativas de *Peto* e colaboradores, se até 2020 for possível fazer diminuir para metade o número de jovens que anualmente começam a fumar, evitar-se-ão 20 milhões de mortes acumuladas até 2050. No entanto, se até 2020 metade dos atuais fumadores pararem de fumar, o número acumulado de mortes evitadas em 2050 será de 180 milhões ⁽²³⁾.

As normas sobre o tratamento do uso e dependência do tabaco, baseadas na evidência científica, publicadas por várias entidades reconhecidas como *U.S. Department of Health and Human Service (Fiore et al., 2008)* ⁽¹⁴⁾, *National Institute for Health and Clinical Excellence (NICE)* ⁽¹⁷⁾, *The Cochrane Collaboration* ^(18, 32, 33, 34),

contribuíram para o desenvolvimento da Norma de Orientação Clínica para a Cessação Tabágica portuguesa ⁽⁵⁰⁾ e para a criação do Programa-Tipo de Atuação nesta área ⁽¹²⁾.

Estas recomendam:

- Todos os profissionais de saúde, nos vários contextos da sua prática, identifiquem os hábitos tabágicos junto dos seus clientes.
- Intervenção na cessação tabágica com base nos três tipos de intervenções comportamentais aceites para intervir (programas de autoajuda, aconselhamento breve e intensivo individual, em grupo ou telefónico), e na farmacoterapia.
- Os Programas de autoajuda são estruturados para fumadores que não querem contato com o profissional de ajuda, através do recurso a materiais de autoajuda em formato de papel ou acessíveis pela internet.
- Todos os fumadores devem ser alvo de um aconselhamento através de uma intervenção breve (menos de 10 minutos), realizado por profissionais de saúde, com eficácia comprovada, em qualquer idade, através das estratégias 5As ou 5Rs.
- Uma intervenção de apoio intensivo requer uma abordagem com duração superior a 30 minutos, podendo ou não ser efetuada em consulta especificamente programada para o efeito, por profissionais habilitados e treinados, em horário e espaço físico

adequados. Pode incluir 3 a 4 contatos telefónicos.

1.4. Intervenção de Enfermagem na Cessação Tabágica

Os Enfermeiros pertencem ao maior grupo profissional de saúde, encontrando-se numa posição única para intervir a nível da prevenção e cessação tabágica junto de milhões de pessoas, todos os dias, em contextos e situações variadas, contribuindo para a redução de mortes e doenças associadas ao tabaco e melhorar a qualidade de vida da população mundial ^(15, 35, 36, 37, 38, 39, 40, 41, 42, 62, 63).

A intervenção de enfermagem em programas de cessação tabágica é definida, por *Rice e Stead* (2009) como o fornecimento de conselho (instrução verbal para deixar de fumar), aconselhamento e estratégias que ajudem os fumadores a deixar de fumar. Pode ser breve (menos de 10 minutos) ou intensiva (contato inicial com duração maior do que 10 minutos, fornecimento de materiais de autoajuda e estratégias, seguido de outros contatos posteriores) ⁽¹⁸⁾.

Em 2012, 45% dos fumadores tentaram deixar de fumar, 84% sem apoio profissional ⁽⁴⁾, pelo que existem situações particulares, como o diagnóstico de uma doença ou o internamento que poderão favorecer a motivação para a cessação, criando-se uma “*janela de oportunidade*” para os enfermeiros intervirem, existindo evidência de benefícios na cessação tabágica ^(18, 19, 35, 38, 39, 40, 41, 42).

O Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Mental (EEESM) possui competências que lhe permitem assistir a pessoa fumadora, enquanto Gestor de Cuidados ^(43, 44, 45, 46), assumindo um papel ativo na Educação e na Promoção do Bem-estar do cliente, colocando-se como parceiro deste, colaborando com ele, no sentido de o ajudar a encontrar a melhor maneira de se ajudar a si próprio a deixar de fumar ⁽⁴⁷⁾.

É influenciado pela Teoria de Relações Interpessoais de *Hildegard Peplau*, que define a Enfermagem como um processo interpessoal que envolve a interação de dois ou mais indivíduos com uma meta em comum e, ao mesmo tempo, baseia-se nos conceitos de *Mudança* definida por *Prochaska e DiClemente*, no seu Modelo Transteórico de Mudança, como um fenómeno que ocorre em etapas progressivas, e de *Motivação* caracterizada por Carneiro como “*um estado interno que pode ser influenciado por fatores externos, inclusivamente pela atuação do profissional*” ^(12, 47, 48, 49, 50, 51, 52, 53, 54, 55, 56, 57, 58).

É fundamental o estabelecimento de uma relação de ajuda caracterizada por uma parceria e respeito pelos valores, costumes, crenças e todos os demais previstos no código deontológico, e pelas capacidades da pessoa, utilizando-se técnicas de comunicação terapêutica baseadas na Terapia centrada no cliente de *Rogers* ⁽⁵⁷⁾ (empatia, respeito, autenticidade, objetividade, confrontação, congruência, coerência e autoanálise), associadas à Entrevista Motivacional ^(47, 48, 49, 50, 51).

A Entrevista Motivacional consiste num aconselhamento breve, diretivo, centrado na pessoa fumadora internada, com o intuito de a ajudar a reconhecer os seus problemas atuais e potenciais associados ao uso do tabaco e a estimular o comprometimento para a mudança de comportamento, observável através da produção verbal (diminuir as expressões verbais de resistência e aumentar as expressões verbais de mudança), contribuindo assim para o aumento do autocontrolo sobre si própria e as adversidades atuais, e para a obtenção em ganhos de saúde ⁽⁴⁷⁾.

O Aconselhamento é realizado em resposta ao Foco *Uso do Tabaco*, cuja abordagem humanista, cognitiva e comportamental reeducativa é adequada ao estágio de mudança em que a pessoa fumadora se encontra, de acordo com as normas recomendadas ^(47, 52, 53, 55, 59). É um processo sequencial com começo, meio e fim, composto por quatro etapas identificadas por *Patterson e Eisenberg*: a Descoberta inicial, a Exploração em profundidade, a Preparação para a ação e o Terminar ^(47, 52).

O EEESM procura compreender a pessoa fumadora, em particular os fatores que conduziram à iniciação e manutenção do consumo, o tipo de consumo, o grau de dependência, os fatores que a levaram a querer parar e adequa o aconselhamento ao estágio de mudança em que a pessoa se encontra, no sentido de a motivar a progredir, de a ajudar a resolver a ambivalência, de a apoiar no processo de decisão, de a felicitar pelo sucesso alcançado e de a ajudar a não recair. Em

suma, ajuda-a ser proativa na consecução do seu projeto de saúde ⁽⁶⁰⁾.

2. Metodologia

Embora todos os profissionais de saúde tenham a responsabilidade de identificar os hábitos tabágicos dos seus clientes e de realizar aconselhamento breve, a cessação tabágica ainda não é considerada por todos como uma prioridade.

A maioria dos fumadores nunca foi aconselhada por um profissional de saúde ⁽¹⁸⁾ pelo que foi desenvolvido, em 2009, um Projeto de Intervenção de Enfermagem na área da Cessação Tabágica, dirigido ao Cliente Fumador Internado, designado *“Deixar de Fumar”*.

Implicou uma metodologia de investigação centrada no problema identificado e na implementação de estratégias e intervenções eficazes para a sua resolução. O diagnóstico de situação envolveu a utilização de instrumentos de colheita e análise da informação, obtida através duma revisão sistémica sobre a problemática do tabagismo, do conhecimento empírico decorrente da experiência profissional, de entrevistas não estruturadas dirigidas a elementos da equipa de enfermagem (2008) e duma análise SWOT do projeto (2011).

Foram planeadas e implementadas atividades desde 2009 até 2012, com o propósito de dar resposta à necessidade de se estabelecerem ações céleres que assegurassem que os enfermeiros estivessem preparados para intervir

eficazmente na cessação tabágica, em contexto de internamento, com base na evidência científica, e de dar cumprimento às recomendações emanadas pelas normas internacionais e nacionais relacionadas com o uso e tratamento da dependência de nicotina, nomeadamente que todos os fumadores internados sejam alvo de um aconselhamento breve.

3. Resultados

A equipa de enfermagem identifica os hábitos tabágicos junto de cada cliente internado e o aconselhamento motivacional é realizado pela EEESM.

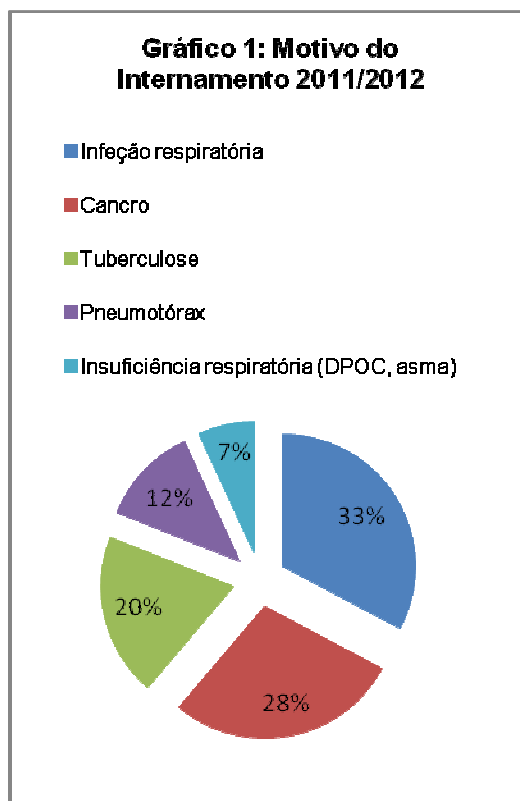
O guia orientador da prática clínica, a definição de indicadores e a monitorização dos resultados foram executados após o tempo previsto, pelo que só temos conhecimento dos resultados das intervenções de enfermagem desde o 2º semestre de 2011.

Entre Junho de 2011 e Dezembro de 2012, identificámos 125 Clientes fumadores internados, na sua maioria homens (103 homens e 22 mulheres) ^(1,11,16).

Foram alvo de Aconselhamento Motivacional 116 fumadores (95 homens e 21 mulheres), o que correspondeu a 93% da população alvo [89% (46) em 2011 e 96% (70) da população em 2012], com idades compreendidas entre os 18 e 86 anos, prevalecendo as idades acima dos 55 anos (40%).

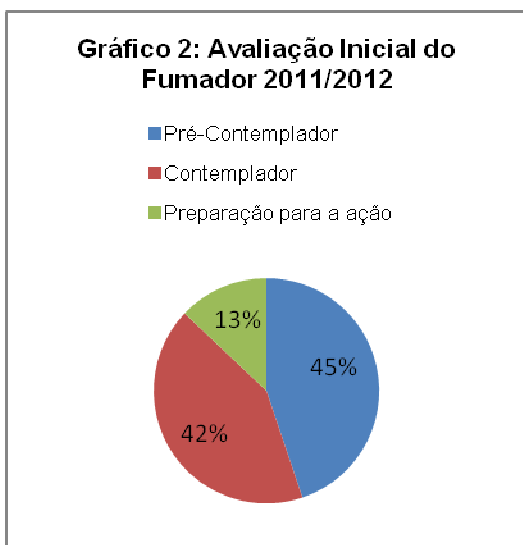
O motivo do internamento deveu-se a 53% de doenças transmissíveis como as infeções

respiratórias (33%) e a tuberculose (20%), e a 48% de doenças não transmissíveis, tais como as doenças oncológicas (28%), o pneumotórax (12%) e a DPOC (7%) (ver Gráfico 1).



Para além de serem pessoas fumadoras internadas por contexto de doença, 70% pertenciam a grupos específicos, sendo que 21% estavam inseridas em múltiplos grupos.

Aquando da avaliação inicial do fumador, identificaram-se: 52 pré-contempladores, 49 contempladores e 15 pessoas na fase de preparação para a ação (segundo o estágio de mudança do Modelo Transteórico de *Prochaska e DiClemente*), ou seja, 101 dos fumadores não desejavam deixar de fumar no imediato e apresentavam potencial para mudar (87%) (ver Gráfico 2).

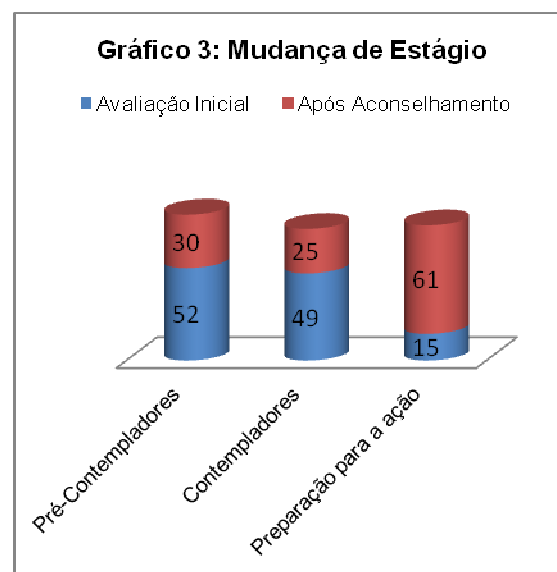


Foram realizadas 182 intervenções breves e 61 intervenções intensivas:

- 121 Estratégias 5Rs dirigidas a 52 pré-contempladores e 69 contempladores, compostas por um a três momentos, com a duração de cerca de 10 minutos cada, incluindo o fornecimento de material de autoajuda.
- 61 Estratégias 5As dirigidas a 61 pessoas no estágio de preparação para a ação.
- 61 Intervenções Intensivas Individuais dirigidas a 61 fumadores no estágio de preparação para a ação, com a duração total de 30 minutos, com o intuito de treinar a resolução de problemas/competências e fornecer suporte social.

O aconselhamento motivacional contribuiu para a mudança de 53 dos 116 doentes fumadores internados com potencial para mudar (52%). 38% Pré-contempladores ficaram ambivalentes e 62% dos ambivalentes atingiram o estágio de preparação para a ação (ver Gráfico 3). Das

116 pessoas, 46 (46%) manifestaram desejo em deixar de fumar.



Foi efetuada proposta de acréscimo das intervenções de enfermagem relacionadas com o processo de aconselhamento inexistentes no suporte documental parametrizado do serviço, com vista a contribuir para a elaboração de norma de procedimento.

4. Discussão

A implementação deste projeto trouxe contributos importantes para a diminuição da prevalência do tabagismo no cliente fumador internado, assim como da morbilidade e mortalidade associadas a este, na medida em que se conseguiu capacitar 52% dos fumadores para uma mudança comportamental e 46%, ou seja, 46 pessoas manifestaram desejo em deixar de fumar e identificaram estratégias para o conseguir.

A existência de diversos fatores preditores de êxito na cessação tabágica dificultaram o sucesso da intervenção, nomeadamente o

género feminino, a baixa escolaridade, o nível de dependência elevado, o número de tentativas anteriores nulo, história de depressão, alcoolismo, familiares fumadores, idade avançada, diagnóstico de neoplasia e sentimento de confiança e autoeficácia diminuto. No entanto, os resultados foram animadores.

A equipa de enfermagem identifica os hábitos tabágicos de todas as pessoas internadas e a realização de aconselhamento motivacional é efetuado pela EEESM, de acordo com a evidência científica.

Foi criada uma articulação preferencial com o médico responsável pela consulta de apoio ao fumador, que favoreceu a prescrição de farmacoterapia de primeira linha para redução dos sintomas de privação de nicotina e fornecimento em tempo útil, e o encaminhamento de clientes para a consulta. A ausência inicial de indicadores sensíveis aos cuidados de enfermagem e a não monitorização dos resultados das suas intervenções nos anos 2009/2010 alterou-se desde junho de 2011, tendo permitido demarcar o papel do enfermeiro, em particular o EEESM, na promoção da cessação tabágica, na medida em que este possui competências especializadas, que lhe permitem compreender o fenómeno complexo que é a adição a nicotina e as implicações para o projeto de saúde da pessoa fumadora, intervindo face a esta problemática enquanto Gestor de Cuidados, mobilizando-se a si mesmo como instrumento terapêutico e articulando com outros profissionais de saúde, com o intuito

de potenciar a eficácia da intervenção e a abstinência tabágica.

Como propostas de melhoria, sugerimos o cálculo médio do tempo despendido durante cada aconselhamento motivacional, com intuito de determinar o número de horas necessárias para este tipo de intervenção, e assim contribuir para a melhoria do Sistema de Classificação de Doentes (SCD/E). Consideramos também relevante efetuar contato telefónico a *posteriori*, com o intuito de monitorizar a taxa de abstinência e efetuar um aconselhamento proactivo. Para finalizar, sugerimos a realização de uma intervenção promotora da prevenção da recaída junto de ex-fumadores que se encontrem na fase de manutenção (até 5 anos), uma vez que esta faz parte do processo de mudança, podendo-se recair várias vezes antes de se conseguir parar de fumar de forma definitiva.

5. Conclusão

Os cuidados de enfermagem tomam por foco de atenção a promoção dos projetos de saúde que cada pessoa vive e persegue, nomeadamente a alteração de comportamentos tendo em vista a adoção de estilos de vida compatíveis com a promoção da saúde, onde se enquadra a cessação tabágica. Esse cuidar apenas é eficaz se praticado interpessoalmente, como defende Jean Watson, dando ênfase à autonomia e liberdade de escolha da pessoa^(58, 61).

Embora a cessação tabágica seja a única via para a diminuição da mortalidade e morbidade associada ao tabagismo e seja

dever de todos os profissionais de saúde identificar os hábitos e intervir face a uma pessoa fumadora, a promoção da cessação tabágica junto de clientes fumadores internados, de acordo com as normas nacionais e internacionais, ainda não é uma realidade, pelo que este projeto se assume como inovador no serviço e na instituição.

Cabe a cada enfermeiro desenvolver formação específica, manifestar interesse e motivação em trabalhar na área da cessação tabágica e despende tempo de qualidade para cada pessoa.

O projeto contribuiu para a identificação dos hábitos tabágicos de todos os clientes fumadores internados e a realização de 243 aconselhamentos (182 breves e 61 intensivos), dirigidos a 116 pessoas (93%), das quais 52% mudaram de estágio e 46% manifestaram desejo em deixar de fumar e identificaram estratégias para o concretizar.

É muito importante que o EEESM seja capaz de se posicionar como parceiro neste processo de mudança difícil, que é deixar de fumar, marcado por sucessivos avanços e recuos. A sua intervenção não passa por ensinar ao outro como fazer, mas antes ajudá-lo a aumentar o autocontrolo sobre si próprio e as adversidades atuais, assim como perante as oportunidades presentes e futuras, contribuindo para a concretização do seu projeto de vida.

Como afirma Lazure (1994), o ato de ajudar exige dos enfermeiros não apenas *saber* tomar as decisões corretas com base na evidência científica, nem *saber fazer* de

acordo com as normas de orientação de boas práticas, mas sim desenvolver o seu *saber ser e estar com o outro*, o que engloba não só a presença física mas também todo o seu ser. Implica *dar do seu tempo, da sua competência, do seu saber, do seu interesse e da sua capacidade de escuta e compreensão*, em suma, *dar uma parte de si* ⁽⁵⁹⁾

6. Agradecimentos

Gostaria de agradecer a quem valoriza a minha perseverança.

Bibliografia

⁽¹⁾ NUNES, Emília – Consumo de tabaco, Efeitos na saúde. *Revista Portuguesa Clínica Geral*. Vol. 22. (2006). 225-244. Disponível em <http://www.woncaeurope2014.org/files/54/documentos/20070529105116859489.pdf> [05.03.2012; 00:24]

⁽²⁾ WORLD HEALTH ORGANIZATION - *The European Health Report, 2005: Public health action for healthier children and populations*. Copenhaga: Gabinete Regional da OMS para a Europa, 2005. ISBN 9289013761. Disponível em <http://www.euro.who.int/en/what-we-publish/abstracts/european-health-report-2005-the-public-health-action-for-healthier-children-and-populations> [24.02.2012; 14:41]

⁽³⁾ EUROPEAN COMMISSION – *Tobacco: Eurobarometer 332*. Bruxelas: TNS Opinion & Social, 2010. Disponível em http://ec.europa.eu/health/tobacco/docs/ebs332_en.pdf [07.03.2012; 13:11]

⁽⁴⁾ EUROPEAN COMMISSION – *Special eurobarometer 385: attitudes of europeans towards tobacco*. 2012. Disponível em http://ec.europa.eu/health/tobacco/docs/eurobaro_attitudes_towards_tobacco_2012_en.pdf [11.01.13; 12:59]

- ⁽⁵⁾ MACHADO, Ausenda; NICOLAU, Rita; DIAS, Carlos Matias – Consumo de tabaco na população portuguesa retratado pelo Inquérito Nacional de Saúde (2005/2006). *Revista Portuguesa de Pneumologia*. ISSN 0873-2159. Vol. 15, n.º 6. (2009). 1005-1027. Disponível em http://www.scielo.oces.mctes.pt/scielo.php?pid=S0873-21592009000600002&script=sci_arttext [05.03.2012; 16:09]
- ⁽⁶⁾ WORLD HEALTH ORGANIZATION - *World no tobacco day 2006: Tobacco deadly in any form or disguise*. Geneva: WHO, 2006. ISBN 9789241563222. Disponível em http://www.who.int/tobacco/communications/event/s/wntd/2006/Tfi_Rapport.pdf [23.04.2012; 12:10]
- ⁽⁷⁾ WORLD HEALTH ORGANIZATION - *The European Health Report, 2002*. Copenhaga: Gabinete Regional da OMS para a Europa, 2002. ISBN 9289013656. Disponível em <http://www.euro.who.int/en/what-we-publish/abstracts/european-health-report-2002-the> [24.02.2012; 14:41]
- ⁽⁸⁾ WORLD HEALTH ORGANIZATION - *The European Tobacco Control Report 2007*. Copenhaga: Gabinete Regional da OMS para a Europa, 2007. ISBN 978-92-890-2193-7. Disponível em <http://www.euro.who.int/en/what-we-publish/abstracts/european-tobacco-control-report-2007> [24.02.2012; 14:38]
- ⁽⁹⁾ MATHERS, C.D.; LONCAR, D. - Projections of global mortality and burden of disease from 2002 to 2030. *PLoS Medicine*. Volume 3, n.º 11 (2006). 2011-2030. Disponível em <http://www.plosmedicine.org/article/info:doi/10.1371/journal.pmed.0030442> [15.02.2012; 16:53]
- ⁽¹⁰⁾ WORLD HEALTH ORGANIZATION - *WHO Report on the Global Tobacco Epidemic, 2008 – The MPOWER package*. Geneva: OMS, 2008. ISBN 9789241596282. Disponível em http://www.who.int/tobacco/mpower/mpower_report_full_2008.pdf [23.02.2012; 12:13]
- ⁽¹¹⁾ WORLD HEALTH ORGANIZATION - *WHO Technical Report Series: The scientific basis of tobacco product regulation*. Geneva: OMS, 2008. ISBN 978 92 4 120951 9. Disponível em http://www.who.int/tobacco/global_interaction/tobreg/publications/9789241209519.pdf [08.02.2012; 15:19]
- ⁽¹²⁾ NUNES, Emília; CANDEIAS, Alina; MENDES, Berta et al. – *Cessação Tabágica, Programa-Tipo de Atuação*. Lisboa: Direcção-Geral da Saúde/Gradiva, 2008. Disponível em <http://www.dgs.pt/upload/membro.id/ficheiros/i009309.pdf> [06.03.2012; 23:50]
- ⁽¹³⁾ THE WORLD BANK – *Curbing the epidemic: Governments and the Economics of Tobacco Control*. Washington D.C.: The World Bank, 1999. ISBN 0-8213-4519-2. Disponível em <http://www.usaid.gov/policy/ads/200/tobacco.pdf> [08.02.2012; 22:41]
- ⁽¹⁴⁾ FIORE, Michael C; JAÉN, C.R.; BAKER, T.B. et al. – *Treating Tobacco Use and Dependence: 2008 Update, Clinical Practice Guideline*. Rockville, MD: U.S. Department of Health and Human Services, Public Health Service, 2008. Disponível em http://www.surgeongeneral.gov/tobacco/treating_tobacco_use08.pdf [08.03.2012; 12:55]
- ⁽¹⁵⁾ WORLD HEALTH ORGANIZATION - *World no tobacco day 2005: The role of health professionals in tobacco control*. Geneva: WHO, 2005. ISBN 924159320 2. Disponível em http://www.who.int/tobacco/resources/publications/wntd/2005/en/bookletfinal_20april.pdf [22.04.2012; 17:41]
- ⁽¹⁶⁾ INSTITUTO DA QUALIDADE EM SAÚDE – *Norma de Orientação Clínica para o tratamento do uso e dependência do tabaco*. Lisboa: Ministério da Saúde, 2002. Disponível em <http://www.treatobacco.net/en/uploads/documents/Treatment%20Guidelines/Portugal%20treatment%20guidelines%20in%20Portuguese%202002.pdf> [06.03.2012; 23:49]
- ⁽¹⁷⁾ NATIONAL INSTITUTE FOR HEALTH AND CLINICAL EXCELLENCE (NICE) – *Brief interventions and referral for smoking cessation in primary care and other settings*. England: NICE, 2006. Disponível em

<http://www.nice.org.uk/nicemedia/live/11375/31864/31864.pdf> [10.02.2012; 14:05]

(18) RICE, V.H. e STEAD, L.F. - *Nursing interventions for smoking cessation (Review)*, *The Cochrane Collaboration*. John Wiley & Sons, Ltd, 2009. Disponível em <http://www.thecochranelibrary.com/userfiles/ccoc/h/file/World%20No%20Tobacco%20Day/CD001188.pdf> [14.02.2012; 16:19]

(19) PAMPLONA, Paula; MENDES, Berta – Estratégia de Tratamento do Tabagismo na DPOC. *Revista Portuguesa de Pneumologia*. ISSN 0873-2159. Vol. 15, n.º 6. (2009). 1121-1156. Disponível em http://www.scielo.oces.mctes.pt/scielo.php?pid=S0873-21592009000600007&script=sci_abstract [05.03.2012; 16:06]

(20) AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION - *DSM-IV*. Lisboa: Climepsi editores, 1998. 179-278.

(21) FERREIRA-BORGES, Carina; FILHO, Hilson Cunha – *Tabagismo: manual técnico 3*. 1ª Edição. Lisboa: Climepsi, 2004. ISBN 972-796-151-7.

(22) U.S. DEPARTMENT OF HEALTH AND HUMAN SERVICES - *The Health Consequences of Smoking: a Report of the Surgeon General*. Atlanta: U.S. Department of Health and Human Services, Centers for Disease Control and Prevention (CDC), National Center for Chronic Disease Prevention and Health Promotion, Office on Smoking and Health, 2004. Disponível em http://www.cdc.gov/tobacco/data_statistics/sgr/2004/pdfs/executivesummary.pdf [08.03.2012; 12:43]

(23) PETO, R.; LOPEZ, A.D.; BOREHAM, J.; THUN, M. - *Mortality from smoking in developed countries*, 2ª edição, atualizada junho de 2006. Disponível em <http://www.ctsu.ox.ac.uk/~tobacco> [07.02.2012; 14:27]

(24) WORLD HEALTH ORGANIZATION - *The European Health Report, 2009: Health and health systems*. Copenhaga: Gabinete Regional da OMS para a Europa, 2009. ISBN 9789289014151. Disponível em <http://www.euro.who.int/en/what-we-publish/abstracts/european-health-report->

[2009-the-health-and-health-systems](http://www.euro.who.int/en/what-we-publish/abstracts/european-health-report-2009-the-health-and-health-systems) [24.02.2012; 14:40]

(25) U.S. DEPARTMENT OF HEALTH AND HUMAN SERVICES – *How Tobacco Smoke Causes Disease: The Biology and Behavioral Basis for Smoking-Attributable Disease: a Report of the Surgeon General*. Atlanta: U.S. Department of Health and Human Services, Centers for Disease Control and Prevention (CDC), National Center for Chronic Disease Prevention and Health Promotion, Office on Smoking and Health, 2010. ISBN 978-0-16-084078-4. Disponível em http://www.surgeongeneral.gov/library/tobaccosmoke/report/full_report.pdf [08.03.2012; 12:49]

(26) WORLD HEALTH ORGANIZATION - *Resolution Action plan for implementation of the European Strategy for the Prevention and Control of Noncommunicable Diseases 2012-2016*. Copenhaga: Gabinete Regional da OMS para a Europa, 2011. Disponível em <http://www.euro.who.int/en/what-we-do/health-topics/disease-prevention/nutrition/publications/policy-framework-and-strategies/regional-committee-resolutions/eurrc61r3> [07.02.2012; 15:52]

(27) MCNEILL, A - *Smoking and mental health: a review of the literature*. Londres, 2001. Disponível em http://ash.org.uk/files/documents/ASH_202.pdf [14.02.2012; 14:57]

(28) BORGES, Margarida; GOUVEIA, Miguel; COSTA, João *et al.* – Carga da doença atribuível ao tabagismo em Portugal. *Revista Portuguesa de Pneumologia*. ISSN 0873-2159. Vol. 15, n.º 6. (2009). 951-1004. Disponível em <http://www.scielo.oces.mctes.pt/pdf/pne/v15n6/v15n6a01.pdf> [05.03.2012; 17:02]

(29) WORLD HEALTH ORGANIZATION - *WHO Framework Convention on Tobacco Control*. 2003. Disponível em <http://whqlibdoc.who.int/publications/2003/9241591013.pdf> [24.02.2012; 17:31]

- (30) DECRETO- LEI n.º 25-A. D.R. I Série A. 214 (2005- 11- 08). 6456 (2) - 6456 (35)
- (31) DECRETO-LEI n.º 37. D.R. I Série. 156 (2007- 08-14). 5277-5285.
- (32) RIGOTTI, N.A.; MUNAFO, M.R.; STEAD, L.F.- *Interventions for smoking cessation in hospitalized patients, The Cochrane Collaboration*. John Wiley & Sons, Ltd, 2008. Disponível em <http://www.thecochranelibrary.com/userfiles/ccoch/file/World%20No%20Tobacco%20Day/CD001837.pdf> [14.02.2012; 16:20]
- (33) STEAD, L.F.; PERERA, R.; BULLEN, C.; MANT, D.; LANCASTER, T. - *Nicotine Replacement Therapy for Smoking Cessation (Review), The Cochrane Collaboration*. John Wiley & Sons, Ltd, 2008. Disponível em <http://www.thecochranelibrary.com/userfiles/ccoc/h/file/World%20No%20Tobacco%20Day/CD000146.pdf> [26.02.2012; 16:39]
- (34) LAI, D.T.C.; CAHILL, k; QIN, , Y; TANG, J.L. - *Motivational Interviewing for Smoking Cessation (Review), The Cochrane Collaboration*. John Wiley & Sons, Ltd, 2010. Disponível em <http://www.thecochranelibrary.com/userfiles/ccoch/file/World%20No%20Tobacco%20Day/CD006936.pdf> [26.02.2012; 16:23]
- (35) RICE, V.H.; STEAD, L.- Nursing intervention and smoking cessation: meta-analysis update. *Heart Lung*. Vol. 35, n.º 3. (2006). 147-163. Disponível em <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/16701109> [09.02.2012; 13:31]
- (36) INTERNATIONAL COUNCIL OF NURSES – Fact Sheet Nurses for Tobacco-free life. Geneve: ICN, 2009. Disponível em http://www.ordemenfermeiros.pt/relacoesinternacionais/gri_documentacao/ICN_FolhasInformativas_vsINGePT/FI_versao_ING/Non_Communicable_Diseases/1d_FS-Tobacco_Free_Life.pdf [21.02.2012; 15:17]
- (37) INTERNATIONAL COUNCIL OF NURSES – *Tomada de Posição Tabaco e Saúde*. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros, 1999. Disponível em http://www.ordemenfermeiros.pt/relacoesinternacionais/gri_documentacao/ICN_TomadasdePosicao_versaoINGePT/TP_versaoPT/18_Tobacco_useHealth_Pt_-_revisto_IS-LF.pdf [21.02.2012; 15:03]
- (38) CARLEBACH, S.; HAMILTON, S. - *Understanding the nurse's role in smoking cessation. British Journal of Nursing*. Vol. 18, n.º 11. (2009). 672-676. Disponível em http://www.internurse.com/cgi-bin/go.pl/library/article.cgi?uid=42719;article=BJN_18_11_672_676;format=pdf [21.02.2012; 16:48]
- (39) WEWERS, M.E.; SARNA, L.; RICE, V.H. - Nursing research and treatment of tobacco dependence: state of the science. *Nurs Res*. Vol. 55, 4 suppl. (2006). S11-15. Disponível em <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/16829772> [09.02.2012; 13:28]
- (40) SVAVARSDÓTTIR, M.H.; HALLGRÍMSDÓTTIR, G. - Participation of Icelandic nurses in smoking cessation counselling. *J Clin Nurs*. Vol. 17, n.º 10. (2008). 1335-1341. Disponível em <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/17419789> [09.02.2012; 13:10]
- (41) ERGUL, S.; TEMEL, A.B. - The effects of a nursing smoking cessation intervention on military students in Turkey. *Int Nurs Rev*. Vol. 56, n.º 1. (2009).102-108. Disponível em <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/19239523> [09.02.2012; 12:55]
- (42) WHYTE, R.E; WATSON, H.E.; MCINTOSH, J. - Nurses' opportunistic interventions with patients in relation to smoking. *J Adv Nurs*. Vol. 55, n.º 5. (2006). 568-577. Disponível em <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/16907788> [09.02.2012; 13:21]
- (43) CARY, Ann H. – *Gestão de Casos*. In STANHOPE, Marcia e LANCASTER, Jeanette – *Enfermagem comunitária: promoção da saúde de*

grupos, famílias e indivíduos. 4ª Edição. Loures: Lusociência, 1999. ISBN 972-8383-05-3. 389-407.

⁽⁴⁴⁾ SEQUEIRA, Ana e LOPES, Joaquim – Gestão de cuidados de enfermagem para uma assistência efectiva e integrada à pessoa com toxicodependência. *Revista Toxicodependências, Edição IDT*. Vol. 15, n.º 1. (2009). 67-76. Disponível em http://www.idt.pt/PT/RevistaToxicodependencias/Artigos%20Ficheiros/2009/1/Toxico_N1_2009_6.pdf [26.03.2012; 21:29]

⁽⁴⁵⁾ GONZALES, Roxana *et al.* – Gerenciamento de caso: um enfoque nos cuidados à saúde. *Revista Latino Americana de Enfermagem*. Vol. 11, n.º2. (2003). 227-231. Disponível em <http://www.scielo.br/pdf/rlae/v11n2/v11n2a13.pdf> [26.03.2012; 21:14]

⁽⁴⁶⁾ CASARIN, Santana N.A. *et al.* – Case management: evolution of the concept in the 80's and 90's. *Revista Latino Americana de Enfermagem*. Vol. 10, n.º4. (2002). 472-477. Disponível em <http://www.scielo.br/pdf/rlae/v10n4/13357.pdf> [02.04.2012; 15:23]

⁽⁴⁷⁾ FERREIRA-BORGES, Carina; FILHO, Hilson Cunha – *Aconselhamento: Usos, abusos e dependências*. 1ª Edição. Lisboa: Climepsi, 2004. ISBN 972-796-149-5

⁽⁴⁸⁾ CARNEIRO, Elizabeth; GIGLIOTTI, Analice – *Para além da teoria: a entrevista motivacional* In FERREIRA-BORGES, Carina; FILHO, Hilson Cunha – *Aconselhamento: Usos, abusos e dependências*. Lisboa: Climepsi, 2004. ISBN 972-796-149-5.

⁽⁴⁹⁾ SANTOS, Mário - Intervenção motivacional numa consulta de tabagismo com base no modelo de mudança comportamental – uma proposta. *Revista Portuguesa Clinica Geral*. Vol. 22. (2006). 255-262. Disponível em <http://www.woncaeurope2014.org/files/54/documentos/20070529105519734186.pdf> [10.02.2012; 15:00]

⁽⁵⁰⁾ ROLLNICK, S.; MILLER, W.R. - What is motivational interviewing? *Behavioural and Cognitive Psychotherapy*. Vol. 23. (1995). 325-334. Disponível em <http://www.stephenrollnick.com/index.php/all-commentary/64-what-is-motivational-interviewing> [02.03.2012; 10:58]

⁽⁵¹⁾ http://www.motivationalinterview.org/clinicians/Side_bar/skills_maintenance.html [13.02.2012; 16:22]

⁽⁵²⁾ PATTERSON, Lewis; EISENBERG, Sheldon – *O Processo de Aconselhamento*. 1ª Edição. São Paulo: Martins Fontes editora, 1983.

⁽⁵³⁾ SALOMÉ, Jacques - *Relação de ajuda: guia para acompanhamento psicológico de apoio pessoal, familiar e profissional*. 2ª Edição. Petrópolis: Vozes. 1995. ISBN 85.326.1152-4. pp. 161

⁽⁵⁴⁾ FRANCO, Maria R.B. *et al.* – Relação de Ajuda ao Toxicodependente. *Colectânea de Textos Taipas*. Vol. IV. (1994). pp.72

⁽⁵⁵⁾ MAMBRIANI, Stefano – *La comunicacion en las relaciones de ayda*. Madrid: San Pablo. 1993

⁽⁵⁶⁾ DIAS, António *et al.* – Saber Escutar: para uma relação de ajuda na UCI. *Servir*. Vol.n.º43 –n.º2, pp.94

⁽⁵⁷⁾ NEEB, Kathy - *Fundamentos de Enfermagem de Saúde Mental*. 1ª Edição. Loures: Lusociência, 2000. ISBN 972-8383-14-2.

⁽⁵⁸⁾ TOMEY, Ann Marriner e ALLIGOOD, Martha Raile – *Teóricas de Enfermagem e a sua Obra (Modelos e Teorias de Enfermagem)*. 5ª Edição. Loures: Lusociência, 2004. ISBN 972-8383-74-6.

⁽⁵⁹⁾ LAZURE, Hélène – *Viver a Relação de Ajuda: abordagem teórica e prática de um critério de competência da enfermeira*. 1ª Edição. Lisboa: Lusodidacta, 1994. ISBN 972-95399-5-2

⁽⁶⁰⁾ ORDEM DOS ENFERMEIROS. Conselho de Enfermagem – *Padrões de qualidade dos cuidados de enfermagem*. 2001.

⁽⁶¹⁾ WATSON, Jean – *Enfermagem: ciência humana e cuidar, uma teoria de enfermagem*. 1ª

Edição. Loures: Lusociência, 2002. ISBN 972-8383-33-9.

⁽⁶²⁾ SMITH, P.M. *et al.* - Nurse case-managed tobacco cessation interventions for general hospital patients: results of a randomized clinical trial. *Can J Nurs Res*. Vol. 43, n.º 1. (2011). 98-117. Disponível em <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/21661618> [09.02.2012; 12:42]

⁽⁶³⁾ TAYLOR, C.B. *et al.* - A Nurse-Managed Smoking Cessation Program for Hospitalized Smokers. *American Journal of Public Health*. Vol. 86, n.º 11. (1996). 1557-1560. Disponível em <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC1380689/pdf/amjph00522-0055.pdf> [02.03.2012; 12:37]