**UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO
ESCOLA DE ENFERMAGEM**

ANA LÚCIA MENDES LOPES

**PROCESSOS DE EDUCAÇÃO EM SAÚDE NA
CESSAÇÃO DO TABAGISMO: REVISÃO
SISTEMÁTICA E METASSÍNTESE**

**SÃO PAULO
2008**

ANA LÚCIA MENDES LOPES

**PROCESSOS DE EDUCAÇÃO EM SAÚDE NA
CESSAÇÃO DO TABAGISMO: REVISÃO
SISTEMÁTICA E METASSÍNTESE**

Dissertação apresentada à Escola de Enfermagem da
Universidade de São Paulo para a obtenção do título de
Mestre em Enfermagem.

Área de concentração: Enfermagem em Saúde Coletiva

Orientadora: Profa. Dra. Lislaine Aparecida Fracolli

**SÃO PAULO
2008**

Autorizo a reprodução total ou parcial deste trabalho, por qualquer meio convencional ou eletrônico, para fins de estudo e pesquisa, desde que citada a fonte.

Ana Lucia Mendes Lopes

São Paulo, abril de 2008.

Catálogo na Publicação (CIP)
Biblioteca “Wanda de Aguiar Horta”
Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo

Lopes, Ana Lúcia Mendes.

Processos de educação em saúde na cessação do tabagismo:
revisão sistemática e metassíntese / Ana Lúcia Mendes Lopes. – São
Paulo, 2008.

226p.

Dissertação (Mestrado) - Escola de Enfermagem da Universidade de
São Paulo.

Orientadora: Prof^a Dr^a Lislaine Aparecida Fracolli.

1. Educação em saúde 2. Promoção da saúde 3. Pesquisa
qualitativa. 4. Tabagismo (prevenção e controle) I. Título.

ANA LUCIA MENDES LOPES

**PROCESSOS DE EDUCAÇÃO EM SAÚDE NA CESSAÇÃO DO
TABAGISMO: REVISÃO SISTEMÁTICA E METASSÍNTESE**

Dissertação apresentada à Escola de
Enfermagem da Universidade de São Paulo para
a obtenção do título de mestre em enfermagem.

Banca Examinadora

Profa. Dra. Lislaine Aparecida Fracolli	Instituição: EEUSP
Julgamento: _____	Assinatura: _____
Prof(a) Dr(a) _____	Instituição: _____
Julgamento: _____	Assinatura: _____
Prof(a) Dr(a) _____	Instituição: _____
Julgamento: _____	Assinatura: _____
Prof(a) Dr(a) _____	Instituição: _____
Julgamento: _____	Assinatura: _____

À memória de minha mãe, Marina, que nos deixou entusiasmo e capacidade de adaptação. Por sua história como tabagista, presente em meu coração e minha mente, que se traduz nas inúmeras vozes aqui estudadas.

À minha tia Arlinda, que do alto dos seus 92 anos, lúcida, prova o que me ensinou na infância e o que nosso íntimo tenta contra-argumentar, mesmo com tantas evidências: comer saladas e frutas, beber muita água, não fumar, ser ativa, cantar, trabalhar, amar alguém, cuidar e ser cuidada com afeto faz bem à saúde.

Ao Luiz, que expressou seu amor e incentivo na concretude do atendimento às “necessidades humanas básicas” de nossa família, também me lembrando de estabelecer prazos e metas.

Ao Renato e à Mariana, porque não me deixaram esquecer de olhá-los, de brincar, de me divertir enquanto trabalho, e de me apaixonar!

AGRADECIMENTOS

À Profa. Dra. Lislaine Aparecida Fracolli, pelo incentivo à realização da pós-graduação, pela feliz parceria e convivência no espírito da integração docente-assistencial.

À Profa. Dra. Raquel Raponne Gaidzinski, responsável por meu reencontro com a saúde coletiva. Pelo estímulo e apoio, como diretora do Departamento de Enfermagem do Hospital Universitário da USP, à qualificação e ao aprimoramento da equipe de enfermagem.

À Profa. Dra. Maria Lúcia Lebrão, presente nesta trajetória, por sua atuação docente e através de nossa convivência profissional. Por me ensinar a ouvir o que as tabelas e quadros têm a dizer (ainda tenho muito a aprender).

À Profa. Dra. Anna Maria Chiesa pelo apoio e incentivo, pela capacidade de nos contagiar com os pressupostos da Promoção da Saúde, através da atuação consistente no Grupo de Pesquisa Modelos Tecnoassistenciais e Promoção da Saúde. Pela sua valiosa contribuição no exame de qualificação.

Às enfermeiras Noemi Rogenski, Cleide Maria Caetano Baptista, Teresa Cristina Manrique Coan, Ana Cristina Bálsamo e Elizabete Finchz Sportello por me fazerem acreditar que tinha perfil para fazer pós-graduação, oferecendo apoio e palavras precisas.

À Profa. Dra. Maria Helena Trench Ciampone pelas preciosas contribuições no ensino de pesquisa qualitativa, bem como durante o exame de qualificação.

À Profa. Dra. Elma Lourdes Zobolli, um encontro com tantas afinidades. Agradeço pelo incondicional apoio e por me haver apresentado os estudos sobre metassíntese qualitativa.

Às docentes do Departamento de Saúde Coletiva da EEUSP, por me ensinarem a ir além das questões tidas como “da saúde”, pelo incentivo e estímulo.

À Profa. Dra. Eliane Chaves Correia por seu exemplo e conhecimento sobre programas de cessação em tabagismo, mostrando a conexão entre perfil e competências da enfermeira e as necessidades das pessoas que procuram auxílio para parar de fumar.

Ao Dr. João Paulo Becker Lotufo, responsável pela adesão de tantas pessoas (profissionais e pacientes) à questão do tabagismo passivo e no ambiente de trabalho.

Aos familiares e amigos que incentivaram a realização deste trabalho, tolerando minha recorrência ao assunto.

À Vera, Filó, Dulce, Lazineha, Cristiane e Marta, amigas e cúmplices, pelo incentivo, bom humor e momentos de recreio, tão necessários, tão indispensáveis.

À Tânia, Márcia, Maria Isabel, Marilza, Marina, Sandra, Selma e Zilah, pelo apoio, paciência e suporte logístico durante esta jornada.

À Meire, Luzia, Carmen, Cleonice, Vilma, Maria Marli, Fátima, Sônia, Maria Cícera, Neusa, Rosana, Eunice, Claudenice e Maria de Lourdes, do Ambulatório. Aparecida, Maria Luíza, Maria de Lourdes e Sebá da UBAS pelo incentivo, sorrisos e paciência!

Ao Dr. Fred e demais colegas do Grupo de Cessação do Tabagismo do Hospital Universitário. Aos pacientes atendidos por nós, a conexão entre a teoria e nossa prática.

À Ane Follmann pela tradução do resumo, Jane Ribeiro do Prado pela arte e à Kika Freitas pela correção do texto.

Às funcionárias do Programa de Pós-Graduação da EEUSP na pessoa de Silvana Maximiano; à secretária do Departamento ENS da EEUSP, muito obrigada!

À Cristiane, ao Rubens e à Lila, que não deixaram a casa cair, as crianças no trânsito, a rotina desandar e agüentaram firme! Como corresponder?

Às bibliotecárias Nadir, Lucila e Juliana, da Escola de Enfermagem, e Maria Alice (revisão bibliográfica), do Hospital Universitário da USP, pela calma, paciência e disponibilidade.

À Rose, Lucy e Carlos, da Biblioteca do Hospital Universitário, e Clotilde e Betânia, da Biblioteca da Escola de Enfermagem, pela prontidão, dedicação e...socorro!

Às docentes e colegas participantes do grupo de Modelos Tecnoassistenciais e a Promoção da Saúde da EEUSP pela oportunidade de construir conhecimento, fazendo parte desta “turma”.

"If there are connections everywhere, why do we persist in turning dynamic, interconnected phenomena into static, disconnected things?"

"Se existem conexões por todo lado, por que razão persistimos em tornar fenômenos dinâmicos e interconectados em coisas estáticas e desconexas?"

Eric R. Wolf, Antropólogo (1923-1999)

Lopes, ALM. Processos de educação em saúde na cessação do tabagismo: revisão sistemática e metassíntese. [dissertação] São Paulo (SP): Escola de Enfermagem da USP; 2008.

RESUMO

Realizou-se estudo exploratório de revisão bibliográfica sistemática e metassíntese visando descrever e analisar aspectos das práticas educativas em saúde, voltados ao desenvolvimento de habilidades para a cessação do tabagismo, traduzidas na interpretação de autores de pesquisas qualitativas publicadas em periódicos entre 2000 e 2007. Concebeu-se a questão do tabagismo como um problema de enfrentamento complexo, que demanda intervenções em vários âmbitos. Destacou-se a educação em saúde, como campo estratégico e instrumental da promoção da saúde, que sob a perspectiva do “empowerment” e “empowerment education”, é passível de atuação do profissional de saúde. Utilizando-se do instrumental metodológico da metassíntese qualitativa, descrito por Sandelowski e Barroso (2003), identificou-se a produção científica de pesquisas qualitativas originais sobre experiências relativas às práticas educativas na cessação do tabagismo, indexadas nas bases de dados eletrônicas MEDLINE, CINAHL e LILACS. Para tanto utilizou-se os descritores pesquisa qualitativa, educação em saúde e tabagismo, além de descritores de texto livre e palavras com truncamento, visando a identificação ampliada de artigos que pudessem ser relevantes. Mapeou-se os artigos selecionados para a amostra bibliográfica segundo suas características gerais, aplicando-se os critérios de qualidade, dados pelo instrumento “Critical Appraisal Skills Programme, CASP” (© Milton Keynes Primary Care Trust, 2002). Os resultados desta produção foram integrados através da análise de conteúdo descrita por Minayo (2004), de modo a buscar temas relacionados à educação em saúde, aos quais foram combinados atributos (ou sub-temas). A busca bibliográfica resultou na identificação de 989 citações nessa temática, das quais 634 foram consideradas relevantes. Após seleção com base na leitura do título, a seguir dos abstracts (340) e por fim dos artigos na íntegra (88), foram classificadas 14 publicações como pertinentes para este estudo. Na metassíntese os aspectos recorrentes e as diferenças entre os artigos foram agrupados em duas modalidades temáticas: contexto dos sujeitos (descrevendo os fatores facilitadores e dificultadores do processo de cessação do tabagismo) e abordagem educativa (com processos facilitadores e dificultadores dos programas de cessação do tabagismo e da relação profissional-paciente apresentados em quadro temático, com comentários). As estratégias de abordagem do processo educativo foram classificadas com base nos elementos da promoção da saúde e nos modelos educacionais. Conclui-se que a metassíntese apresenta-se como metodologia relevante no âmbito da enfermagem (que tem vasta produção de pesquisa qualitativa), pois favorece análises e interpretações com potencial de proporcionar visibilidade e impacto no processo de cuidar e ser cuidado, fornecendo elementos para tomada de decisão. A compreensão sobre temas relacionados às abordagens educativas em saúde, nos processos de cessação do tabagismo, e o seu significado para os pacientes foi ampliada.

Palavras-chave: educação em saúde; promoção da saúde; tabagismo / cessação do tabagismo; revisão sistemática; pesquisa qualitativa; metassíntese qualitativa.

Lopes, ALM. Health Educational Processes for smoking cessation: systematic review and metasynthesis. [dissertation] São Paulo (SP): USP Nursing School; 2008.

ABSTRACT

An explorative systematic bibliographic review and meta-synthesis was realized looking to describe and analyze aspects of the educational practices in health, directed to the development of abilities for the smoking cessation, translated through the interpretation of the authors of the qualitative researches published in journals from 2000 to 2007. The smoking question was identified as a complex approach problem, which requires interventions from various aspects. Health education was emphasized, which under the perspective of the empowerment and empowerment education, is liable to the performance of the health professional. Using the qualitative meta-synthesis instrumental method described by Sandelowski and Barroso (2003), it was possible to identify a scientific production of primary qualitative researches about educational practices in the smoking cessation, indexed in MEDLINE, CINAHL and LILACS databasis. For this was used qualitative research controlled vocabulary, health education and smoking, besides the free texts and words with truncation, looking to increase the identification of the studies that may be relevant. The selected studies were identified according to its general characteristics, having been applied quality criterias supplied by the "Critical Appraisal Skills Programme, CASP" (© Milton Keynes Primary Care Trust, 2002) instrument. The results of this production were integrated through the analysis of content described by Minayo (2004), in order to look for themes related to health education, of which had attributes (sub-themes) combined to them. The bibliographic research resulted in the identification of 989 citations about this theme, where 634 were considered relevant. After the selection based on the title of the studie, following the abstracts (340) and finally of the reading of 88 complete studies, 14 publications were classified as being pertinent to this study. In the meta-synthesis the reoccurring aspects and the differences between the studies were separated in two types of themes: context of the subjects (describing the facilitating and difficulting facts of the smoking cessation process) and education approach (with facilitating and difficulting processes of the smoking cessation programs and of the patient-professional relationship presented in a theme board, with comments). The strategies used in the educational processes were classified based on the elements of the health promotion and on educational models. We conclude that the meta-synthesis presents itself as a relevant methodology in nursing environment (which provides vast qualitative research productions), because it helps in analysis and interpretations with the potential of facilitating visibility and impact in the process of taking care and being taken care of, supplying elements for decision making. The comprehension about themes related to health educational approaches, in the smoking cessation processes, and its meaning to patients, has been increased.

Key words: health education; health promotion; smoking / smoking cessation; sistematic review; qualitative research; qualitative meta-synthesis.

LISTA DE QUADROS

QUADRO 1. Características distintas, três paradigmas de investigação.....	16
QUADRO 2. Intersecções entre os elementos da promoção da saúde e os modelos educacionais	25
QUADRO 3. Bases de dados selecionadas para a pesquisa.....	52
QUADRO 4. Características dos descritores básicos selecionados, segundo a base de dados.....	56
QUADRO 5. Estudos incluídos na amostra bibliográfica, segundo dados de publicação.	77
QUADRO 6. Estudos incluídos na amostra bibliográfica, segundo o objetivo.	80
QUADRO 7. Estudos incluídos na amostra bibliográfica, segundo a população investigada e a orientação metodológica.....	83
QUADRO 8. Estudos incluídos na amostra bibliográfica, segundo os pressupostos conceituais citados	86
QUADRO 9. Avaliação dos estudos incluídos na amostra bibliográfica, segundo roteiro preconizado pelo Critical Appraisal Skills Programme (CASP) (© Milton Keynes Primary Care Trust, 2002).	87
QUADRO 10. Processos dificultadores da cessação do tabagismo nas modalidades relacionadas à educação. Tema: Programa de intervenção.....	93
QUADRO 11. Processos facilitadores da cessação do tabagismo nas modalidades relacionadas à educação. Tema: Programa de intervenção.....	94
QUADRO 12. Processos dificultadores da cessação do tabagismo nas modalidades relacionadas à educação. Tema: Relação profissional-paciente.....	98

QUADRO 13. Processos facilitadores da cessação do tabagismo nas modalidades relacionadas à educação. Tema: Relação profissional-paciente.....	99
QUADRO 14. Estratégias educativas e teorias de intervenção para a cessação do tabagismo e sua classificação quanto à estratégia de abordagem, segundo o modelo de intersecção entre elementos da promoção da saúde e os modelos educacionais (Oliveira, 2007, p. 33).	104

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

FIGURA 1. Holosfera de empowerment - Labonte.....	17
FIGURA 2. Processo de busca, identificação e validação. (Barroso et al., 2003, p. 171)	60
FIGURA 3. Sumário do processo de seleção e exclusão: todas as bases de dados (fundamentada na figura apresentada por Jones, 2004)	75
FIGURA 4. Classificação dos estudos da amostra bibliográfica, segundo a dimensão predominante das categorias propostas pela holosfera de Labonte (1994, 1993).....	107

LISTA DE TABELAS

TABELA 1. Resultados obtidos segundo cada base de dados.....	68
TABELA 2. Distribuição das citações identificadas e cadastradas por ano de publicação	70
TABELA 3. Lista dos 25 periódicos com mais citações identificadas nas bases de dados, segundo a principal área de atuação, o país de origem e a frequência de citações cadastradas.....	71
TABELA 4. Distribuição dos periódicos identificados nas bases de dados, segundo a sua afiliação disciplinar.	72
TABELA 5. Distribuição dos países de origem mais frequentes, segundo o número de periódicos identificados.....	74

LISTA DE ANEXOS

ANEXO 1 - Itens da documentação do processo de decisão (planilha Excel).....	127
ANEXO 2 - Instrumento de detalhamento da amostra bibliográfica - Artigo X.....	128
ANEXO 3 - Instrumento de detalhamento da amostra bibliográfica - Artigo 1	130
ANEXO 4 - Instrumento de detalhamento da amostra bibliográfica - Artigo 2	134
ANEXO 5 - Instrumento de detalhamento da amostra bibliográfica - Artigo 3	139
ANEXO 6 - Instrumento de detalhamento da amostra bibliográfica - Artigo 4	143
ANEXO 7 - Instrumento de detalhamento da amostra bibliográfica - Artigo 5	147
ANEXO 8 - Instrumento de detalhamento da amostra bibliográfica - Artigo 6	151
ANEXO 9 - Instrumento de detalhamento da amostra bibliográfica - Artigo 7	154
ANEXO 10 - Instrumento de detalhamento da amostra bibliográfica - Artigo 8	159
ANEXO 11 - Instrumento de detalhamento da amostra bibliográfica - Artigo 9	163
ANEXO 12 - Instrumento de detalhamento da amostra bibliográfica - Artigo 10 ...	167
ANEXO 13 - Instrumento de detalhamento da amostra bibliográfica - Artigo 11 ...	171
ANEXO 14 - Instrumento de detalhamento da amostra bibliográfica - Artigo 12 ...	175
ANEXO 15 - Instrumento de detalhamento da amostra bibliográfica - Artigo 13 ...	179
ANEXO 16 - Instrumento de detalhamento da amostra bibliográfica - Artigo 14 ...	183
ANEXO 17 - Tabela dos periódicos identificados nas bases de dados segundo a principal área de atuação, o país de origem e a frequência de citações cadastradas.	187
ANEXO 18 - Artigos excluídos a partir do título - organizados por base de dados/autor.....	194

ANEXO 19 - Citações excluídas a partir da leitura dos resumos - organizados por base de dados/ ano/ autor.	209
ANEXO 20 - Lista de resumos não disponíveis - organizados por base de dados/ano/autor.....	221
ANEXO 21 - Artigos excluídos após leitura integral - organizados por base de dados/ano/autor.....	223

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

ADOLEC	Base de dados eletrônica sobre a saúde do adolescente da Biblioteca Virtual em Saúde
AIDS	Acquired Immune Deficiency Syndrome
BDENF	Base de Dados em Enfermagem da Biblioteca Virtual em Saúde
BVS	Biblioteca Virtual em Saúde
BIREME	Biblioteca Regional de medicina
CAPES	Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior
CRATOD	Centro de Referência para Álcool, Tabaco e Outras Drogas
CINAHL	Cumulative Index of Nursing and Allied Health Literature
DeCS	Descritores em Ciências da Saúde
EBSCO	EBSCO Information Services é empresa comercial que fornece serviços eletrônicos de acesso a periódicos e livros para bibliotecas e corporações
EUA	Estados Unidos da América
HIV	Human Immunodeficiency Virus
INCA	Instituto Nacional do Câncer
LILACS	Literatura Latino-americana em ciências da Saúde
MEDLINE	Base de dados da área médica e biomédica produzida pela National Library of Medicine dos Estados Unidos da América
MeSH	Medical Subject Headings
OMS	Organização Mundial de Saúde
ONGs	Organizações não Governamentais
OPAS	Organização Pan-Americana da Saúde
SciELO	Scientific Electronic Library Online
SIBI/USP	Sistema Integrado de Bibliotecas da Universidade de São Paulo
SUS	Sistema Único de Saúde
USP	Universidade de São Paulo

SUMÁRIO

Lista de Quadros	xii
Lista de Ilustrações	xiv
Lista de Tabelas	xv
Lista de Anexos	xvi
Lista de Abreviaturas e Siglas.....	xvii
Apresentação	xxii
1 INTRODUÇÃO.....	1
1.1 O CONTEXTO DO TABAGISMO.....	2
1.1.2 Diretrizes sobre a dependência de nicotina.....	5
1.1.3 Abordagens para a cessação do tabagismo	8
1.2 A EVOLUÇÃO DAS CONCEPÇÕES DA PROMOÇÃO À SAÚDE.....	9
1.3 O <i>EMPOWERMENT</i> COMO ESTRATÉGIA.....	12
1.3.1 O <i>empowerment</i> analisado a partir da holosfera de Labonte	16
1.3.1.1 Primeira esfera: o autocuidado	18
1.3.1.2 Segunda esfera: o desenvolvimento de pequenos grupos	18
1.3.1.3 Terceira esfera: a organização comunitária	19
1.3.1.4 Quarta esfera: a construção de coalizão para reivindicação	19
1.3.1.5 Quinta esfera: a ação política.....	19
1.4 CONSIDERAÇÕES SOBRE AS PRÁTICAS EDUCATIVAS EM SAÚDE COMO INSTRUMENTAL DE INTERVENÇÃO NA CESSAÇÃO DO TABAGISMO	20
2 OBJETIVOS	27
2.1 OBJETIVO GERAL.....	28
2.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS.....	28
3 REFERENCIAL TEÓRICO E METODOLÓGICO: REVISÃO SISTEMÁTICA DE LITERATURA E METASSÍNTESE QUALITATIVA.....	29
3.1 REVISÃO BIBLIOGRÁFICA SISTEMÁTICA.....	30
3.2 PESQUISA QUALITATIVA	32
3.3 METASSÍNTESE QUALITATIVA	35
3.3.1 Considerações sobre a complexidade metodológica da metassíntese qualitativa	39
3.3.2 Tipos de metassíntese qualitativa e questões para a sua condução.....	41
4. MÉTODO.....	45

4.1 TIPO DE ESTUDO.....	46
4.2 DELIMITAÇÕES DO ESTUDO	46
4.2.1 Questão norteadora.....	46
4.2.2 Critérios de elegibilidade do estudo	47
4.2.2.1 Quanto à natureza da pesquisa qualitativa	47
4.2.2.2 Critérios de inclusão	48
4.2.2.3 Critérios de exclusão	48
4.3 ESTRATÉGIA DE BUSCA NAS BASES DE DADOS.....	50
4.3.1 Desenvolvendo a estratégia de busca bibliográfica de pesquisas qualitativas.....	53
4.4 SELEÇÃO E TRATAMENTO DOS DADOS.....	58
4.4.1 Verificação do título	59
4.4.2 Verificação do abstract	59
4.4.3 Verificação do artigo na íntegra	59
4.4.4 Consulta de um consenso.....	61
4.4.5 Inclusão na amostra bibliográfica.....	61
4.4.6 Verificação da bibliografia e das citações do autor.....	61
4.5 DETALHAMENTO DOS ESTUDOS SELECIONADOS.....	62
4.6 ANÁLISE DOS DADOS SELECIONADOS	62
4.6.1 Avaliação da qualidade dos estudos.....	62
4.6.2 Análise dos dados.....	63
5 RESULTADOS	67
5.1 CARACTERIZAÇÃO DO PROCESSO DE SELEÇÃO DOS DADOS.....	68
5.1.1 Buscas nas bases de dados	68
5.1.2 Caracterização das citações identificadas	70
5.1.3 Processo de seleção da amostra bibliográfica	75
5.2 CARACTERIZAÇÃO DOS ESTUDOS SELECIONADOS PARA SÍNTESE....	77
5.3 ANÁLISE DOS ARTIGOS SELECIONADOS	87
5.3.1 Análise crítica dos estudos selecionados.....	87
5.3.2 Análise dos artigos selecionados	89
5.3.2.1 Fatores dificultadores e facilitadores da cessação do tabagismo, modalidade contexto dos sujeitos.	89
5.3.2.2 Processos dificultadores e facilitadores da cessação do tabagismo nas modalidades relacionadas à educação, aspectos relativos aos programas de intervenção.	93

5.3.2.3 Processos dificultadores e facilitadores da cessação do tabagismo nas modalidades relacionadas à educação, aos aspectos relativos à relação profissional-paciente.....	98
5.3.2.4 Estratégias de abordagem relativas ao processo educativo.....	102
5.4 CLASSIFICAÇÃO DOS ESTUDOS DA AMOSTRA BIBLIOGRÁFICA, SEGUNDO A DIMENSÃO PREDOMINANTE DAS CATEGORIAS PROPOSTAS PELA HOLOSFERA DE LABONTE (1994, 1993).	107
6 DISCUSSÃO	110
6.1 CONSIDERAÇÕES SOBRE O MÉTODO.....	111
6.2 CONSIDERAÇÕES SOBRE OS ARTIGOS DA AMOSTRA BIBLIOGRÁFICA	113
7 CONSIDERAÇÕES FINAIS	116
8 REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	119
ANEXOS	126

APRESENTAÇÃO

Este estudo pretende descrever e analisar os aspectos das práticas educativas em saúde voltadas à cessação do tabagismo, a partir da visão dos usuários dos serviços, interpretada por diversos autores de pesquisas qualitativas publicadas entre 2000 e 2007.

A análise concentra-se no tabagismo como um problema complexo de se enfrentar e que demanda intervenções em vários âmbitos. Destaca a educação em saúde como campo estratégico e instrumental da promoção da saúde que, sob a perspectiva do *empowerment*¹ e *empowerment education*, também chamado de educação popular (Carvalho, 2004), é uma das estratégias passíveis de atuação do profissional de saúde.

Ao captar a evolução do conceito de *empowerment* nos processos de educação em saúde voltados aos programas de tabagismo, procurou-se localizar seus limites, possibilidades e perspectivas no âmbito da consolidação do SUS, como “espaço privilegiado de sociabilidade e politização de usuários, trabalhadores e gestores” (Carvalho, 2004, p.1094).

Carvalho aponta que os modelos e diretrizes da promoção da saúde influenciam diversas políticas públicas, entre as quais se destaca nesta pesquisa as práticas de educação em saúde nos programas de cessação do tabagismo, dentro dos projetos de reorientação da rede básica.

¹ Ao fazer a aproximação teórica do *empowerment* como estratégia, a partir da promoção da saúde, Carvalho (2004) optou pelo termo original em inglês, justificando que as traduções até o momento propostas (empoderamento, em espanhol *apoderamiento* ou emancipação) parecem não retratar o seu significado exato. Já em seu artigo sobre o legado de Paulo Freire, Valoura (2006) declara que, na perspectiva do pensador, um grupo ou instituição empoderada é aquela capaz de realizar, por si mesma, as mudanças e ações que a levam a evoluir e se fortalecer e, por esta razão, justifica o termo em português, ligando a ampliação do conceito ao educador brasileiro. A autora entende que tanto em inglês quanto em português, a palavra *empowerment* adquiriu um novo significado no âmbito da promoção da saúde. Extrapolando a definição original anglo-saxônica (do liberalismo civil e religioso, conforme explica Stotz, 2004), ampliou-se do “dar poder a algo ou alguém” para traduzir uma condição de construção de competências e habilidades capazes de transformação, quer pessoal, quer coletiva, mas sempre a partir de trocas, ou seja, dialógica e horizontal. Assim, adota-se o termo em inglês, conforme Carvalho e Stotz, já que Valoura afirma não haver no glossário do Instituto Paulo Freire menção à palavra empoderamento. Além disso, esta palavra não consta de dicionário de língua portuguesa (Stotz, 2004).

Entre os inúmeros caminhos de investigação, esta pesquisa concentrou-se na produção científica qualitativa resultante de intervenções e programas de educação em saúde, dirigidos ao desenvolvimento de habilidades individuais e coletivas dos sujeitos em suas tentativas de parar de fumar, como aspecto pertinente à ampliação dos níveis de saúde e de qualidade de vida da população em geral (Pereira, 2003).

O interesse da autora pelo tema advém da inquietação provocada pela prática cotidiana de atividades educativas individuais e coletivas, como intervenções para parar de fumar, na qual se constata a predominância de ações dirigidas à doença ou a determinado grupo de risco.

Esta prática é reforçada pelos protocolos que vêm sendo aplicados nos serviços, vinculados a diversas ações públicas e a políticas que abrangem um amplo contexto.

Mesmo considerados os esforços dos profissionais envolvidos e a importância da assistência ao usuário como realização de *empowerment* (Labonte, 1993), tais programas tendem a um caráter predominantemente informativo, com pouca oportunidade de ausculta e atenção quanto à determinação social do processo saúde-doença. Ou seja, mesmo que haja o anseio por recursos pedagógicos mais horizontais, mesmo entendendo que os profissionais de saúde consideram importante o fortalecimento dos sujeitos, fatores diversos parecem retardar o estabelecimento destes princípios.

Conhecer outras intervenções educativas de cessação do tabagismo, bem como compreender a visão e experiência dos diversos usuários destes programas, em diferentes cenários e momentos de vida, através da interpretação de vários autores, identificando temas relevantes à prática pedagógica e aos processos educativos, pode proporcionar subsídios para reflexão sobre a condução de campanhas e serviços.

O estudo desta temática tem relevância no campo da saúde coletiva e é pertinente à linha de pesquisa do Departamento de Enfermagem em Saúde Coletiva da Escola de Enfermagem da USP - Bases Teórico-metodológicas para a Intervenção em Saúde Coletiva. Também se insere na temática do grupo de pesquisa Modelos Tecnoassistenciais e a Promoção da Saúde da mesma escola, que visa contribuir para a reflexão e o realinhamento dos processos de trabalho em saúde, sob a perspectiva da promoção da saúde.

Ao verificar se e como ocorre a evolução da categoria *empowerment*, refletida nas práticas educativas em saúde na dependência do cigarro, esta pesquisa visa fornecer bases teóricas para a reflexão dos profissionais de saúde, favorecendo a incorporação de práticas pedagógicas críticas e participativas no cotidiano dos serviços, de modo a promover oportunidades de participação, desenvolvimento, autonomia e emancipação dos sujeitos.

Parte-se do pressuposto de que, embora reconheçam a primazia dos determinantes econômicos e ambientais na saúde dos sujeitos, os profissionais de saúde ainda vêem o seu papel (e o executam), como restrito ao encorajamento voltado aos hábitos e estilos de vida saudável (Verdi, Caponi, 2005). Esta conduta reflete a impotência diante do que se tem menos poder para mudar - aspectos cuja resolução extrapolaria o âmbito da saúde. A autora entende que a contribuição dos profissionais de saúde pode, e deve, ser ampliada além desta perspectiva.

Outro pressuposto seria afirmar que a incorporação de conceitos, como a determinação social do processo saúde-doença, da promoção da saúde, do *empowerment education* e da participação comunitária pode ser evidenciada através da revisão sistemática da produção científica de estudos qualitativos. A construção de análise pela metassíntese qualitativa poderia oferecer elementos que apontariam uma mudança de foco das práticas educativas centradas na doença, para o foco dos determinantes dos perfis de saúde e doença (Bertolozzi, Fracolli, 2001).

A captação de diferentes processos educativos e seus aspectos relevantes, bem como a compreensão de suas implicações nos programas de intervenção em tabagismo, fornecem à pesquisa elementos de comparação crítica e evidenciam as contradições. Na prática, tornam visíveis os diferentes modos de realização do processo e as vozes de seus usuários, fornecendo elementos para a configuração e execução de programas que se aproximem mais dos contextos aos quais são destinados.

1 INTRODUÇÃO

1.1 O CONTEXTO DO TABAGISMO

Os produtos à base de tabaco referem-se a todo e qualquer tipo de artefato derivado da folha bruta dessa erva, que é usado para mascar, aspirar, tragar ou chupar (OMS, 2008).

Utilizado como medicamento pelas populações indígenas da América, o tabaco foi difundido na Europa a partir do século XVI.

Inicialmente consumido na forma de cachimbo, depois também como pó (rapé), no século XIX popularizou-se na forma de charuto entre os abastados, e de cigarro, cujo consumo aumentou significativamente a partir da Segunda Guerra Mundial.

Desde então, o tabaco inseriu-se na história comercial e econômica global, associando-se, principalmente entre 1930 e 1970, à imagem de sofisticação, poder e independência, por meio de publicidade (Lotufo, 2007; Chaves, Mendonça, 2005; Marques et al., 2001).

Inicialmente um hábito ligado ao gênero masculino, o cigarro acompanhou as transformações sociais da mulher (OMS 2008).

A partir da segunda metade do século XX, a associação do tabaco a doenças solidificou-se. Em 1988, um relatório norte-americano confirmou que a indústria do cigarro (considerado um invólucro), sempre soube dos efeitos físico-químicos da nicotina (seu real produto) - manipulou os seus teores, estimulou o plantio de tipos com maior concentração de princípio ativo e adicionou produtos químicos ao cigarro (como a amônia), visando potencializar seus efeitos e, assim, aumentar o consumo e a fidelidade dos fumantes (Rosemberg in: Lotufo, 2007; Marques et al., 2001).

Hoje, a dependência do cigarro é considerada doença e a sua prevalência, epidêmica. A nicotina, nas suas diversas apresentações, é encarada como uma droga psicoativa lícita, que causa dependência física, química e psicológica, interferindo no organismo e no comportamento, da mesma forma que a heroína e a cocaína (Chaves, Mendonça, 2005; Marques et al., 2001).

Dados da Organização Mundial de Saúde (WHO, 2008) indicam que há cerca de um bilhão de fumantes no mundo. Prognósticos apontam

que metade morrerá prematuramente, se continuar a fumar (Marques et al., 2001).

Oitenta por cento dos fumantes moram em países abaixo da linha de desenvolvimento ou em desenvolvimento. Nas nações ricas, o consumo tem diminuído, principalmente devido a agendas governamentais, definidas e implantadas em várias ramificações da atividade humana e baseadas em diretrizes de promoção da saúde, estabelecidas aos países signatários da Organização Mundial de Saúde (OMS).

Os índices de cessação também acompanham esta tendência. No Brasil, os menores índices referem-se a indivíduos com menor escolaridade e/ou de nível social mais baixo (Chaves, Mendonça, 2005).

Nos EUA, onde a prevalência de fumantes caiu de 42%, em 1965, para 25%, e se estabilizou nestes níveis, a dependência da nicotina está relacionada a 20% das mortes. Já no Brasil, vem diminuindo - de 31,7%, em 1989, segundo o IBGE, passou para 12,9 a 25,2%, entre 2002 e 2003, sendo maior nas capitais brasileiras industrializadas, em homens, em pessoas com menor escolaridade e maiores de 25 anos (Chaves, Mendonça, 2005; Ministério da Saúde, 2004).

Recentemente, a Fundação Oswaldo Cruz divulgou resultados da pesquisa da economista Márcia Pinto, que estimou o gasto de mais de trezentos milhões pelo SUS (Sistema Único de Saúde) em um ano, com pacientes acima de 35 anos que tiveram uma das 32 doenças relacionadas ao tabaco².

O cigarro está associado a cerca de cinquenta diferentes doenças - é um dos maiores fatores de risco para o câncer, doenças pulmonares e cardiovasculares. Está ligado ao aumento da probabilidade de doenças do aparelho digestivo, doenças tromboembólicas, periodontais, catarata, disfunção erétil, abortamento, prematuridade, entre outros agravos à saúde e à vida. Também está diretamente relacionado às doenças pulmonares da infância, consequência do tabagismo passivo (Chaves, Mendonça, 2005; INCA, 2003; Marques et al., 2001).

² Ministério da Saúde, Fundação Oswaldo Cruz, disponível em:
<http://www.fiocruz.br/cgi/cgilua.exe/sys/start.htm?infoid=3568&sid=112>

O cigarro produz substâncias tóxicas que alteram a oxigenação dos tecidos. A nicotina liberada (7 a 9 mg, das quais o organismo absorve cerca de 1% e elimina o restante para o ambiente) é quase imediatamente absorvida. Em cerca de dez segundos, atinge o cérebro, inibindo rapidamente o desconforto da síndrome de abstinência e da “fissura” (desejo intenso de acender o cigarro, que pode ceder entre um e três minutos). A meia-vida da nicotina varia de trinta minutos a duas horas (daí a necessidade de o indivíduo fumar novamente), e é parcialmente eliminada pelos rins na forma de cotinina, que é detectável e pode ser coadjuvante na monitoração da cessação (Chaves, Mendonça, 2005; Marques et al., 2001).

A nicotina melhora o estado de alerta, diminui o apetite, dá sensação de relaxamento e acalma. Atribui-se a rápida dependência ao desenvolvimento da tolerância à nicotina, à meia-vida curta, ao efeito no sistema nervoso central e à sua relação com a diminuição da resposta de adaptação ao estresse ambiental, pela diminuição da concentração de serotonina no hipocampo (Chaves, Mendonça, 2005; Marques et al., 2001).

O desconforto provocado pela síndrome de abstinência, maior responsável pela dificuldade de parar de fumar é, de fato, intenso, e perturba a rotina e as relações sociais com tal intensidade que o indivíduo pode desistir de manter-se sem cigarro. Muitas vezes, as pessoas próximas podem até sugerir que ele volte a fumar para regularizar a tensão e ansiedade (Chaves, Mendonça, 2005).

Os sintomas da abstinência mais conhecidos são o “craving” ou fissura, ansiedade, irritabilidade, perturbações do sono, aumento da vontade de comer doces, distúrbios de concentração e atenção, tosse (pelo reinício dos movimentos ciliares do sistema respiratório), diminuição da pressão arterial e dos batimentos cardíacos. Nas intervenções de apoio aos que desejam parar de fumar, a compreensão dos mecanismos de ação da nicotina, bem como das conseqüências da síndrome de abstinência, auxiliam o profissional a manter uma atitude de acolhimento e ausculta, que pode ser decisiva para que as pessoas continuem persistindo (Chaves e Mendonça, 2005).

1.1.2 Diretrizes sobre a dependência de nicotina

A condução das políticas nacionais de cessação do tabagismo (Programa Nacional do Controle do Tabagismo) é coordenada pelo Instituto Nacional do Câncer, responsável pela divulgação de protocolos sobre o tema, bem como pela capacitação da rede básica, através das Secretarias de Saúde Estaduais e Municipais.

Destaca-se a iniciativa do Brasil em assinar a Convenção-Quadro para o Controle do Tabaco, em 2003, com a aprovação na Câmara dos Deputados, em 2004, e no Senado, em 2005 (Ministério da Saúde, 2003). Os países signatários, através de medidas fiscais, legais, de controle e educação propõem-se a reduzir a demanda por tabaco; reduzir a oferta de produtos do tabaco; proteger o meio ambiente; incluir questões de responsabilidade civil, penal e de cooperação judicial; promover a informação técnica, científica e o intercâmbio de informação.

A Política Nacional de Promoção da Saúde (Ministério da Saúde, 2006, p. 32-34) pauta a prevenção e o controle do tabagismo através da sistematização de ações educativas, legislativas e econômicas, visando reduzir a aceitação social do tabagismo; diminuir o estímulo de jovens e adultos para o vício de fumar; proteger a população dos riscos do tabaco no ambiente; dificultar o acesso a derivados do tabaco; ampliar o acesso dos fumantes ao apoio para deixar de fumar e controlar os produtos à base de tabaco.

Prevê a realização de ações educativas pontuais, através de campanhas (dia nacional e mundial de controle do tabaco) e eventos de sensibilização (comunidades livres do tabaco) bem como articulações com a mídia, além da mobilização de canais comunitários (unidades de saúde, escolas e ambientes de trabalho).

Estimula a promoção de ambientes de trabalho sem tabaco e a promoção da saúde no ambiente escolar, e também o aumento do acesso do fumante aos métodos eficazes para parar de fumar, propondo-se a atender a crescente demanda em busca de apoio.

A atuação acontece, portanto, em duas frentes: trabalhar com os fumantes para que parem de fumar, e com aqueles que ainda não fumam, para que não comecem.

Em 2001, o Departamento de Dependência Química da Sociedade Brasileira de Psiquiatria publicou o Consenso sobre o Tratamento da Dependência de Nicotina (Marques et al., 2001), com base nas publicações da Associação Psiquiátrica Norte-americana e dos departamentos de saúde dos Estados Unidos e Reino Unido. Tal consenso foi motivado pelos dados epidemiológicos de prevalência do tabagismo e pela observação de que as ações de educação e persuasão não modificavam, suficientemente, as políticas culturais e sociais relacionadas ao fumo. Constatou-se, também, a pouca integração das ações de interrupção do tabagismo às rotinas dos serviços de saúde em todo o mundo e se verificou a percepção dos profissionais de saúde quanto a pouca efetividade dos tratamentos propostos. Os objetivos foram levantar dados epidemiológicos relevantes no Brasil e no mundo; revisar as ações gerais da nicotina; elaborar um protocolo de triagem mínima para serviços de atenção primária; recomendar diretrizes de avaliação, diagnóstico e tratamento da dependência de nicotina, além de sugerir abordagens a grupos especiais de pacientes (adolescentes, gestantes, idosos, pacientes internados, obesos, pacientes com morbidades psiquiátricas, cardiovasculares e respiratórias).

O consenso recomendou a abordagem do hábito de fumar a todos os indivíduos; o aconselhamento, encorajamento e auxílio na interrupção do tabagismo; a terapia de reposição da nicotina (exceto para os grupos de risco, como gestantes, idosos, portadores de doenças cardiovasculares e adolescentes) com terapia comportamental breve em grupo como recurso complementar; a utilização de novas medidas que previnam a iniciação do tabagismo, uma vez que os resultados de prevalência do tabagismo não foram efetivos.

Estudos comportamentais, além da prática profissional, confirmam que, para haver sucesso, é necessário que a decisão de parar seja do próprio indivíduo (Chaves, Mendonça, 2005).

O incentivo dos familiares e profissionais de saúde pode influenciar no balanço entre o custo de parar e de continuar fumando, bem como nos benefícios de parar ou continuar (balanço decisório).

Também a capacidade, percebida pelo indivíduo, para fazer a mudança (auto-eficácia) pode ser mobilizada através do encorajamento, em que se mostra ao paciente que ele é capaz de parar e que o esforço é dele (Chaves, Mendonça, 2005).

Prochaska e DiClemente, observando os movimentos cognitivos e emocionais na mudança de comportamento, construíram o “modelo transteórico de estágios de mudança” (Chaves, Mendonça, 2005; Nutbeam, Harris, 2004; Prochaska, DiClemente, 1983).

O modelo descreve estágios gradualmente diferenciados de motivação para a mudança, nos quais cresce a probabilidade de esta acontecer: pré-contemplação (o fumante não percebe a necessidade de mudar, sente-se confortável como está); contemplação (admite o tabagismo como um problema, porém, as barreiras da interrupção são mais significativas); preparação (quer parar e procura refletir nos métodos para isto); ação (a decisão de parar leva-o a procurar recursos para fazê-lo); manutenção (esforça-se para não fumar); recaída (falha em ficar sem fumar, retorna aos estágios anteriores e pode retomar o processo a partir de qualquer fase, a qualquer tempo).

O modelo transteórico de processos de mudança de Prochaska e Velicer (Chaves, Mendonça, 2005) chama a atenção para os aspectos pessoais que podem ser estimulados para a interrupção do hábito de fumar: conscientização (aumento da consciência sobre as implicações de fumar); catarse (estimulação emocional); avaliação social e ambiental (como o fumo afeta os outros); liberação social (ampliação dos recursos da comunidade que auxiliam neste propósito); auto-avaliação (a auto-imagem fumando e não fumando); controle de estímulos (substituição das “dicas” para fumar); apoio social (apoio na relação que está mediando o novo hábito); contracondicionamento (substituição de comportamentos); reforço (conseqüências que reforçam o processo) e autoliberação (crença de que é possível mudar).

1.1.3 Abordagens para a cessação do tabagismo

A abordagem a todos os indivíduos na atenção primária visa não apenas diagnosticar o tabagismo e aconselhar os fumantes, mas estimular aqueles que não fumam para que não comecem.

O diagnóstico abre oportunidades - perguntar qual é a quantidade de tabaco consumida e se o fumante relaciona problemas a esse consumo representa uma situação favorável ao aconselhamento.

A intervenção recomendada para uma abordagem mais geral é conhecida como os “4 A ou 5 A” (*ask, advise, assess, assist and arrange*) (Kenford, Fiore, 2004) ou abordagem mínima e consiste (Chaves, Mendonça, 2005; Marques et al., 2001): perguntar (nível de dependência, histórico como tabagista); aconselhar (de modo personalizado, enfatizar as vantagens de parar de fumar); negociar (investigar o desejo de tentar parar); preparar (orientar o planejamento e o que pode acontecer, visando aumentar as possibilidades de sucesso); acompanhar (orientar e prover recursos para enfrentar a abstinência); e avaliar a eficácia da intervenção.

Chaves e Mendonça relatam que a interrupção do tabagismo pode ser feita de forma abrupta ou gradual, e cada modo tem custos e benefícios que devem ser levados em consideração. Ambos os casos exigem esclarecimentos do profissional de saúde e suporte no planejamento e na estratégia adotada.

A abordagem multidisciplinar aumenta as possibilidades de cessação do tabagismo por meio da integração de diversos componentes (Lotufo, 2007), assim como a introdução de fármacos ampliou as chances de sucesso (Lotufo, 2007; Kenford, Fiore, 2004). Estudos referem-se à duplicação das possibilidades, embora se possa considerar que há muitas variáveis que podem interferir, como alergias, utilização inadequada do fármaco, interrupção do tratamento com intenção de fumar, utilizar fármacos sem modificar o comportamento.

O tratamento farmacológico consiste, predominantemente, na reposição de nicotina, cujas apresentações, no Brasil, são a goma de

mascar e os adesivos. Considerada uma droga segura, pode ser aplicada e acompanhada por profissional de saúde treinado (Marques et al., 2001).

O Ministério da Saúde, através do INCA, disponibiliza estes medicamentos nas secretarias de Saúde estaduais e municipais, responsáveis pela capacitação profissional e pelo credenciamento de programas de intervenção em tabagismo na rede básica.

No estado de São Paulo, esta incumbência cabe ao CRATOD (Centro de Referência para Álcool, Tabaco e Outras Drogas).

As características das ações de enfermagem colocam a enfermeira como profissional estratégico, seja na abordagem mínima inserida na rotina de todos os atendimentos de enfermagem ao fumante e não-fumante, seja na condução de intervenções de apoio à cessação do tabagismo (Lotufo 2007; Chaves, Mendonça, 2005).

Portanto, a dependência do tabagismo é um problema complexo de se enfrentar, que demanda intervenções em vários âmbitos (produção agrícola, indústrias do tabaco e farmacêutica, propaganda e marketing, equidade, vulnerabilidade, determinação social do processo saúde-doença, mudança de conceitos e hábitos e legislação, etc.).

1.2 A EVOLUÇÃO DAS CONCEPÇÕES DA PROMOÇÃO À SAÚDE

As Conferências de Promoção da Saúde (Brasil, Ministério da Saúde, 2001) desenvolveram as bases conceituais e políticas da promoção da saúde, ressaltando a “importância de expandir suas propostas para além dos processos educativos que enfocavam prioritariamente os estilos de vida dos indivíduos como objeto de intervenção” (Buss, Ignara, 1996, apud Chiesa, 1999, p.20).

“A promoção à saúde desponta como nova concepção de saúde internacional em meados dos anos 70, resultado do debate da década anterior sobre a determinação social e econômica da saúde e a construção de uma concepção não centrada na doença” (Heidmann et al., 2006, p. 353).

O Informe Lalonde, divulgado em 1974, no Canadá, foi o primeiro documento oficial a receber esta denominação. Considerado estratégia de enfrentamento, devido aos elevados custos, dividia o campo da saúde em quatro componentes: a biologia humana, o ambiente, o estilo de vida e a organização dos serviços de saúde. Como seu enfoque estava voltado à mudança dos estilos de vida sob uma perspectiva individual, comportamental e preventiva, o Informe Lalonde recebeu inúmeras críticas, uma vez que tendia a culpabilizar determinados grupos por seus problemas de saúde que, muitas vezes, estavam além de sua própria governabilidade (Heidmann et al., 2006).

A Conferência de Alma-Ata em 1978 (cujas bases foram o Informe Lalonde e o Relatório Epp, no Canadá³, e as observações feitas por especialistas da OMS com a abertura da China Nacionalista ao mundo exterior) foi a convergência para um novo paradigma com a proposta de Saúde para Todos no Ano 2000 e a estratégia de Atenção Primária à Saúde (Brasil, Ministério da Saúde, 2001).

A partir dos anos 80, documentos e movimentos com os elementos-chave da “nova promoção da saúde” surgem na Europa, Canadá e na OMS, que reconhecem a saúde como resultado da determinação social. Com esta motivação, planejou-se a I Conferência Internacional de Promoção da saúde, em Ottawa, no Canadá, que resultou na Carta de Ottawa, início das conferências subseqüentes.

Este documento define promoção da saúde como “o processo de capacitação da comunidade para atuar na melhoria de sua qualidade de vida e saúde, incluindo uma maior participação no controle deste processo” (Ministério da Saúde, 2001, p.19). Estabelece cinco eixos estratégicos de atuação: políticas públicas saudáveis, ambientes favoráveis à saúde, reorientação dos serviços de saúde, reforço da ação comunitária e desenvolvimento de habilidades pessoais.

³ Carta de autoria do ministro Jake Epp do Canadá, escrita em 1985, esclarecendo critérios, condições e provimentos regulatórios do Canadá Health Act (CHA), aprovado um ano antes. O documento, referência para a interpretação do CHA, foi adotado pelo governo federal para avaliar e interpretar a sua abrangência. Fonte: Canadá Health Act Annual Report 2006 [página na Internet], acessado em fevereiro de 2008, disponível em: http://www.hc-sc.gc.ca/hcs-sss/pubs/cha-lcs/2006-cha-lcs-ar-ra/app-ann-b_e.html.

A Carta de Ottawa incorpora o conceito de pré-requisitos para a saúde e insere paz, habitação, educação, alimentação, renda, ecossistema estável, recursos sustentáveis, justiça social e equidade. Além disso, considera as diferenças sociais, econômicas e culturais, bem como a responsabilização de setores fora do âmbito da saúde pelos seus determinantes.

As conferências internacionais subsequentes (Heidmann et al., 2006, Ministério da Saúde, 2001) reafirmam os cinco eixos de atuação da Carta de Ottawa e ampliam o tema às políticas públicas saudáveis, à saúde da mulher, alimentação e nutrição, ao tabagismo e álcool (Adelaide, 1988); à dimensão social, política e econômica para atingir ambientes favoráveis à saúde e o reforço à ação social (Sundsvall, 1991); ao reforço da ação comunitária com participação nas decisões (Jacarta, 1997); à intersetorialidade (México, 2000); às mudanças no contexto da saúde global e os efeitos da globalização no setor saúde, como o aumento das iniquidades, a urbanização e a degradação ambiental (Bangkok, 2005).

As conferências regionais (Heidmann et al., 2006, Ministério da Saúde, 2001) discutiram problemas específicos à luz da promoção da saúde, como equidade, determinação social do processo saúde-doença, relação entre saúde e desenvolvimento (Santa Fé de Bogotá, 1992); construção de alianças com os meios de comunicação (Caribe, 1993); saúde da população, emergindo como novo discurso da saúde (Canadá, 1996); estratégias para a melhoria da distribuição de recursos para a saúde (Rede de Megapaíses para a Promoção da saúde, Genebra, 1998).

Neste sentido, a promoção da saúde caracteriza-se pela constatação do papel protagonista dos determinantes gerais nas condições de saúde. Entende-se que a saúde resulta de um amplo espectro de fatores relacionados à qualidade de vida, cujas ações estariam mais voltadas ao coletivo e ao meio ambiente (compreendido por físico, social, político, econômico e cultural). A intervenção ocorre através de “políticas públicas e de condições favoráveis ao desenvolvimento da saúde e do reforço das capacidades dos indivíduos e das comunidades (*empowerment*)” (Buss, 2000, p.167).

Apesar da incorporação de todos os novos aspectos citados ao conceito original de promoção da saúde expresso por Lalonde, alguns autores ressaltam que o conceito anterior não foi completamente superado. É possível distinguir, no presente, programas que ainda são desenvolvidos com base na perspectiva comportamental, e que muitas vezes se autodenominam promoção da saúde, porém, estruturam-se sob o enfoque biomédico (Bedin, 2006; Stotz, 2004).

A abordagem comportamental característica dos saberes e práticas baseadas em evidências da cessação do tabagismo pode situar-se sob esta perspectiva.

A atuação profissional de intervenção para a cessação do tabagismo está inserida, como mencionado, na Política Nacional de Promoção da Saúde, tradução do campo teórico da promoção à saúde no Brasil, como política pública.

A possibilidade de desenvolvimento de *empowerment* se daria na implantação desta política pública no âmbito do SUS, como “espaço privilegiado da politização e da socialização de usuários” (Carvalho, 2004, p. 1094), na identificação de grupos vulneráveis e no apoio aos indivíduos, para que eles não comecem a fumar; no enfrentamento de uma situação desfavorável; e na explicação sobre os malefícios do tabagismo, apoio concreto à cessação do hábito de fumar.

1.3 O EMPOWERMENT COMO ESTRATÉGIA

O conceito de *empowerment* origina-se na psicologia social, no movimento feminista, na teologia da libertação e no ativismo social (Carvalho, 2004; Wallerstein, 1994). É entendido como uma ampliação de poder, ou de fortalecimento e participação comunitária, e pode ser considerado um processo de desenvolvimento pessoal ou ampliação do poder político (Robertson e Minkler, 1994, apud Chiesa, 1999, p. 24).

Este conceito está expresso, implícita ou explicitamente, a partir das premissas da Declaração de Alma-Ata, como um dos núcleos filosóficos

do ideário da promoção da saúde, visto como “um processo que procura possibilitar que indivíduos e coletivos aumentem o controle sobre os determinantes da saúde, para, desta maneira, terem uma melhor saúde” (Organização Mundial da Saúde, apud Carvalho, 2004 p.1090).

Como já se comentou na introdução desta pesquisa, ao realizar a aproximação teórica do *empowerment* como estratégia a partir da promoção da saúde, Carvalho opta pelo termo original em inglês, uma vez que as traduções até o momento propostas (empoderamento, emancipação), não exprimem exatamente o seu significado.

Carvalho (2004) distingue as noções de *empowerment* psicológico e comunitário na promoção da saúde.

Empowerment psicológico seria a perspectiva individualista do controle da própria vida, alijada da influência de fatores estruturais, sociais ou de contexto sociopolítico, na qual transitam as ações de fortalecimento da auto-estima e das capacidades individuais de auto-ajuda e solidariedade. Neste terreno estão as estratégias educativas de despertar a consciência sanitária, com a finalidade de manter uma relação saudável entre o indivíduo e o meio externo, podendo constituir-se em mecanismo de regulação social (Gastaldo, 2002) para justificar, por exemplo, a diminuição de recursos para a saúde. O autor alerta que programas voltados ao *empowerment* individual e coletivo devem discutir as raízes dos problemas e apontar alternativas ao *status quo*.

Nos processos de ressignificação e repolitização do sentido de *empowerment*, Wallerstein (1994, p.154) diferencia-o das práticas centradas na mudança de comportamento individual (behavioristas). O autor considera o *empowerment* comunitário um construto múltiplo, individual e coletivo, que ocorre inserido no contexto de mudanças organizacionais, comunitárias e sociais, configurando-se sob o referencial da psicologia comunitária (Julian Rappaport), da pedagogia crítica (Paulo Freire) e do ativismo social norte-americano (Saul Alinsky) (Bedin, 2006; Chiesa, 1999; Wallerstein, 1994). Nesta perspectiva, surge o *empowerment education*, baseado na metodologia pedagógica proposta por Freire.

Para Paulo Freire (Valoura, 2006, p. 2), um grupo ou instituição empoderada é aquela que “realiza, por si mesma, as mudanças e as ações que a levam a evoluir e se fortalecer”. Tal perspectiva implicaria conquista, avanço e superação por parte daquele que se empodera, como sujeito ativo do processo.

Wallerstein (1992, p.198) define *empowerment* como um “processo de ação social que promove a participação de pessoas, organizações e comunidades com vistas a ampliar o controle individual e comunitário, a eficácia política, melhorar a qualidade de vida e promover a justiça social”.

Pesquisadores brasileiros acreditam que a participação comunitária, sob a forma de *empowerment*, não modifica as condições de pobreza e desigualdade vigentes, nem os conhecidos déficits de qualidade dos serviços públicos de saúde, saneamento e educação (Heidmann 2006; Verdi, Caponi, 2005; Stotz, 2004).

No entanto, Carvalho (2004) e Chiesa (1999) distinguem o *empowerment* comunitário da tradicional abordagem individual, uma vez que tais processos contemplariam mediações entre a dimensão singular (subjetividade), a particular (grupo social) e a estrutural (política, jurídica e ideológica).

Ao discutir a saúde do ponto de vista do indivíduo, do sistema produtivo, do ponto de vista técnico, bem como a sua teia de relações, Lefèvre e Lefèvre (2004) apontam a importância do *empowerment* como estratégia de fortalecimento do usuário como elo mais fraco. Destacam que o profissional de saúde precisa compreender os limites do seu poder e as características mercadológicas do sistema de promoção da saúde.

Tanto os que defendem a promoção da saúde e o *empowerment*, quanto aqueles que os criticam, concordam que a capacitação dos profissionais de saúde, sob uma nova perspectiva, é necessária, assim como é preciso haver propostas consistentes para a reorientação das práticas assistenciais, além da incorporação do saber comum e popular (Stotz, 2004; Lefèvre, Lefèvre, 2004) nos processos educativos e de comunicação social em saúde.

Bedin (2006, p. 33) traduz o processo de empoderamento como “um processo de tornar-se sujeito. Tornar-se sujeito é o que permite ao indivíduo estabelecer os pontos entre o presente e o passado, abrir-se às diferentes esferas da vida em sociedade e pôr-se em marcha rumo ao futuro escolhido”.

A respeito das possibilidades do verbo *empower*, outro modo de considerar o significado de *empowerment*, Labonte (1994) comenta que pode ser usado no modo transitivo, como conceder poder, capacitar o outro. Neste sentido, haveria o risco de o profissional, como agente moderador e sujeito desta relação, permanecer como controlador do processo (Lefèvre, Lefèvre, 2004, Gastaldo, 2002) de modo que o grupo seja visto como incapaz de ações de poder próprias. No modo intransitivo, o próprio sujeito age sobre si mesmo, sendo o *empowerment* o ato de conquistar e de assumir o poder.

Labonte apresenta duas categorias de poder que trazem diferentes formas de atuação profissional, afirmando que “o ato de *empowerment* existe unicamente como um ato relacional de poder que se dá e se recebe numa mesma situação” (1993, p. 54). Estes coexistem numa relação dialética em constante tensão (uma dança dialética) entre poder que se dá e a aquisição de poder, a qual denomina “poder sobre e poder com” (Bedin, 2006; Labonte, 1994, 1993).

O “poder sobre” considera a realidade das coisas (doenças, estilos de vida, fatores de risco), tolera outros pontos de vista e procura educar os outros com base em seus próprios termos.

O “poder com” olha para a realidade da experiência vivida nas linguagens, imagens e símbolos usados pelas pessoas para dar voz a elas. Respeita outros pontos de vista, tentando compreendê-los no contexto alheio. O “poder com” tenta encontrar um fundamento comum entre o saber e a expressão do profissional e o saber e a expressão da comunidade (Bedin, 2006; Labonte, 1994, 1993).

Compreendendo que a avaliação das práticas de promoção da saúde, dada a complexidade de seus processos (organização, mobilização, educação), demanda uma reformulação do significado dos resultados

obtidos, Labonte propõe sua análise ontológica, epistemológica e metodológica segundo o paradigma convencional (positivista) e o paradigma construtivista (interpretativo, hermenêutica), desenvolvido por Lincoln e Guba (1989, apud Labonte, 1993, p. 43).

O autor acrescenta a estas duas categorias o paradigma crítico ou de ação participativa, que destaca como o mais consistente para a avaliação das práticas de promoção da saúde como prática de *empowerment*.

QUADRO 1. Características distintas, três paradigmas de investigação

PARADIGMA	CONVENCIONAL	CONSTRUTIVISTA	CRÍTICO
Epistemologia	científico/ experimental	naturalista	participativo/ação
Metodologia	quantitativo	qualitativo	ideológico
Ontologia	verdades universais	significados particulares	verdades e significados inseridos em um contexto histórico
Ênfase	predição, controle	consenso, entendimentos	emancipação

Fonte: Labonte R. *Health promotion and empowerment: practice frameworks*. Toronto: Centre for Health Promotion / Participation; 1993, p. 46.

1.3.1 O *empowerment* analisado a partir da holosfera de Labonte

Labonte (1994; 1993) também desenvolveu um modelo analítico (holosfera de empoderamento) para ilustrar o foco predominante das práticas profissionais pautadas nas estratégias de *empowerment*, dispondo-as em cinco esferas que expressam atuações possíveis com a finalidade de diminuir as iniquidades.

Cada esfera representa um nível diferente de organização social e de relações, a partir das quais os indivíduos vão ampliando o seu poder: interpessoal (autocuidado), intragrupal (desenvolvimento no próprio grupo), intergrupar (organização comunitária), interorganizacional (coalizão para reivindicação), e ação política.

Elaborada como um modelo prático resultante de workshops ministrados por Labonte, a holosfera de *empowerment* mostra aos profissionais de saúde e às organizações que é necessário buscar e promover ligações entre tais níveis de ação. Evidentemente, não se espera que o profissional atenda as cinco esferas, pois há atividades distintas voltadas às diferentes dimensões (Figura1).

FIGURA 1. Holosfera de *empowerment* - Labonte

Fonte: Labonte R. *Health promotion and empowerment: practice frameworks*. Toronto: Centre for Health Promotion / Participation; 1993, p. 60.

Em sua tese, Bedin (2006) analisou a prática dos agentes comunitários de saúde sobre a holosfera de *empowerment* de Labonte.

Neste estudo, introduziu-se a holosfera na análise da produção científica selecionada, a partir do mesmo modelo, para verificar em qual esfera de atuação pauta-se a prática de educação em saúde na cessação do tabagismo.

Propôs-se a alocação dos artigos selecionados na amostra bibliográfica na holosfera de Labonte para saber em qual tipo de *empowerment* e em quais paradigmas estariam centradas as lógicas dos processos de educação em saúde em intervenções para parar de fumar, na perspectiva da promoção da saúde.

1.3.1.1 Primeira esfera: o autocuidado

Representa o resultado das relações de poder que levam os indivíduos a se responsabilizar pela sua saúde. Aqui não se inclui a transferência de responsabilidade dos técnicos para usuários, e sim o suporte efetivo para a promoção da autonomia, em diferentes graus (Labonte, 1994, 1993).

A frase: “Recursos empoderam, serviços não” (McKnight, 1987, apud Labonte, 1993, p. 61) define a necessidade de transformações estruturais concretas que favoreçam a efetivação do cuidado prescrito, com serviços que apóiem o indivíduo e não apenas controlem a assistência prestada.

Este nível de suporte deve:

- Respeitar a autonomia pessoal;
- Ser sensível às diferenças culturais;
- Compreender os contextos sócio-ambientais e psicossociais dos indivíduos;
- Reconhecer a capacidade dos sujeitos de atuarem sobre os sintomas e a origem de seus problemas.

1.3.1.2 Segunda esfera: o desenvolvimento de pequenos grupos

Segundo Labonte, o verdadeiro *locus* do empoderamento é o grupo pequeno, capaz de forjar identidades e propósitos. Destaca que a cura está no fato de não se estar sozinho e que o grupo proporciona condições para o surgimento do controle, capacidade, coerência e conscientização, ingredientes indispensáveis ao *empowerment*.

Labonte considera que formação e organização em grupo é um processo lento, que requer paciência. É pouco tolerado por dirigentes, que esperam uma atuação grupal mais rápida. No entanto, esta esfera deve ser reconhecida (junto com o autocuidado) como independente e de importância estratégica, bem como precursora de ações comunitárias mais amplas.

“Tanto o autocuidado como o trabalho com pequenos grupos são os loci de vários trabalhos sociais, tais como: estudos de caso, aconselhamento, enfermagem de saúde pública. Tais loci precisam ser valorizados, dado o importante suporte e cuidados que proporcionam” (Labonte, 1993, p. 64).

1.3.1.3 Terceira esfera: a organização comunitária

As pessoas organizam-se em torno de problemas que vão além daqueles inerentes aos mais imediatos do grupo.

Nesta categoria, Labonte destaca as diferenças existentes entre uma participação burocrática e um processo de mudança social.

1.3.1.4 Quarta esfera: a construção de coalizão para reivindicação

Trata-se da união de vários grupos que se organizam deliberadamente para influenciar políticas públicas ou privadas.

Nesta esfera, o papel do profissional é fornecer informações e conhecimentos que dêem suporte a tais atividades.

1.3.1.5 Quinta esfera: a ação política

Representa a ampliação da esfera anterior. Pode ter forma partidária, local, nacional, democrática, entre outras. Há risco do conflito nas instâncias de negociação. A superação se dá pelo respeito à autonomia, ao estabelecimento de expectativas, através da avaliação das etapas do processo.

A abrangência e complexidade das políticas públicas de prevenção, controle e cessação do tabagismo, e os seus diversos âmbitos de ação favorecem o estudo dos artigos selecionados na perspectiva da holosfera de empowerment. Esta holosfera exige atuação em várias dimensões: individual - referente ao autocuidado, resultado da elevação da auto-estima, auto-eficácia e consciência crítica; grupal - por meio da aquisição de recursos individuais e sociopolíticos, bem como nos espaços familiar e grupal; organização comunitária - fortalecimento sócio-ambiental (escolas, igrejas, entidades, associações); coalizão para a reivindicação - através de ONGs, de mobilizações de setores da sociedade na aprovação de leis e medidas, na pressão para que se cumpram as metas da promoção da saúde no âmbito do SUS; ação política - por meio da legislação e de impostos que onerem a indústria do tabaco, pelo custo ao sistema de saúde, por exemplo.

1.4 CONSIDERAÇÕES SOBRE AS PRÁTICAS EDUCATIVAS EM SAÚDE COMO INSTRUMENTAL DE INTERVENÇÃO NA CESSAÇÃO DO TABAGISMO

As práticas educativas como objeto da educação em saúde são amplamente utilizadas, seja na formação e aprimoramento dos profissionais desta área, seja nas diversas atividades dirigidas à população, de modo geral.

Pereira, ao discutir os processos de ensino-aprendizagem mais utilizados, destaca que a intersecção das áreas de educação e saúde norteia-se a partir de suas práticas educativas, por um “arcabouço de representações de homem e de sociedade que se quer formar” (2003, p.1528). A mesma autora propõe, tendo como princípio a saúde integral, que a promoção da saúde seja uma união de apoios educacionais e ambientais que visam atingir ações e condições de vida favoráveis à saúde do indivíduo. O sentido desta combinação (educação e saúde) estaria na ampliação do nível de saúde e na redução das iniquidades (Lima et al., 2000).

A prática social da enfermagem tem no processo educativo uma de suas atividades mais familiares. Soares e Salum discutem a trajetória prescritiva das ações educativas na história, a partir da tradição higienista que tenta, por meio de manuais e intervenções, impor “um modo de andar a vida”, caracterizada por tal “afastamento da realidade concreta dos indivíduos e grupos sociais, que causam estranheza e ceticismo” (1999, p. 2).

Nesta perspectiva, a inspiração dos educadores da saúde insere-se em Paulo Freire, educador brasileiro que criou uma escola pedagógica mundialmente conhecida (Soares, Salum, 1999) que considera o processo educativo uma ferramenta de libertação e transformação da realidade (Oliveira, 1991).

Entre as suas idéias, destacam-se: a educação é mediada pela própria realidade das pessoas; não é possível ensinar sem aprender; o educador tem papel fundamental na sistematização do conhecimento vivido de forma mais elaborada, desde que se deixe educar pelo educando ao se aproximar da realidade vivida por ele.

Paulo Freire construiu um vocabulário crítico do contexto da educação sob o sistema capitalista e o regime militar, introduzindo conceitos (Valoura, 2006) como “educação bancária” (depósito de conhecimentos em aprendizes passivos), “conscientização” (avanço do aprendiz a uma consciência crítica) e “cultura do silêncio” (perda dos meios de responder criticamente à imposição de conhecimento pela cultura dominante).

Sob a inspiração de Freire, a educação em saúde insere-se como um processo dialógico de comunicação bilateral, incluída no contexto da realidade das pessoas, com o propósito de libertar, de modo que as “pessoas possam ser sujeitos sociais capazes de construir opções construtivas para as suas vidas e para a sociedade” (Soares, Sallum, 1999, p. 2).

Experiências de intervenções através de práticas educativas em saúde apontam caminhos que consideram a transformação e a emancipação dos sujeitos como fortalecimento de suas potencialidades e participação comunitária. Situam a educação como uma prática de liberdade e de

desenvolvimento do pensamento crítico, que pode ser traduzida como *empowerment education* ou educação popular (Carvalho, 2004; Stotz, 2004; Wallerstein, 1994).

No entanto, esses autores concordam que é necessário reorganizar os serviços de saúde e da capacitação dos profissionais sob esta perspectiva, uma vez que a prática educativa dos serviços ainda tem, predominantemente, caráter normativo, biomédico e padronizado (Carvalho, 2004; Stotz, 2004; Lefèvre, Lefèvre, 2004, Gastaldo 2002).

A incorporação de práticas pedagógicas críticas e participativas no cotidiano dos processos de educação em saúde, visando promover oportunidades de desenvolvimento, autonomia e emancipação dos sujeitos, depende necessariamente da reorganização dos serviços e da capacitação dos profissionais de saúde.

Aspectos relacionados à dinâmica e à lógica das instituições também são fatores que determinam e definem as políticas de assistência à saúde (Ciampone, 2000; Hart, Rotem, 1990).

Sob a perspectiva da prática profissional, constata-se o distanciamento cotidiano das práticas pedagógicas emancipadoras nas estratégias de educação em saúde. Por que os serviços continuam a reproduzir uma lógica de educação bancária, normativa? Quais são as concepções de homem e sociedade hegemônicas nas práticas educativas dos serviços de saúde?

Uma das razões seria o fato de que a formação dos profissionais da área de saúde envolve conteúdos pedagógicos distanciados das estratégias participativas, críticas e emancipadoras, perpetuando uma lógica medicocentrada, focada na doença e na transmissão de informação, sob a investidura da autoridade prescritiva e tecnocentrada (Lefèvre, Lefèvre, 2004, Gastaldo 2002).

Por outro lado, o usuário também adota esta perspectiva, recebendo serviços, informação e medicamentos, e submetido a uma relação assimétrica de mando-obediência (Lefèvre, Lefèvre, 2004; Verdi, Caponi, 2005).

Na prática dos serviços de saúde, a abordagem em grupos de risco, sob o recorte das doenças não transmissíveis (asma, diabetes, hipertensão arterial sistêmica, doenças ortopédicas relacionadas ao trabalho, entre outras), ou relacionadas aos hábitos e estilos de vida (obesidade, alcoolismo, tabagismo, dependência de drogas) é importante no processo de educação em saúde. Tem características intervencionistas, o ponto forte dos profissionais de saúde, que detêm o “poder do saber” (Lefèvre, Lefèvre, 2004). Neste tipo de abordagem, desenvolve-se a lógica dos modelos assistenciais.

Ao examinar as condições de mortalidade prevalentes a partir do progresso econômico, sócio-ambiental, político, além dos avanços da medicina e da saúde pública, bem como as desigualdades entre países, regiões e grupos sociais, Buss (2000) citou a coexistência de problemas decorrentes das más condições de saneamento e o crescimento das doenças crônicas não infecciosas. Destaca o aparecimento de novos problemas, como a AIDS, e identifica problemas anteriormente considerados menos importantes, como drogas, violência ou estresse.

Sobre a principal resposta social que tem sido dada a tais problemas de saúde, o autor constata que são:

“... investimentos crescentes em assistência médica curativa e individual, ainda que se identifique que medidas preventivas e a promoção da saúde, assim como a melhoria das condições de vida em geral, tenham sido, de fato, as razões fundamentais para os avanços antes mencionados” (Buss, 2000, p. 164).

Verdi e Caponi (2005), analisando a promoção da saúde sob a perspectiva da bioética, afirmam:

“Todavia, o que assistimos é uma verdadeira hipertrofia de um dos campos de ação da promoção da saúde, o desenvolvimento de hábitos e estilos de vida saudáveis, conseqüente do reducionismo da complexidade do modelo, com repercussões éticas importantes manifestas nas estratégias de intervenção” (2005, p. 82).

É preciso considerar os resultados positivos de atividades educativas, mesmo quando centradas em estratégias comportamentais ou

voltadas ao autocuidado (traduzida como a expressão do referencial biomédico). Aqui, o entendimento de *empowerment* ficaria restrito à percepção do indivíduo (Labonte, 1993) e, apesar de muito importante, não considera o contexto político e histórico em que as pessoas atuam (Chiesa, 1999).

Labonte comenta que embora a abordagem sob o recorte comportamental ou de fator de risco tenda a ser de “poder sobre”, tais programas podem ser “empoderadores”, dependendo do modo com que o profissional de saúde encare a sua tarefa: se restrita à doença ou se ampliada aos contextos familiar, comunitário e econômico (Labonte, 1994).

Sob o aspecto da pedagogia crítica e da consideração da inserção social dos sujeitos, as práticas de educação em saúde, desenvolvidas sob o modelo de Paulo Freire, são mencionadas tanto em pesquisas com base na promoção da saúde, quanto nas de educação popular como caminho para uma educação emancipatória (Freire, 2003, Labonte, 1993; Wallerstein, 1994, 1992). O sujeito, ou grupo, mobiliza-se para aprender alguma coisa e viver melhor, de forma diferente (Verdi, Caponi, 2005).

Ao refletir nos paradigmas que orientam a promoção da saúde e aproximá-los das quatro tendências pedagógicas, segundo a classificação do Ministério da Saúde (1997, apud Oliveira, 2007, p. 22), Oliveira construiu um quadro no qual relaciona elementos da promoção da saúde (tipo, paradigma do processo saúde-doença, relação de poder, foco de atuação e possibilidades de intervenção) e as tendências pedagógicas tradicionais, renovadas, tecnicistas e críticas (Quadro 2).

Esta construção é relevante, pois evidencia os vários modos de se promover a saúde, esclarecendo a afirmação de Pereira (2003) e de Gastaldo (2002) sobre as diferentes visões do processo educativo em saúde.

QUADRO 2. Intersecções entre os elementos da promoção da saúde e os modelos educacionais

	TRADICIONAL	RENOVADA	TECNICISTA	CRÍTICA
Promoção da saúde	Transmissão de informações	Adaptação dos indivíduos ao seu contexto	Modulação de estilos de vida	Emancipação dos sujeitos
Paradigma do processo saúde-doença	Biomédico	Humanista	Comportamental	Sócio-ambiental
Relação de poder	Vertical, centrada no professor/profissional de saúde	Horizontal, centrada no indivíduo	Vertical, centrada no conjunto de métodos e tecnologias	Horizontal, centrada nos sujeitos envolvidos na transformação da realidade objetiva
Foco de atuação	Higiene e controle de doenças	Equilíbrio do nexso bio-psíquico	Fatores de risco	Condicionantes e determinantes
Possibilidades de intervenção	Medidas profiláticas e de higiene	Negociação de metas conjuntas	Adoção de comportamentos saudáveis	Atuação nos fatores de desgaste e de fortalecimento

Fonte: Oliveira, AAP, 2007, p.33.

Neste contexto, as práticas educativas de intervenção, referentes à cessação do tabagismo, descritas e recomendadas em protocolos (Chaves, Mendonça, 2005; Ministério da saúde, 2004; Marques et al., 2001) têm, predominantemente, características informativas e tecnicistas. Focadas na informação sobre os fatores de risco, procuram estimular a modificação dos estilos de vida, utilizando estratégias baseadas nas teorias comportamentais.

O quadro de Oliveira foi utilizado para classificar as tendências educativas manifestadas nos artigos selecionados.

Ao dar voz às questões educativas que emergem dos programas de intervenção para a cessação do tabagismo, pretende-se conhecer a impressão dos sujeitos e dos autores sobre tais intervenções.

A educação em saúde, como ferramenta profissional na perspectiva do *empowerment*, é a que utiliza tecnologia, práticas e saberes na “promoção de poder” (*empowerment*), na qual a informação dada

possibilita o exercício da “autonomia e autogoverno”, na tomada de decisão sobre a própria saúde (Gastaldo, 2002, p. 365-366).

2 OBJETIVOS

2.1 OBJETIVO GERAL

- Buscar a produção científica de pesquisas qualitativas sobre as experiências de indivíduos, fumantes e não fumantes, relativas às práticas educativas voltadas à cessação do tabagismo, na perspectiva da promoção da saúde.

2.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Mapear a produção científica identificada segundo as suas características gerais e critérios de qualidade, dados pelo CASP;
- Sintetizar os resultados das publicações científicas selecionadas, identificando as práticas educativas na cessação do tabagismo;
- Classificar as práticas educativas identificadas na cessação do tabagismo, com base na holosfera de Labonte.

3 REFERENCIAL TEÓRICO E METODOLÓGICO: REVISÃO SISTEMÁTICA DE LITERATURA E METASSÍNTESE QUALITATIVA

3.1 REVISÃO BIBLIOGRÁFICA SISTEMÁTICA

O uso da revisão bibliográfica sistemática como fonte de evidência para organizar o crescente número de produtos, intervenções e informações científicas vem aumentando rapidamente, substituindo a pesquisa primária⁴ nas tomadas de decisão na área da saúde (Evans, Pearsons, 2001).

“Compreende-se revisão bibliográfica sistemática como uma síntese de estudos primários que contém objetivos, materiais e métodos claramente explicitados e que é conduzida de acordo com uma metodologia clara e reprodutível” (Greenhalgh, 1997, p.672).

As revisões sistemáticas reúnem uma grande quantidade de resultados de pesquisas clínicas e discutem diferenças entre estudos primários que tratam do mesmo objeto. Neste caso, os estudos primários são os sujeitos da pesquisa⁵ (Castro et al., 2003).

Como sugere o nome, tais revisões são sistemáticas na abordagem e usam métodos explícitos e rigorosos para identificar textos, realizar uma apreciação crítica e sintetizar estudos relevantes. Exigem planejamento e documentação através de protocolo (Barroso et al., 2003).

Esta metodologia fundamenta-se no Movimento de Pesquisa Baseada em Evidências, que resultou do aumento da produção científica mundial, do crescente número de intervenções, tecnologias, medicamentos e terapias na área de saúde, e da necessidade de validar os resultados obtidos de estudos sobre determinada questão, a fim de subsidiar a tomada

⁴ Deriva daí a denominação pesquisa/estudo qualitativa primária, considerada como estudos que utilizam entrevistas aprofundadas, grupos focais, observações, diários reflexivos e metodologias de estudos de caso para explorar as experiências dos participantes (Jones, 2004).

⁵ Revisão Sistemática e Meta-análise. [Curso on-line]. Centro Cochrane do Brasil/Laboratório de Ensino à Distância do Departamento de Informática em Saúde da Universidade Federal de São Paulo. Disponível em: www.epm.br/cursos/metanalise/index/htm. Acessado de outubro de 2006 à fevereiro de 2008.

de decisão, seja clínica, gerencial, política, seja epidemiológica⁶ (Castro et al., 2003).

Ressalta-se que esta abordagem difere, amplamente, das revisões bibliográficas convencionais, uma vez que demandam uma seqüência de etapas cuja metodologia é claramente explicitada, com técnicas padronizadas e passíveis de reprodução (Evans, Pearsons, 2001; Cook et al., 1997).

Entre as principais características da revisão sistemática estão: fontes de busca abrangentes, seleção dos estudos primários sob critérios aplicados uniformemente e avaliação criteriosa da amostra.

Quando a integração de estudos primários é sintetizada, mas não combinada estatisticamente, a revisão pode ser chamada de revisão sistemática qualitativa (Cook et al., 1997).

O tratamento estatístico dado aos resultados de revisões sistemáticas é conhecido como meta-análise e vem sendo bastante utilizado por pesquisadores, em todo o mundo. O incremento desta metodologia deve-se, principalmente, aos estudos desenvolvidos pela Fundação Cochrane, iniciativa internacional do Reino Unido que desde 1992 prepara, mantém e dissemina revisões sistemáticas de intervenções de saúde, tornando-se a maior referência da pesquisa baseada em evidências.

Esta modalidade de pesquisa tem, como foco, confirmar a efetividade de uma intervenção através de estudos experimentais, como os estudos randomizados controlados. Embora tenham grande importância para a saúde em geral, e para a enfermagem em particular, tais estudos tendem a não incluir, em suas amostras bibliográficas, métodos interpretativos, observacionais ou descritivos, como acontece com grande parte da produção científica em enfermagem (Evans, Pearsons, 2001).

No entanto, a experiência clínica baseada na reflexão e no julgamento pessoal é também necessária para a tradução de evidências científicas na intervenção e tratamento dos pacientes (Evans, Pearsons, 2001; Green, Britten, 1998).

⁶ Idem.

Tomando como exemplo a evidência científica de que determinado medicamento ou terapia é efetivo, a sua indicação torna-se, certamente, mais segura, uma vez que a possibilidade de sucesso na sua utilização é bastante alta. Porém, tal evidência pode não dar pistas de como o paciente (grupo ou população) vai receber esta terapia, se há recursos financeiros, se é adequado à sua rotina (familiar ou dos profissionais de saúde), à sua cultura, se o uso é confortável ou de difícil adesão. Tais temas, quando associados a mudanças de hábito e de estilos de vida (como o tabagismo, neste estudo), e principalmente à inserção social, exigem diversas abordagens.

Trata-se de perguntas diferentes que requerem pesquisas diferentes (Evans, Pearsons, 2001; Green, Britten, 1998). É preciso utilizar ferramentas que expliquem as contradições, transformando-as em conhecimento.

Neste sentido, os métodos qualitativos podem relacionar a evidência científica à prática clínica, no cotidiano. As pesquisas qualitativas estão contribuindo de modo crescente para o movimento de práticas baseadas em evidências (Flemming, Briggs, 2007).

3.2 PESQUISA QUALITATIVA

As diversas profissões da saúde, especialmente a enfermagem, transitam predominantemente nas relações interpessoais e de assistência à saúde e doença. Por isso, encontram coerência na interação humana e no aprofundamento das experiências individuais, possibilitadas pela pesquisa qualitativa (Zimmer, 2006).

Originada de pesquisas antropológica e sociológica, a pesquisa qualitativa é uma “complexa e interconectada família de termos, conceitos e hipóteses” (Denzin, Lincoln, 2000, p.4), provenientes de várias disciplinas e áreas de conhecimento. É definida, genericamente, por Denzin e Lincoln (2000, p.3) como:

“... atividade determinada que coloca o observador no mundo. Consiste num cenário de práticas interpretativas que torna o

mundo visível. Estas práticas transformam o mundo. Elas tornam o mundo uma série de representações, incluindo notas de campo, entrevistas, diálogos, fotografias, gravações e memórias pessoais. Nesta perspectiva, pesquisa qualitativa envolve uma abordagem interpretativa e naturalística do mundo.”

Turato (2005, p.510), com a intenção de particularizar a pesquisa qualitativa para o campo clínico, destaca o cenário das vivências em saúde, definindo o “método clínico-qualitativo” como:

“Aquele que busca interpretar os significados - de natureza psicológica e complementarmente sociocultural - trazidos por indivíduos (pacientes ou outras pessoas preocupadas ou que se ocupam com problemas da saúde, tais como familiares, profissionais de saúde e sujeitos da comunidade), acerca dos múltiplos fenômenos pertinentes ao campo dos problemas da saúde-doença.”

Já Minayo entende pesquisa qualitativa como aquela capaz de:

“incorporar a questão do SIGNIFICADO e da INTENCIONALIDADE como inerentes aos atos, às relações, e às estruturas sociais, sendo estas últimas tomadas tanto no seu advento quanto na sua transformação, como construções humanas significativas” (grifos da própria autora, 2004, p. 10).

A pesquisa qualitativa busca explorar “como as pessoas dão sentido ao mundo que as cerca, quem são elas, e como elas apresentam isto e respondem aos outros” (Mason, 2002, apud Flemming, Briggs, 2007). A complexidade da pesquisa qualitativa advém do fato de não haver uma estratégia própria e única para a sua condução metodológica e interpretativa. Não há paradigma ou teoria única que a caracterize.

Segundo Denzin e Lincoln (2000), as perspectivas teóricas que reivindicam a pesquisa qualitativa são várias: construtivismo, estudos culturais, feminismo, marxismo e modelos étnicos de estudos.

Seus métodos e práticas também variam: pesquisadores qualitativos fazem uso da semiótica, da narrativa, do conteúdo, da análise de fonemas, ou ainda mesmo de estatísticas, gráficos, tabelas. São utilizadas

técnicas e abordagens metodológicas provenientes da etnometodologia, fenomenologia, hermenêutica, psicanálise e observação participativa, entre outras (Denzin, Lincoln, 2000).

No campo da enfermagem, Barroso et al. (2003) destacam o amplo alcance dos variados temas abordados nas pesquisas qualitativas, que incluem construções pessoais e culturais sobre doença, prevenção e risco, bem como experiências de vida sob determinadas intervenções ou doenças crônicas.

As possibilidades da pesquisa qualitativa são reconhecidas na investigação de atitudes, crenças e preferências de profissionais e pacientes. Seu valor está na habilidade de buscar, sistematicamente, respostas a perguntas difíceis de ser respondidas pela metodologia experimental (Jensen, Allen, 1996, apud Green, Britten, 1998).

A produção de pesquisa qualitativa em saúde aumentou significativamente (Sandelowski, Docherty, Emden, 1997) e muitas revistas científicas divulgam estudos qualitativos (Turato ER, 2005). Há, inclusive, revistas internacionais especializadas no assunto.

Bases eletrônicas de dados indicam muitos estudos (teses, artigos, livros) conduzidos através da pesquisa qualitativa.

É necessário utilizar várias estratégias de busca para alcançar todos os estudos disponíveis, conforme as características de cada base de dados. Ao acessar a interface da Biblioteca Virtual em Saúde com o descritor “pesquisa qualitativa”, observou-se que há 5047 estudos na MEDLINE; 1148, na LILACS; 420, na SciELO; além de 596 e 322, nas bases especializadas, como BDENF e ADOLEC, o que mostra um crescente interesse pela área. A base CINAHL identifica 32975 estudos ⁷.

No entanto, esta produção não parece refletir-se com a mesma intensidade e impacto nas aplicações práticas (Sandelowski, Docherty, Emden, 1997; Barroso et al., 2003).

⁷ Biblioteca Virtual em Saúde Disponível em: <http://www.bireme.br/php/index.php>. Base CINAHL [página na Internet]. Disponível em: <http://web.ebscohost.com/ehost/results?vid=7&hid=105&sid=46a40ee3-5277-4e6f-8db1-03035da96b1d%40sessionmgr106>, ambos acessados em fevereiro de 2008.

Uma das estratégias para que este conhecimento tenha impacto pode ser situá-lo em um contexto interpretativo mais amplo, apresentando-o de forma mais prática e aplicável junto ao “mundo real dos planejadores das políticas e das práticas” (Sandelowski, Docherty, Emden, 1997, p.365).

Deste modo, através da necessidade de apreciação e também de divulgar estudos qualitativos clinicamente relevantes, surge o interesse na condução de revisões bibliográficas sistemáticas com a integração de estudos qualitativos.

3.3 METASSÍNTESE QUALITATIVA

O tratamento de resultados qualitativos de uma revisão sistemática pode ser apresentado na forma narrativa, na forma quantitativa de estatística de achados qualitativos ou através da interpretação dos resultados.

Abaixo, a definição de metassumariação e metassíntese disponíveis na Sandbar Digital Library Project⁸.

“Metassumariação qualitativa é uma reunião de resultados qualitativos apresentados de modo quantitativamente orientados, na forma de tópicos ou sumários temáticos de ‘surveys’ ou dados, como a soma de partes dos resultados sobre determinado tema.

Eles indicam o conteúdo manifesto nos resultados e refletem a lógica quantitativa: discernir a frequência de cada resultado, apontando os de maior prevalência, de modo a validá-los, como é a maior parte das pesquisas quantitativas. Envolve a extração, além da abstração dos achados e do cálculo da amplitude da prevalência manifesta.

Metassíntese qualitativa é uma integração interpretativa de resultados qualitativos que são, em si mesmos, a síntese interpretativa de dados, incluindo fenomenologia, etnografia, teoria fundamentada nos dados, bem como outras descrições coerentes e integradas ou explicações de determinados fenômenos,

⁸ Sandbar Digital Library Project [página na Internet]. Disponível em: <http://sonweb.unc.edu/sandbar/index.cfm>, acessado de abril/ 2007 a fevereiro/2008.

eventos, ou casos que são as marcas características da pesquisa qualitativa.

Metassínteses são integrações que vão além da soma das partes, uma vez que oferecem uma nova interpretação dos resultados. Tais interpretações não podem ser encontradas em nenhum relatório de investigação, mas são sim inferências derivadas de tomarem-se todos os artigos em uma amostra, como um todo.

Metassínteses oferecem uma descrição coerente ou explanação sobre determinado evento ou experiência, ao invés de uma visão resumida com características desvinculadas daquele evento ou experiência. Tais integrações interpretativas exigem que o pesquisador capte as sínteses, constituindo os resultados de relatórios de pesquisas individuais unidos para alinhar uma ou mais metassínteses. Sua validade não reside em uma replicação lógica, mas sim numa lógica integradora na qual todas as conclusões são acomodadas no artesanato exposto no produto final.

Os métodos da metassíntese incluem constante comparação, análise taxonômica, a tradução recíproca de conceitos in vivo, bem como a utilização de conceitos importados para enquadrar dados. ”⁹

A metassíntese qualitativa originou-se da sociologia e pode ser definida como “uma modalidade de estudo qualitativo que utiliza os dados dos achados de outros estudos qualitativos relativos ao mesmo tema, ou a temas correlacionados” (Zimmer, 2006, p. 312).

A primeira abordagem metassintética publicada por enfermeiras foi um artigo (denominado meta-análise qualitativa) que interpreta os achados de sete estudos, com o propósito de desenvolver um modelo para orientar a avaliação de mulheres no autocuidado (Stern, Harris, 1985, apud Zimmer, 2006, p. 313).

Outras denominações para metassíntese (*meta-synthesis* ou *metasynthesis*) observadas na literatura são: meta-estudo (*meta-study*), meta-etnografia (*meta-ethnography*), teoria fundamentada nos dados (*grounded formal theory*), *qualitative meta-analysys* (meta-análise qualitativa)

⁹ Sandbar Digital Library Project [página da Internet]. Disponível em: <http://sonweb.unc.edu/sandbar/index.cfm>, acessado de abril/ 2007 a fevereiro/2008.

e *aggregate analysis* (Zimmer, 2006), ou, ainda, metaetnografia (*metaethnography*), metassíntese qualitativa (*qualitative metasynthesis*) (Sandelowski, Barroso, 2003a).

Em 1998, a necessidade de melhorar as abordagens para a revisão de estudos qualitativos levou a Fundação Cochrane a estabelecer o *Qualitative Research Methods Working Group* (do qual participam, como membros ou consultores, vários estudiosos de pesquisa qualitativa em saúde), com a finalidade de desenvolver e dar suporte metodológico à inclusão de dados qualitativos em revisões sistemáticas¹⁰ (Cochrane, 2002; Evans, Pearsons, 2001), disponibilizando guias temáticos, aulas e instrumentos para a condução de revisões bibliográficas de pesquisas qualitativas dentro do contexto da fundação Cochrane.

Margareth Sandelowski e Julie Barroso, enfermeiras, docentes da *University of North Carolina at Chapel Hill School of Nursing* e da *Duke University School of Nursing*, respectivamente, vêm desenvolvendo e divulgando conhecimentos sobre técnicas analíticas e interpretativas na integração de resultados de pesquisas qualitativas em revisões bibliográficas sistemáticas, construídos do conhecimento resultante de pesquisa (*National Institute of Nursing Research*)¹¹ sobre mulheres com HIV, (no qual desenvolveram estas técnicas), e em estudos sobre mulheres e casais que receberam diagnóstico positivo durante o período pré-natal (quando refinaram as técnicas).

Para dar início ao projeto, foram utilizados os procedimentos tradicionalmente associados a sínteses, através de revisão bibliográfica sistemática, como critérios de inclusão, acesso e busca de literatura relevante e os procedimentos disponíveis sobre como avaliar estudos qualitativos.

¹⁰ Proposal to establish a Cochrane Qualitative Methods Group. July 4th 2002,[texto em PDF na Internet], disponível em: http://www.joannabriggs.edu.au/cqrmg/documents/cochrane_proposal.pdf, acessado em fevereiro/ 2008.

¹¹ National Institute of Nursing Research, [página da Internet]. Disponível em: <http://www.unc.edu/~msandelo/qmp/>, [citado em 2008 abr. 23].

Várias publicações divulgaram os conhecimentos desenvolvidos (Barroso et al., 2003, 1997; Sandelowski, Barroso, 1997, 2003a, 2003b, 2003c; Sandelowski, Docherty, Emden, 1997).

Além disso, esses autores desenvolveram um manual para orientar estudos integrativos de pesquisa qualitativa, com guias interativos on-line referentes a capítulos deste manual¹².

Também coordenaram um projeto do *National Institute of Nursing Research* denominado *Analytic Techniques for Qualitative Metasynthesis*, com uma biblioteca virtual que contém todos os estudos do projeto original¹³, periodicamente atualizada.

Definem metassíntese qualitativa como “um tipo distinto de estudo onde os resultados de estudos qualitativos completos de um determinado campo são combinados” (Barroso et al., 2003, p.154).

O termo refere-se tanto ao produto interpretativo, quanto aos processos analíticos nos quais tais estudos são agregados, integrados, resumidos ou mesmo reunidos.

A metassíntese qualitativa tem o propósito de criar traduções interpretativas ampliadas de todos os estudos examinados em determinado domínio, de modo que o seu resultado seja fiel à tradução interpretativa de cada estudo em particular (Barroso et al, 2003).

Trata-se da interpretação do pesquisador (*synthesist*) sobre as interpretações dos dados primários, feitas por seus autores originais, dos estudos que compõem a amostra da metassíntese que, por sua vez, é formada por estudos qualitativos distintos, selecionados com base em sua relevância para uma questão específica formulada por este pesquisador (Zimmer, 2006).

Estes estudos não incluem sínteses narrativas ou revisões de estudos quantitativos, nem os resultados das análises secundárias de dados combinados a partir de estudos qualitativos separados (Sandelowski et al., 1997). Diferentemente da meta-análise (que agrega e reduz os dados a uma

¹²Synthesizing Qualitative Research, [página da Internet]. Disponível em: <http://www.unc.edu/~msandelo/handbook/index.html>, acessado de abril/ 2007 a fevereiro/ 2008.

única unidade) a metassíntese acarreta, em comparação, tradução e análise dos dados originais que resultam em novas interpretações, englobando e destilando os significados nos estudos constituintes da amostra (Zimmer, 2006).

Barroso et al. (2003,p. 154) destacam que:

“... embora possa ser considerada análoga à meta-análise, como ‘um interesse compartilhado de sintetizar estudos empíricos’ (Noblit & Hare, 1988, apud Barroso et al., 2003, p.154), bem como no mesmo desejo de usar uma abordagem sistemática, inclusiva e comunicável na integração entre pesquisas, na metassíntese qualitativa não se calculam médias ou se reúnem resultados dentro de um mesmo intervalo de medidas, e sim se criam amplas traduções interpretativas de todos os estudos examinados”.

Procurar reunir todo o conteúdo disponível sobre determinada temática pode ajudar a compreender os fenômenos e ampliar o conhecimento, favorecendo a sua aplicação na adoção de políticas e práticas, e nas tomadas de decisões no âmbito da saúde.

Sob esta perspectiva, a condução deste estudo através da abordagem proposta pela revisão bibliográfica sistemática, seguida do tratamento dos resultados por meio da metassíntese qualitativa, pode possibilitar maior visibilidade e impacto às inúmeras pesquisas qualitativas conduzidas no âmbito da educação em saúde e da enfermagem, sob o paradigma da promoção da saúde.

3.3.1 Considerações sobre a complexidade metodológica da metassíntese qualitativa

Sandelowski (1997), Evans & Pearsons (2001) e Zimmer (2006) chamam a atenção para os aspectos caracterizadores e importantes da pesquisa qualitativa, que correm o risco de se perder na tentativa de agrupar ou resumir seus resultados, devido a grande variedade de disciplinas,

¹³ Sandbar Digital Library Project, [página da Internet]. Disponível em: <http://sonweb.unc.edu/sandbar/index.cfm>, acessado de abril/ 2007 a fevereiro/2008.

políticas, teorias, filosofias, princípios éticos e metodologias envolvidos em tais pesquisas.

Por isso, não se pode, simplesmente, resumir a integridade de cada projeto individual, que reflete a subjetividade e a complexidade da experiência humana exclusiva sobre saúde e doença, nem as características emancipatórias e pedagógicas inerentes a cada estudo qualitativo.

Pesquisas qualitativas contêm informações das “sutilezas e complexidades das respostas à doença e seu tratamento, que são essenciais à construção de efetivas intervenções sensíveis ao desenvolvimento e à cultura” (Sandelowski, Barroso, 2003b, p.782). Contemplam, ainda, conhecimentos referentes à profunda compreensão dos profissionais de saúde sobre a experiência de seus pacientes (Morse et al., 1998, apud Zimmer, 2006), dentro de contextos sociais, históricos e culturais específicos.

Tal argumento, associado ao fato de a pesquisa qualitativa ter diferentes modos de coleta, análise e interpretação de dados, como já comentado, poderia contra-indicar a integração de pesquisas qualitativas. Porém, justifica-a, uma vez que os resultados obtidos podem influenciar o conhecimento, proporcionando tomadas de decisões que incluam tais aspectos, essenciais à vida humana (Flemming, Briggs, 2007; Sandelowski, Barroso, 2003b; Evans, 2001).

Portanto, “esforços no sentido de se sintetizar estudos qualitativos são vistos como essenciais para atingir proposições analíticas mais elevadas e também ampliar a generalização da pesquisa qualitativa” (Sandelowski et al., 1997, p. 367). Não se considera, aqui, a generalização baseada em amostragem e significância estatística, mas sim a generalização sobre particularidades, criando amplas interpretações de todos os estudos examinados, de modo a se permanecer fiel a cada um, em particular (Barroso et al., 2003).

Sob este aspecto, é possível considerar a metassíntese qualitativa como a “interpretação multivocal de um fenômeno” (Zimmer 2006, p.315), cujas vozes de participantes diferentes podem estar em um mesmo estudo. Entretanto, tais participantes não têm a mesma história, crenças ou

visão de mundo, tampouco as metodologias e os pesquisadores individuais compartilham a mesma filosofia e propostas (Paterson et al., 2001, apud Zimmer 2006, p.315). O que relaciona as pesquisas, os participantes, as metodologias e os pesquisadores dos estudos primários, entre si, é o fato de participarem do mesmo fenômeno estudado, através da análise e interpretação do revisor.

Portanto, o pesquisador da metassíntese precisa ser cuidadoso, dada a complexidade metodológica dos estudos primários e o contexto dos pesquisadores originais de cada estudo em particular (Zimmer, 2006).

3.3.2 Tipos de metassíntese qualitativa e questões para a sua condução

Sandelowski (1997) distingue três estratégias para a síntese de resultados de estudos qualitativos. A primeira envolve a integração de resultados de múltiplos caminhos desenvolvidos em um programa de pesquisa por um mesmo investigador.

A segunda consiste na síntese dos resultados de pesquisas de diferentes investigadores, que são integradas por técnicas como análise comparativa qualitativa, tradução recíproca de metáforas-chave (categorizando a informação dos dados individuais em “variáveis-chave”), análise de conteúdo, entre outras.

A terceira envolve o uso de métodos quantitativos para reunir resultados qualitativos de diferentes estudos, transformando-os em dados passíveis de análise estatística (metassumarização).

Um dos dilemas fundamentais na condução da metassíntese qualitativa (Sandelowski, 1997) é a decisão sobre quais estudos tratam, realmente, do mesmo fenômeno, evento ou experiência. A utilização de técnicas adequadas na busca de informação, verificando as propostas do estudo primário, suas questões e resultados, pode trazer à tona as diferentes facetas estudadas de um mesmo recorte, auxiliar a compreender diferentes linguagens e permitir selecionar os estudos que tratam do mesmo aspecto do fenômeno desejado para a síntese.

É importante considerar que cada aspecto pode permitir a condução de uma nova metassíntese (que podem ser combinadas no final), daí a importância de se decidir quantos aspectos serão tratados na metassíntese, uma vez que quanto mais pesquisas originais houver na amostra, menos profundas serão, geralmente, a análise e interpretação dos resultados.

Este estudo pretendeu analisar a experiência dos sujeitos de programas educativos a respeito dos processos educativos conduzidos em programas de cessação do tabagismo. Assim, os estudos qualitativos selecionados tinham de fazer alguma menção à atuação educativa dos diferentes agentes destes programas. Alguns estudos qualitativos sobre tabagismo não continham tais observações, por isso não foram incluídos na amostra bibliográfica.

Para analisá-los, utilizou-se a estratégia de categorização temática qualitativa em temas-chave das informações relevantes a este estudo, contidas em trabalhos individuais, através da análise de conteúdo (Minayo, 2004; Triviños, 1987; Bardin, 1977).

Além de decidir sobre a similaridade temática dos estudos incluídos na amostra, o pesquisador precisa determinar a sua comparabilidade metodológica, reconhecendo as semelhanças e diferenças entre os estudos selecionados.

Sandelowski (1997) preconiza a comparação de características que incluam o tipo de literatura utilizada na revisão, o recorte do estudo, técnicas para selecionar a amostra, coleta de dados e análise. Além de permitir ao pesquisador da metassíntese compreender cada relatório de pesquisa em sua individualidade (antes da integração ou comparação de seus resultados), essa observação possibilita reconhecer cada pesquisa e seu autor na sua singularidade, ou seja, seu *background* ou experiências, traduzidos como uma assinatura em cada relatório, considerado único.

No que concerne à qualidade dos estudos primários, Sandelowski considera que, de modo geral, nenhum estudo deve ser excluído por razões de qualidade, uma vez que as concepções do que é considerado “bom” nos critérios de qualidade sofrem variações. Embora, às vezes, ocorram

pequenos enganos superficiais, resultados valiosos podem ser desprezados ao se excluir algum estudo primário em nome do preciosismo metodológico. Sandelowski ressalta, citando Burns (1989, apud Sandelowski, 1997, p. 804), que os estudos selecionados ainda precisam obedecer a padrões de qualidade, como vivacidade descritiva, precisão analítica, relevância heurística¹⁴ e congruência metodológica.

As diferenças encontradas na qualidade metodológica dos estudos devem ser apontadas pelo sintetizador quando ele descrever as características de cada estudo.

Nesta pesquisa, os critérios de qualidade foram analisados pelo formulário padronizado Critical Appraisal Skills Programme (CASP) (© Milton Keynes Primary Care Trust, 2002), que será detalhado na descrição do método.

Sandelowski (1997) indica que os problemas mais complexos enfrentados pelo revisor são o desenvolvimento e a comunicação das técnicas utilizadas para comparar os resultados de cada estudo. No entanto, considerando que o motivo da metassíntese qualitativa está, exatamente, na reunião dos resultados, esclarece que:

“Não importa qual método seja utilizado, o objetivo da metassíntese qualitativa é levar em conta toda a importante similaridade e diferença na linguagem, nos conceitos, nas imagens e noutras idéias em torno de determinada experiência... ampliando as possibilidades interpretativas dos resultados e construindo narrativas ampliadas ou teorias gerais” (Sandelowski, Barroso, 2003, p. 369).

A grande disponibilidade de estudos qualitativos na área da saúde, focados no apoio ao fumante para que ele abandone o tabagismo, possibilita a utilização da metassíntese.

¹⁴ A palavra heurística aparece em mais de uma categoria gramatical. Quando usada como substantivo, identifica a *arte ou a ciência do descobrimento*, uma disciplina suscetível de ser investigada formalmente. Quando aparece como adjetivo, refere-se a coisas mais concretas, como *estratégias heurísticas*, *regras heurísticas* ou *silogismos e conclusões heurísticas*. Fonte: Wikipédia, [página da Internet]. Disponível em: <http://pt.wikipedia.org/wiki/Heur%C3%ADstica>. Acessado em março/ 2008.

A metassíntese qualitativa pode ampliar o alcance dos resultados da percepção, dos sentimentos, visão, vivência e experiência, e contribuir para destacar os achados predominantes na produção científica selecionada. Conseqüentemente, pode auxiliar as decisões políticas, gerenciais e assistenciais sobre as atividades de educação em saúde nos programas voltados ao tabagismo, de modo a possibilitar o fortalecimento dos sujeitos na perspectiva da promoção da saúde e do *empowerment*.

Como metodologia situada no âmbito da saúde e da enfermagem, com relevância na visibilidade da científica qualitativa, característica de muitas pesquisas feitas por enfermeiros, a metassíntese qualitativa pode ser uma ferramenta utilizada para ampliar o conhecimento de determinado tema.

Daí o interesse deste trabalho: desenvolver um estudo sob este paradigma, considerando-o uma possibilidade de aprendizado e construção crítica, respeitando a necessidade de preparo do pesquisador para proceder à análise.

4. MÉTODO

4.1 TIPO DE ESTUDO

Os estudos qualitativos focados na cessação do tabagismo constituem-se num tema relevante. Os processos de educação em saúde são de interesse não só como metodologia estratégica estabelecida pelas políticas e programas, mas também pelo impacto de transformação potencial e de fortalecimento que podem emergir.

Considerando-se que tal perspectiva pode favorecer os indivíduos, fez-se uma revisão bibliográfica seguida de metassíntese qualitativa. Sua finalidade era identificar, descrever, avaliar, analisar, classificar e sintetizar os resultados das pesquisas qualitativas disponibilizadas na literatura científica, voltadas à cessação do tabagismo, no campo da promoção da saúde, dirigidos à população adulta.

Os artigos selecionados para a amostra foram avaliados seguindo o roteiro do Critical Appraisal Skills Programme (CASP) (© Milton Keynes Primary Care Trust, 2002).

Os resultados foram integrados através da abordagem proposta pela análise de conteúdo, de modo a buscar referenciais que os relacionem aos aspectos da educação em saúde.

4.2 DELIMITAÇÕES DO ESTUDO

4.2.1 Questão norteadora

A questão considerada para este estudo foi: Como têm sido desenvolvidos os processos de educação em saúde dirigidos à cessação do tabagismo, segundo os usuários desses serviços? As práticas de educação em saúde dirigidas à cessação do tabagismo privilegiam o *empowerment* dos indivíduos? Em quais dimensões?

4.2.2 Critérios de elegibilidade do estudo

4.2.2.1 Quanto à natureza da pesquisa qualitativa

A metassíntese qualitativa destina-se a identificar estudos primários qualitativos de qualquer tipo (Jones, 2004). A definição do que é pesquisa qualitativa norteia o estabelecimento de critérios para a inclusão dos artigos na amostra bibliográfica. Para a seleção da amostra, considerou-se a definição de Mason (1996, apud Barroso et al., 2003, p.156):

“... englobando um leque bastante diversificado de orientações e de estratégias de investigação que geralmente preocupa-se com a forma como o mundo social é interpretado, compreendido, experimentado e produzido. A geração de dados é flexível, reflexiva, sensível ao contexto e orientada pelo caso (case oriented)”.

Ou ainda:

“... pesquisa empírica conduzida sob qualquer paradigma, utilizando amplamente técnicas de amostragem, coleta de dados, análise dos dados e interpretação, com a participação de humanos como a única ou maior fonte de dados. (Sandelowski, Barroso, 2003b)”.

Foram excluídos:

- Estudos qualitativos nos quais não há participantes, como em semiótica ou em representações da mídia sobre o tabagismo e a cessação do tabaco.
- Estudos com questões abertas ao final de um questionário estruturado para pesquisa quantitativa.
- Editoriais, matérias jornalísticas, de análise conjuntural, avaliação de protocolos, relatos de experiência ou que não pareciam configurar-se em pesquisa.
- Artigos não originais (como resenhas, comentários) ou estudos secundários, como os de revisão bibliográfica.

- Avaliação de técnicas, tecnologias, manuais, material educativo, validação de escalas e informações pessoais.
- Pesquisas exclusivas sobre resultados de medicamentos.

4.2.2.2 Critérios de inclusão

Incluíram-se estudos qualitativos originais, publicados entre 2000 e 2007, desenvolvidos nas diversas disciplinas ligadas à saúde (enfermagem, medicina, odontologia, educação em saúde, farmácia, psicologia, nutrição, entre outros). Além desses, relatos de intervenções, impressões, visões sobre educação ou ações educativas dirigidas à cessação do tabagismo, voltadas à população adulta (com 18 anos ou mais) de ambos os sexos, cuja metodologia utilizada estivesse claramente definida e explicitada.

Amostras intencionais, com número de participantes definido pelo processo de saturação da informação¹⁵ (Fontanella, Ricas, Turato, 2008; Espíndola, Blay, 2006) também foram consideradas.

4.2.2.3 Critérios de exclusão

Artigos sobre a atuação dos profissionais de saúde ou de estudantes, de grupos atuantes em serviços de saúde ou escolas e universidades, quando abordavam as suas competências nos programas e campanhas de cessação do tabaco. Esta população específica poderia ser considerada se o artigo a tratasse como tabagista sob intervenção para parar de fumar, cuja impressão sobre o fenômeno estudado nesta pesquisa fosse, igualmente, relevante.

¹⁵ Amostragem por saturação é uma ferramenta empregada em pesquisa qualitativa, usada para estabelecer ou fechar o tamanho final de uma amostra, interrompendo a captação de novos componentes quando os dados parecem apresentar certa redundância ou repetição. A menção dos critérios utilizados para saturação nos relatórios de pesquisa é considerada fator de qualidade e rigor científico (Fontanella, Ricas, Turato, 2008).

Também se excluíram todas as outras modalidades de tabagismo que não diziam respeito ao consumo de cigarro (como charuto, narguilé¹⁶, tabaco sem fumaça, poluição causada por tabaco, cultivo do tabaco).

Outro grupo não incluído nesta metassíntese foram os estudos qualitativos sobre fumantes passivos e suas experiências como mães, pais, esposas, amigos, clientes, colegas ou cuidadores de tabagistas.

Também foram excluídos capítulos de livros, teses e dissertações de mestrado.

Não se incluíram artigos cujo foco não fosse a cessação do tabagismo (doença obstrutiva pulmonar crônica, estudos de qualidade de vida, tabagismo associado a outras drogas, por exemplo); estudos sobre a cessação de tabagismo em pessoas com problemas mentais; estudos que descreviam intervenções voltadas para a população infantil ou adolescentes; estudos cujo objetivo não estivesse claramente descrito, bem como estudos que utilizavam dados de trabalhos anteriores (Espíndola, Blay, 2006).

Durante a busca nas bases de dados eletrônicas, ao se observar o grande volume de artigos com tentadoras possibilidades de inclusão, depuraram-se outros critérios, devido à necessidade de focar a questão norteadora e manter uma amostra de dimensões coerentes com a metodologia proposta.

Assim, foram excluídos os *surveys* do tipo pesquisa de comportamento, etnográfica, cultural ou de opinião, uma vez que interessava avaliar, nos estudos primários, as impressões dos participantes sobre a dinâmica educativa das intervenções, e não a captação aleatória de opinião, sem a explicitação da finalidade de mudança dos participantes. Esta decisão apóia-se nas considerações de Sandelowski e Barroso (2003c, p. 908) que, procurando normalizar uma classificação para os achados de pesquisas qualitativas, consideram os achados dos trabalhos do tipo *survey* com tendência a não se configurarem em pesquisa qualitativa (não se trata

¹⁶ Narguilé é um cachimbo de água utilizado para fumar. A fumaça passa pela água antes de chegar ao fumante. É tradicionalmente utilizado em muitos países, especialmente no Norte da África, Oriente Médio e Sul da Ásia. Fonte: Wikipédia, [página da Internet]. Disponível em: <http://pt.wikipedia.org/wiki/Narguil%C3%A9>, acessado em fevereiro/2008.

de crítica à qualidade do estudo, apenas da diferenciação entre pesquisa qualitativa e pesquisa que utiliza dados qualitativos).

É importante ressaltar o que se considerou neste estudo por intervenção: entendendo que qualquer ação, mesmo uma pesquisa de opinião, um grupo focal exploratório, pode ter influência educativa, estimulando a consideração da possibilidade de mudança nos indivíduos (aqui denominada ação educativa), definiu-se que os artigos teriam de mencionar um cenário ou perspectiva intencional. Uma experiência educacional organizada com o objetivo de intervir, visando mudança (aqui denominada intervenção educativa).

Tal critério auxiliou a distinguir, por exemplo, a formação de grupos focais ou de oficinas que explicitassem a existência de um espaço formal e sistematizado com proposta definida, possibilitando a construção de conhecimento dos sujeitos com a finalidade de auxiliá-los na redução e cessação do tabagismo.

Foram considerados os grupos de gestantes ou puérperas, ou pacientes com determinadas patologias (cardiopatias, por exemplo) quando na vigência de intervenção para parar de fumar, seja pré-natal, seja no acompanhamento das condições de saúde por profissionais da área.

Excluiu-se da amostra as intervenções sem interação pessoal direta entre usuário e profissionais, como websites, telefonemas, gravações de mensagens de auto-ajuda, propaganda veiculada em qualquer tipo de mídia, distribuição de folhetos ou de embalagens de cigarros, assim como os artigos cujos abstracts não estavam disponíveis on-line até a decisão de se incluí-los, ou não, na bibliografia.

4.3 ESTRATÉGIA DE BUSCA NAS BASES DE DADOS

Realizou-se uma busca exaustiva de produções científicas, relativas a intervenções em saúde, publicadas entre 2000 e 2007, nos periódicos indexados nas bases de dados eletrônicas MEDLINE, CINAHL E LILACS (Quadros 3). Procurou-se identificar textos em português, espanhol

e inglês que descrevessem e analisassem as experiências educativas voltadas à cessação do tabagismo, no campo da promoção da saúde, dirigidas à população.

Não foram utilizados programas assistentes de buscas bibliográficas, e as mais significativas tiveram o seu histórico cadastrado nas bases de dados (MEDLINE e CINAHL), permitindo a atualização para novos artigos relevantes, até o fechamento da coleta (dezembro/ 2007).

A primeira base de dados verificada foi MEDLINE (de julho a outubro de 2007); a CINAHL, em outubro; e a LILACS, em novembro de 2007.

O acesso às bases de dados ocorreu através da rede do Sistema Integrado de Bibliotecas da Universidade de São Paulo (SIBI) pelos portais da Biblioteca Wanda de Aguiar Horta da Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo (que proporcionou capacitação para a busca em bases de dados eletrônicas). A Biblioteca do Hospital Universitário da USP colaborou na captação e impressão dos artigos que não puderam ser baixados eletronicamente devido à customização.

O SIBI permite que alunos de pós-graduação acessem o sistema de bases de dados e de algumas revistas eletrônicas. Esta iniciativa possibilitou a obtenção de boa parte do material de pesquisa.

A base de dados MEDLINE foi selecionada por ser a maior referência mundial na área da saúde - escolheu-se o portal PubMed, da Biblioteca Nacional de Medicina dos Estados Unidos.

Já a opção pela base de dados CINAHL deveu-se ao fato de ela ser referência internacional em enfermagem e por sua capacidade de indexar pesquisa qualitativa (Barroso et al., 2003; Jones 2004). Seu acesso deu-se através do portal EBSCOhost electronic journals service, da EBSCO Publishing, disponível no portal da CAPES.

A base LILACS, por sua vez, foi incluída por sua abrangência na América Latina e no Caribe, com forte enfoque em saúde coletiva e enfermagem. O acesso ocorreu por meio do portal da BVS (Biblioteca Virtual de Saúde).

QUADRO 3. Bases de dados selecionadas para a pesquisa.

Nome da Base de Dados	MEDLINE via PubMed	CINAHL via EBSCO (Cumulative Index to Nursing and Allied Health Literature)	LILACS (Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde).
Conteúdo e tipo de Informação	Base de dados de citações e abstracts (alguns textos completos) nos campos de medicina, enfermagem, odontologia, medicina veterinária, sistema de saúde e ciências básicas	Disponibiliza citações, abstracts e textos completos em enfermagem e áreas afins	Base de dados internacional, referencial e trilingüe (português, espanhol e inglês)
Como foi acessada	Acesso público: http://www.ncbi.nlm.nih.gov/sites/entrez	Acesso customizado: EBSCO host via portal da CAPES, acessado através do site da Biblioteca Wanda de Aguiar Horta: http://www.ee.usp.br/biblioteca/whorta/cinahl.htm	Acesso público: BVS-BIREME: www.bireme.br/php/index.php
Provedor	National Center for Biotechnology Information (NCBI) uma divisão da National Library of Medicine - USA	CINAHL Information Systems	BVS-Biblioteca Virtual em Saúde (sistema cooperativo de bibliotecas de 37 países coordenada pela BIREME).
Thesaurus com padronização de termos	SIM	SIM	SIM
Linguagem padronizada para pesquisa qualitativa?	Qualitative research (apenas a partir de 2003)	Sim (qualitative studies)	Sim (qualitative research)
Busca por termos livres e operadores booleanos?	SIM	SIM	SIM
Características específicas	Cobertura internacional: cerca de 4.600 periódicos publicados nos Estados Unidos, além de outros 70 países (desde 1966).	Mais de 1.700 periódicos e de 600.000 artigos com texto completo, livros, conferências, protocolos, softwares, dissertações. Completada pela base Pré-CINAHL com citações em andamento (desde 1982).	Contém artigos de cerca de 670 periódicos, além de teses, livros, eventos e publicações governamentais (desde 1982).

Fonte: D'Auria, Barroso, Sandelowski, 2005; Barroso et al., 2003, Biblioteca Wanda de Aguiar Horta

4.3.1 Desenvolvendo a estratégia de busca bibliográfica de pesquisas qualitativas

Um dos maiores desafios na construção da amostra bibliográfica é a dificuldade de “identificação exclusiva” (Barroso et al., 2003, p. 170) de pesquisas qualitativas nas bases de dados eletrônicas, utilizando-se apenas os descritores *qualitative research*, *qualitative studies*, ou mesmo *qualitative*, que resultam em poucos textos relevantes.

Na construção do projeto de pesquisa propôs-se, preliminarmente, a utilização dos seguintes descritores: autonomia, educação em saúde, *empowerment*, empoderamento, prática emancipatória, promoção da saúde, saúde coletiva, saúde pública e tabagismo como descritores, além dos qualificadores análise qualitativa, *community participation*, *education*, *enfermagem*, *health*, *pedagogic*, *participatory health*, *participatory education*, *participatory traditions*, *participatory action*, *strengths community*, *emancipatory action*, *tobacco* e *smoking cessation*, entre outras possíveis, fazendo combinações de operadores booleanos, sempre que pertinentes.

Tais termos, definidos pelas expectativas e percepções da autora e orientadora, além das buscas bibliográficas exploratórias durante a construção do projeto de pesquisa, pareciam, inicialmente, refletir os critérios de inclusão e abranger os tipos de estudos a serem buscados.

No entanto, ao aprofundar a leitura dos primeiros títulos e abstracts, observou-se dificuldade na identificação das pesquisas qualitativas essenciais à condução da metassíntese.

Jones (2004) e Barroso (2003) sugerem a necessidade de alguma experimentação para construir uma estratégia de busca apropriada.

Ao relatar a busca bibliográfica, Barroso et al. (2003) comentam que o desafio consistiu em definir termos e operadores (qualificadores e operadores booleanos) que falassem a língua de cada base de dados e, ao mesmo tempo, representassem “pesquisa qualitativa”.

D’Auria, Barroso e Sandelowski (2005) chamam a atenção para o fato de o descritor “pesquisa qualitativa” ter sido indexado na base MEDLINE

apenas a partir de 2003, necessitando, portanto, do uso de termos relacionados com as diferentes metodologias qualitativas, sob pena de se perder artigos relevantes. As pesquisas catalogadas antes desse período estão indexadas como: *focus groups*, *ethnography*, *grounded theory*, entre outros.

Por outro lado, a base de dados CINAHL não só indexa estudos como pesquisa qualitativa (*qualitative studies*), como acrescenta outros termos relacionados às diferentes metodologias. A base LILACS também indexa pesquisa qualitativa.

Assim, a estratégia de busca precisou de características mais complexas, com organização dos descritores segundo as diferenças entre as bases de dados pesquisadas, reforçando a identificação de resultados passíveis de metassíntese e procurando minimizar a probabilidade de exclusão de artigos que pudessem ser relevantes.

Construiu-se a busca fundamentada nos relatos de experiências de outras metassínteses qualitativas¹⁷ (Flemming, Briggs, 2007; Jones, 2004; Barroso et al., 2003) com a utilização de três abordagens na busca e identificação dos artigos. Esta estratégia visou maximizar os resultados para localizar pesquisas qualitativas:

Theasaurus terms: vocabulário controlado das bases de dados eletrônicas, também conhecido como descritores ou *subject headings* (CINAHL). São muito úteis na exploração dos termos indexados, pois relacionam as palavras em categorias classificadas hierarquicamente.

Permitem, por isso, amplificar (*explode*) a busca para o MeSH¹⁸ primário e secundário, além das categorias hierarquicamente inferiores. O modo pelo qual cada categoria é indexada varia conforme a base de dados, de modo que a estratégia de busca foi adaptada a cada base (Flemming, Briggs, 2007).

¹⁷ Synthesizing Qualitative Research, [página da Internet]. Disponível em: <http://www.unc.edu/~msandelo/handbook/index.html>, acessado de abril/ 2007 a fevereiro/ 2008.

¹⁸ MeSH – Medical Subject Headings, da Biblioteca Nacional de Medicina dos Estados Unidos, cuja terminologia é adotada ou embasa as bases de dados selecionadas. Para a base LILACS, pesquisou-se na terminologia DeCS – Descritores em Ciências da Saúde, desenvolvida pela BIREME e atualizada a partir do MeSH.

Busca livre por palavras-chave: são termos relevantes para a pesquisa em linguagem natural, normalmente extraídas do corpo do texto, utilizadas para busca livre. Esta estratégia é importante na procura de artigos em bases que não tenham o descritor “pesquisa qualitativa” (*qualitative studies/research, investigación qualitativa*), como a MEDLINE, cujos títulos foram classificados como *qualitative research* a partir de 2003 (D’Auria, Barroso, Sandelowski, 2005). Recomenda-se o uso de truncamento (\$ ou *) para amplificar a busca.

Combinações de termos: é o tipo mais simples de busca e envolve, geralmente, três termos em linguagem natural, como *qualitative, smoking and education*, também útil na identificação de pesquisa qualitativa não indexada (como a base MEDLINE, antes de 2003).

Os operadores booleanos (AND, OR, NOT e AND NOT) foram usados nas três estratégias, sempre que pertinentes.

As estratégias acima foram aplicadas para se adequar a cada base de dados, segundo as respostas obtidas. Contudo, mantiveram o padrão de termos e as técnicas propostas.

Para a base LILACS, consultou-se o vocabulário estruturado DeCS - Descritores em Ciências da Saúde¹⁹.

Na definição dos conceitos básicos, a partir da pergunta norteadora, os três principais eixos estabelecidos para todas as buscas foram: pesquisa qualitativa (como metodologia), tabagismo (referente aos usuários do cigarro, como população) e educação em saúde (como intervenção). Estes descritores são reconhecidos nas três bases de dados com as seguintes características (Quadro 4):

¹⁹ O vocabulário estruturado e trilingüe DeCS – Descritores em Ciências da Saúde foi criado pela BIREME para uso na indexação de artigos de revistas científicas, livros, anais de congressos, relatórios técnicos e outros tipos de materiais, assim como para ser usado na pesquisa e recuperação de assuntos da literatura científica nas bases de dados LILACS, MEDLINE e outras. Foi desenvolvido a partir do MeSH – Medical Subject Headings da U.S. National Library of Medicine, com o objetivo de permitir o uso de terminologia comum para a pesquisa em três idiomas, proporcionando um meio consistente e único de recuperar a informação, independentemente do idioma. BIREME é um Centro Especializado da OPAS, estabelecido no Brasil desde 1967, em colaboração com o Ministério de Saúde, Ministério da Educação, Secretaria da Saúde do Estado de São Paulo e Universidade Federal de São Paulo:DeCS [página na Internet]. Disponível em: <http://decs.bvs.br/P/decswebp2007.htm>, acessado em fevereiro/ 2008.

QUADRO 4. Características dos descritores básicos selecionados, segundo a base de dados.

Descritor	MEDLINE	CINAHL	LILACS
Pesquisa qualitativa	Qualitative research após 2003	Qualitative studies	Pesquisa qualitativa
Cessação do tabagismo (cigarro)	Smoking / Smoking cessation	Smoking / smoking cessation	Abandono do uso de tabaco / tobacco use cessation
Educação em saúde	Health education	Health education	Educação em saúde

Em todas as bases de dados, estabeleceu-se a busca de artigos a partir de 2000, população adulta (19 anos ou mais, *all adults*), em português, espanhol e inglês.

Após estudar os resultados preliminares da combinação destes termos, iniciou-se a construção de uma lista de termos similares ou sinônimos (de acordo com os descritores padronizados MeSH) para pesquisar nas demais bases. Considerou-se a busca esgotada quando as combinações de descritores e de palavras-chave deixaram de trazer novos artigos. Observou-se que as buscas muito ampliadas trouxeram inúmeros títulos, entre os quais aqueles obtidos de combinações mais simplificadas.

Para a base LILACS (que tem interface trilingüe) notou-se haver algumas diferenças de resultados entre os idiomas inglês, espanhol e português, tornando necessária a combinação de termos, nos três idiomas.

Utilizando esta estratégia, os descritores traduziram-se através da terminologia padronizada ou de palavras-chave da seguinte forma (em ordem alfabética):

TERMOS DESCRITORES MeSH:

- Cross sectional studies
- Educação em saúde
- Focus groups
- Health education

- Nursing methodology research
- Patient education
- Public health
- Qualitative research
- Qualitative studies
- Smoking
- Smoking cessation
- Tobacco use cessation
- Tabaco

PALAVRAS-CHAVE:

- Constant comparative method
- Content analysis
- Conduita de saúde
- Educational nursing research
- Educação do paciente
- Empowerment
- Ethnography
- Grounded theory
- Health behavior
- Interview
- Naturalistic research
- Patient education
- Phenomenol
- Purposive sample
- Qualitative Method
- Primary care
- Qualitative findings interview
- Qualitative studies
- Theoretical sample

O resultado da busca e a sua precisão são avaliados comparando-se o número de citações alcançadas utilizando-se os termos

selecionados com o número de citações que realmente atendem o critério de inclusão na amostra bibliográfica, tanto com relação a cada base de dados quanto com relação ao total de citações localizadas. O resultado é fornecido em percentagem (Jones, 2004; Barroso, 2003).

4.4 SELEÇÃO E TRATAMENTO DOS DADOS

Esta fase é muito importante porque valida o estudo e determina quais são os artigos relevantes a serem incluídos na amostra bibliográfica.

A documentação adequada e sistematizada dos procedimentos de seleção e exclusão de artigos não só possibilita a reprodutibilidade do estudo como ajuda a diminuir a margem de erro em tais decisões.

Também favorece a identificação e eliminação de artigos repetidos (*overlap*), pois os periódicos estão, geralmente, indexados em várias bases de dados.

Para evitar tais repetições, foram tomados os seguintes cuidados: buscou-se uma base de dados por vez; registrou-se o número de identificação da base de dados de origem (MEDLINE, CINAHL ou LILACS); ao cadastrar os artigos, excluíram-se os títulos repetidos; procedeu-se a verificações periódicas para garantir a ausência de repetições.

Outra medida recomendada é a comparação entre o autor principal e os grupos de autores, pois, algumas vezes, os autores principais revezam-se, enquanto o grupo de pesquisadores permanece o mesmo. O estudo com mesma autoria só seria excluído se a amostra fosse a mesma, nos dois estudos.

Para operacionalizar o tratamento dos artigos identificados, optou-se pelo lançamento, em planilha, do programa *Excell for Windows*, com as principais informações de identificação de cada artigo, além do tratamento decisório (Anexo 1: itens da documentação do processo de decisão). Este procedimento visou excluir os artigos que não correspondiam aos critérios de inclusão. Além disso, deu oportunidade à dúvida, para, depois de uma averiguação mais cuidadosa, incluir ou finalmente descartar a citação. Estes

critérios foram adaptados (Figura 2) a partir do processo ilustrado por Barroso et al. (2003) e obedeceu a seguinte seqüência:

4.4.1 Verificação do título

Observou-se se o título correspondia aos critérios de inclusão. Nesta fase, excluíram-se os estudos, cujos títulos indicavam, claramente, ser irrelevantes. Documentou-se a justificativa da decisão.

4.4.2 Verificação do abstract

Foram lidos tanto os abstracts dos estudos cujos títulos pareciam inseridos nos critérios de inclusão, quanto os abstracts cujos títulos despertavam dúvidas. Nesta fase, os abstracts que estavam em desacordo com os critérios de inclusão foram descartados, e as razões para a exclusão, documentadas.

4.4.3 Verificação do artigo na íntegra

Foram lidos, na íntegra, todos os estudos cujos abstracts enquadravam-se nos critérios de inclusão, bem como os abstracts que haviam despertado dúvidas. Nesta fase, os estudos que, após a leitura integral, confirmaram não corresponder aos critérios de inclusão propostos foram descartados. O motivo da decisão foi descrito na planilha.

FIGURA 2. Processo de busca, identificação e validação. (Barroso et al., 2003, p. 171)

4.4.4 Consulta de um consenso

Barroso et al., (2003) recomendam que estudos cuja leitura integral não deixem clara a sua elegibilidade sejam submetidos a um *expert*, para uma decisão final.

Devido às limitações logísticas e de tempo, optou-se por submeter as dúvidas à orientadora, embora a apreciação deva ser feita, preferencialmente, por pares ou em equipe, na qual apenas os artigos com indicação negativa de duas ou mais pessoas sejam excluídos.

Uma reunião definiu critérios (já comentados) que determinaram a amostra.

Para minimizar as consequências de viés na seleção dos artigos, procedeu-se a três rodadas de seleção na fase final, com o objetivo de documentar a decisão.

Este procedimento mostrou-se bastante útil por se tratar de artigos em diferentes idiomas, uma vez que a leitura repetida traz novas percepções, dando luz à tomada de decisão. Além disso, minimiza as limitações de conhecimento da autora sobre o amplo leque de metodologias qualitativas e quantitativas.

4.4.5 Inclusão na amostra bibliográfica

Incluiu-se, então, o estudo na amostra bibliográfica, que passou a compor o grupo que preencheu os critérios de elegibilidade.

4.4.6 Verificação da bibliografia e das citações do autor

A bibliografia e as citações dos autores de cada um dos estudos pode fornecer pistas de outros artigos semelhantes, portanto, igualmente recomendáveis (Barroso et al., 2003). Na amostra bibliográfica, os artigos não forneceram pistas de outros, além dos que já constavam na lista de citações da busca.

4.5 DETALHAMENTO DOS ESTUDOS SELECIONADOS

Os estudos selecionados para compor a amostra bibliográfica foram identificados numericamente e catalogados por um instrumento, no qual consta o histórico dos descritores utilizados e de suas combinações, além dos resumos selecionados dentro dos critérios estabelecidos para a busca (Anexo 2).

Neste instrumento, cada artigo foi documentado segundo as suas principais características, com informações mais detalhadas sobre a trajetória de cada estudo selecionado (Sandelowski, Barroso, 2003b). Acrescentaram-se espaços para a definição preliminar de categorias e também a classificação das intervenções, de acordo com a holosfera de Labonte (1997).

4.6 ANÁLISE DOS DADOS SELECIONADOS

4.6.1 Avaliação da qualidade dos estudos

Após detalhar os estudos selecionados para a amostra bibliográfica, procedeu-se à avaliação da qualidade deles, com a finalidade de selecionar estudos com rigor científico, a fim de garantir a confiabilidade dos resultados, considerando-se, sempre, os objetivos propostos para esta revisão sistemática (Espíndola, Blay, 2006).

Nesta pesquisa, os critérios de qualidade foram analisados através do formulário padronizado Critical Appraisal Skills Programme (CASP) (© Milton Keynes Primary Care Trust, 2002), roteiro indicado pelo Qualitative Research Methods Working Group ligado à Fundação Cochrane, com dez tópicos de avaliação de pesquisas qualitativas.

Os estudos foram classificados em duas categorias, seguindo os parâmetros descritos por Espíndola e Blay (2006): categoria A - o artigo tem baixo risco de viés, atende, no mínimo, nove dos dez itens propostos. Categoria B - atende, no mínimo, cinco dos dez itens propostos,

apresentando risco de viés moderado. Pertencem a essa categoria os estudos de caso e amostras de conveniência. Os critérios adotados são os seguintes:

1. O objetivo é claro e justificado.
2. O desenho metodológico é apropriado aos objetivos.
3. Os procedimentos metodológicos são apresentados e discutidos.
4. A seleção da amostra é intencional.
5. A coleta de dados está descrita, os instrumentos e o processo de saturação da amostra estão explicitados.
6. A relação entre pesquisador e pesquisado é considerada.
7. Há cuidados éticos.
8. A análise é densa e fundamentada.
9. Os resultados são apresentados e discutidos, indicam credibilidade e usam a triangulação.
10. O estudo discorre sobre as contribuições e implicações do conhecimento gerado pela pesquisa, bem como suas limitações.

4.6.2 Análise dos dados

A análise dos dados baseou-se na análise de conteúdo segundo Minayo (2004), (Sandelowski, Barroso, 2003b), que é definida por Bardin (1977, p. 42) como:

“... um conjunto de técnicas de análise das comunicações, visando obter, por procedimentos sistemáticos e objetivos de descrição do conteúdo das mensagens, indicadores (quantitativos ou não) que permitam a inferência de conhecimentos relativos às condições de produção/recepção (variáveis inferidas) destas mensagens”.

Esta técnica pode ser aplicada tanto em pesquisa quantitativa quanto em qualitativa (Triviños, 1987).

Entre as modalidades técnicas de análise de conteúdo desenvolvidas para atingir os significados no material qualitativo (Minayo, 2004), considerando-se a diversidade dos artigos selecionados para compor a amostra, optou-se pela modalidade temática.

A definição de um “tema” relaciona-se a uma afirmação (ou alusão) sobre determinado assunto (Unrug²⁰, 1974, p.19, apud Minayo, 2004).

Conforme explica Minayo (2004, p. 19), a análise temática visa descobrir os “núcleos dos sentidos” que, pela presença ou frequência, tenham significado para os objetivos do estudo. Na modalidade qualitativa, a presença de determinados temas “denota valores de referência e os modelos do comportamento presentes no discurso”.

A pré-análise é a primeira etapa da análise temática. Nesta fase, a finalidade é determinar a modalidade de codificação e os conceitos teóricos gerais que orientarão a análise, em três passos: leitura flutuante (permite o contato e diálogo com o tema, organiza hipóteses iniciais e emergentes); constituição do corpus (organização do material para validar a técnica pela exaustão, representatividade, homogeneidade e pertinência); e formulação de hipóteses e objetivos que, embora já definidos, devem ser flexíveis para admitir outros que podem surgir durante o estudo.

Neste trabalho, procedeu-se à leitura flutuante, procurando identificar, nos resultados dos artigos da amostra bibliográfica, as afirmações e alusões referentes aos aspectos educativos da intervenção no tabagismo.

Nos artigos cujo método incluía a visão de profissionais de saúde e prestadores de serviço, considerou-se somente a visão da população assistida.

A segunda etapa consistiu na exploração do material pela operacionalização da codificação. Fez-se a classificação e agregação dos dados em categorias que definiram a especificação dos temas, através da leitura exaustiva e aprofundada dos artigos, da busca de aspectos convergentes e divergentes, bem como da tradução recíproca de palavras-chave, da comparação entre as vozes dos sujeitos expressas nos artigos, das análises e interpretações dos autores. A leitura, a comparação e a recorrência dos dados permitiram identificar não só as categorias, mas também definir as unidades temáticas e a forma de agrupá-las.

²⁰ Unrug M.C. *Analyse de contenu et acte de parole*. Paris: Delarges, Ed. Universitaires; 1974.

A terceira etapa consistiu no tratamento dos resultados obtidos, por meio da inferência e interpretação dos resultados. Os temas foram classificados sem preocupação estatística, procurou-se, porém, buscar os significados nos artigos (Minayo, 2004), por meio da leitura e da comparação temática das manifestações.

Durante a busca dos temas diretamente ligados aos processos educativos, identificaram-se os conteúdos manifestos pelos participantes dos estudos da amostra bibliográfica sobre as suas experiências e reações na cessação do tabagismo. Estes dados foram captados, pois são relevantes e merecem ser considerados na organização de programas de intervenção que privilegiem o fortalecimento dos sujeitos. Eles são relatados tematicamente, a fim de proporcionar uma visão do cenário e do contexto, e estão assim divididos:

1. Fatores dificultadores da cessação do tabagismo, modalidade contexto dos sujeitos: referem-se predominantemente às expressões dos que não conseguiram abandonar o cigarro.
2. Fatores facilitadores da cessação do tabagismo, modalidade contexto dos sujeitos: referem-se predominantemente às manifestações dos que conseguiram parar de fumar.

Para os aspectos diretamente relacionados ao tabagismo, os resultados foram dispostos em três grandes temas:

1. Processos dificultadores da cessação do tabagismo, modalidades relacionadas à educação.
2. Processos facilitadores da cessação do tabagismo, modalidades relacionadas à educação.

Estes dois temas foram desdobrados em dois subtemas principais: aspectos relativos ao programa e aspectos relativos à relação profissional-paciente, ambos considerados importantes no recorte deste estudo.

3. Estratégias de abordagem relativas ao processo educativo: relaciona as estratégias educativas descritas pelos autores (ou captadas pelo seu referencial teórico), classificando-as segundo as intersecções entre

elementos da promoção da saúde e os modelos educacionais propostos por Oliveira (2007, p. 33) que “representa as possibilidades de promover a saúde e melhorar a qualidade de vida da população por meio de diferentes processos educativos”.

Quadros informativos temáticos mostraram os achados, seguidos da interpretação integrativa descritiva dos diferentes estudos, de acordo com o tema proposto (Sandelowski, Barroso, 2003b).

Como estratégia de aproximação dos resultados aos pressupostos do *empowerment*, sob a perspectiva da promoção da saúde, alocaram-se as produções nas categorias propostas pela holosfera de Labonte (1994; 1993), procurando identificar a dimensão predominante nas intervenções estudadas.

5 RESULTADOS

5.1 CARACTERIZAÇÃO DO PROCESSO DE SELEÇÃO DOS DADOS

5.1.1 Buscas nas bases de dados

O número de citações localizadas por meio da combinação das estratégias descritas foi 989. Destas, excluindo-se as citações repetidas e aquelas que já mostravam inadequação aos critérios de inclusão, foram cadastradas 634. No final do processo, 14 estudos alcançaram os critérios de inclusão e foram incluídos na amostra bibliográfica (Anexos 3 a 16).

Os resultados das buscas nas bases de dados podem ser avaliados em termos do total de citações obtidas (produção), aproveitamento (revocação) e precisão (Flemming, Briggs, 2007; Barroso et al., 2003).

TABELA 1. Resultados obtidos segundo cada base de dados

Bases de dados	Citações identificadas nas bases de dados	Citações repetidas ou não elegíveis	Citações consideradas potencialmente relevantes	Revocação* %	Número de citações incluídas na amostra	Precisão* %
MEDLINE	572	108	464	81	8	1,7
CINAHL	128	68	60	46	6	10
LILACS	289	179	110	38	0	0
TOTAL	989	355	634	64	14	2,2

* O denominador varia conforme a linha

A Tabela1 mostra a distribuição dos resultados através das bases de dados, em que “revocação” representa a percentagem de citações potencialmente relevantes com relação ao total de títulos verificados, por base de dados. Ou seja, o título sugeria atendimento aos critérios mínimos de inclusão.

A base de dados MEDLINE apresentou a maior revocação (81%) e também o maior número de citações identificadas com a estratégia

escolhida, seguida da base CINAHL (46%). Muitas citações da CINAHL já haviam sido captadas através da MEDLINE. Não fosse este fato, a revocação da base CINAHL seria 100%.

Precisão é a percentagem de artigos relevantes localizados, selecionada para compor a amostra bibliográfica. A base CINAHL teve a maior precisão (10%), o que demonstra a afinidade da pesquisa proposta e dos descritores escolhidos com os artigos indexados nesta base, predominantemente de enfermagem. Mesmo com menos títulos (como mencionado, vários já haviam sido incluídos a partir da base MEDLINE), a base CINAHL teve 10% de suas citações incluídas na amostra bibliográfica.

A revocação da base LILACS foi baixa (38%), apesar da sua elevada produção (289), resultando em nenhuma citação que tenha preenchido os critérios de inclusão na amostra bibliográfica. Tanto a base LILACS (0%) quanto a MEDLINE (precisão de 1,7%), apresentaram muitas citações consideradas irrelevantes para os objetivos propostos.

Destaca-se o alto volume de citações repetidas, não só entre as bases de dados (uma vez que os periódicos podem estar indexados em várias delas), como também entre as buscas na mesma base (pois um mesmo artigo pode ser encontrado através de vários descritores e palavras-chave). Se, por um lado, as citações repetidas aumentam o tempo dedicado à conferência de títulos e a verificações periódicas, por outro, ampliam a possibilidade de localização da citação, evitando perdas de citações que possam ser relevantes aos propósitos do estudo.

Segundo pesquisadores de metanálise e metassíntese, combinações de termos indexados e palavras-chave têm desempenho satisfatório na base CINAHL, com grande sensibilidade e especificidade (Wong, Wilczynski, Haynes, 2005; Jones, 2004; Flemming, Briggs, 2007).

Ressalta-se que a obtenção de citações relevantes em bases de dados está relacionada à complexidade da tarefa, à experiência do usuário e ao sistema utilizado (Barroso et al., 2003).

5.1.2 Caracterização das citações identificadas

A distribuição temporal das citações identificadas aponta um aumento anual das publicações sobre cessação do tabagismo a partir de 2003 (Tabela 2).

TABELA 2. Distribuição das citações identificadas e cadastradas por ano de publicação

Ano de publicação	N	%
2007	49	8
2006	116	18
2005	106	17
2004	96	15
2003	84	13
2002	60	9,5
2001	60	9,5
2000	63	10
TOTAL	634	100

Atribui-se este aumento à implantação de políticas públicas de educação e intervenção em tabagismo em vários países e à avaliação de resultados obtidos após a introdução da terapia de reposição de nicotina, associada à intervenção em grupo ou individual, com políticas de fornecimento gratuito em países como Inglaterra, Escócia, Brasil e Austrália.

Além disso, considerando a busca por pesquisas qualitativas, deve-se destacar a possibilidade de viés devido à nomenclatura do descritor, *qualitative research* que, conforme relatado, normalizou-se como descritor na base MEDLINE apenas a partir de 2003.

O menor número de títulos apresentados em 2007 deve-se, provavelmente, ao fato de que as publicações não são imediatamente cadastradas nas bases de dados.

Para se obter um panorama da variedade dos periódicos identificados, a Tabela 3, a seguir, apresenta a relação dos 25 periódicos mais freqüentes nos títulos cadastrados. A lista integral dos 288 periódicos de origem das 634 citações localizadas está no Anexo 17.

TABELA 3. Lista dos 25 periódicos com mais citações identificadas nas bases de dados, segundo a principal área de atuação, o país de origem e a frequência de citações cadastradas.

Nome do periódico	Área principal	País de origem	N	%
Nicotine & Tobacco Research	Saúde pública	Inglaterra	47	7,4
Tobacco Control	Dependência de álcool e drogas	Inglaterra	22	3,5
Preventive Medicine	Saúde pública	EUA	18	2,8
Patient Education and Counseling	Enfermagem, educação em saúde	Irlanda	15	2,4
Health Education Research	Educação em saúde	Inglaterra	10	1,6
Salud Pública de México	Saúde pública	México	10	1,6
Addiction	Dependência de álcool e drogas	Inglaterra	9	1,4
British Medical Journal	Medicina	Inglaterra	9	1,4
American Journal of Public Health	Saúde pública	EUA	7	1,1
Jornal Brasileiro de Pneumologia	Pneumologia medicina	Brasil	7	1,1
Pediatrics	Medicina pediatria	EUA	7	1,1
Addictive Behaviors	Ciências do comportamento	Inglaterra	6	0,9
American Journal of Health Behavior	Ciências do comportamento	EUA	6	0,9
American Journal of Preventive Medicine	Saúde pública	EUA	6	0,9
Cadernos de Saude Publica	Saúde pública	Brasil	6	0,9
Health Promotion International	Saúde pública	Inglaterra	6	0,9
Revista Médica de Chile	Medicina	Chile	6	0,9
Annals of Internal Medicine	Medicina interna	EUA	5	0,8
Australian and New Zealand Journal of public Health	Saúde pública	Austrália	5	0,8
British Dental Journal	Odontologia	Inglaterra	5	0,8
MCN. The American Journal of Maternal Child Nursing	Enfermagem materno-infantil	EUA	5	0,8
Midwifery	Obstetrícia	Escócia	5	0,8
Revista de Saúde Pública	Saúde pública	Brasil	5	0,8
Revista Panamericana de Salud Pública da Organização Panamericana de Saúde Pública	Saúde pública	EUA	5	0,8
The Journal of Family Practice	Medicina, saúde da família	EUA	5	0,8
Total parcial	-	-	217	37,2

A maior frequência de títulos concentra-se nos periódicos especializados em tabagismo (como o *Nicotine Tobacco Research and Tobacco Control*), seguidos por um periódico da área de saúde pública (*Preventive Medicine*) e dois periódicos de educação em saúde (*Patient Education and Counseling* e o *Health Education Research*).

Entre os 288 periódicos identificados nas bases de dados, observa-se uma enorme variedade de disciplinas e temas, não só das grandes disciplinas da área de saúde e comportamento, mas também relacionadas a gênero ou etnias (*Ethnicity & Disease*, *Health Care for Women International*, *Journal of Cultural Diversity*, por exemplo). A Tabela 4 apresenta a distribuição dos periódicos, segundo a sua afiliação disciplinar (como o próprio periódico se classifica).

Dos 27 periódicos que se consideravam da área de saúde pública, dez estavam entre os 25 com mais títulos identificados, mostrando a relevância do tema tabagismo na pesquisa em saúde pública e multidisciplinar.

TABELA 4. Distribuição dos periódicos identificados nas bases de dados, segundo a sua afiliação disciplinar.

Tema	N	%
Medicina	123	43
Enfermagem	64	22
Saúde pública	27	9
Odontologia	12	4
Psicologia	9	3
Serviços de saúde	8	3
Dependência de álcool e drogas	7	2
Farmacologia	6	2
Epidemiologia	5	2
Saúde da mulher	3	1
Nutrição	3	1
Gerontologia	3	1
Educação em saúde	3	1
Atenção primária	3	1

Cont. Tabela 4

Tema	N	%
Educação física	2	1
Ciências do comportamento	2	1
Reabilitação	2	1
Saúde coletiva	1	0
Promoção da saúde	1	0
Parasitologia	1	0
Oncologia educação	1	0
Ciências biomédicas e da saúde	1	0
Antropologia e ciências sociais	1	0
Total	288	100

A área da medicina contou com 123 periódicos, dentre os quais destacam-se o British Medical Journal, que contribuiu com (n=9) títulos; o Jornal Brasileiro de Pneumologia (n=7) e o Pediatrics (n= 7); a Revista Médica de Chile, (n= 6); o Annals of Internal Medicine, (n= 5); e The Journal of Family Practice, (n= 5). Os demais periódicos de medicina foram representados, em sua maioria, com um ou dois títulos.

Dos 64 periódicos em enfermagem, há 3 com maior frequência de títulos: Patient Education and Counseling (n=15) da Irlanda; e a área de obstetrícia (incluindo obstetrites), com o MCN, The American Journal of Maternal Child Nursing (n=5); e Midwifery, (n= 5).

A Tabela 5 apresenta a distribuição dos periódicos, segundo os países que aparecem mais frequentemente.

O esperado predomínio de países como Estados Unidos e Inglaterra complementou-se com a produção da América Latina, principalmente com periódicos do Brasil e Chile, devido à pesquisa na base LILACS.

Um dos títulos do periódico brasileiro Cadernos de Saúde Pública foi localizado por meio da base MEDLINE.

Destaca-se a tendência de ampliação global das bases de dados, que nesta busca encontrou periódicos de outros países, além dos já mencionados: Áustria, China, Cuba, Egito, Itália, México, Polônia, Alemanha, Porto Rico, Tailândia e Uruguai, com 2 periódicos; e Arábia Saudita,

Colômbia, Coréia do Sul, Croácia, Dinamarca, Finlândia, Jamaica, Escócia, Japão, República Tcheca, Senegal, Singapura e Tunísia, com 1 periódico cada.

TABELA 5. Distribuição dos países de origem mais freqüentes, segundo o número de periódicos identificados.

PAÍS	N	%
Estados Unidos	124	43
Inglaterra	49	17
Brasil	28	10
Chile	11	4
França	8	3
Argentina	7	2
Austrália	7	2
Irlanda	4	1
Suíça	4	1
Canadá	3	1
Espanha	3	1
Holanda	3	1
Suécia	3	1
Total	254	87

5.1.3 Processo de seleção da amostra bibliográfica

Com relação ao processo de decisão proposto por Barroso e colaboradoras (2003), a seleção da amostra bibliográfica seguiu o tratamento demonstrado na Figura 3.

FIGURA 3. Sumário do processo de seleção e exclusão: todas as bases de dados (fundamentada na figura apresentada por Jones, 2004)

Excluíram-se as citações a partir do título (n=294) pelas seguintes razões: não pareciam pesquisas qualitativas (n=78); o foco principal não parecia ser a cessação do tabagismo (n=78); os sujeitos eram profissionais de saúde em treinamento, na avaliação de processos de trabalho ou no aprimoramento de técnicas (n=49); a pesquisa não parecia uma intervenção (n=58).

Outros motivos de exclusão: artigos de revisão (n=13) em idioma não elegível (n=6); faixa etária não elegível (n=5); dissertação ou editorial

(n=2); intervenção por internet ou telefone (n=2); os artigos não estavam relacionados com a educação (n=2); a pesquisa era tipo *survey* (n=2); a pesquisa era sobre tabagismo passivo (n=1). A lista desses títulos está no Anexo 18, separada por ano e por base de dados na qual foram identificados.

Depois da leitura dos resumos das citações restantes (340), excluíram-se 228, pelos seguintes motivos: não era pesquisa qualitativa (n=129); não se tratava de intervenção (n=40); eram pesquisas do tipo *survey* (n=18); eram artigos de revisão (n=10); o foco principal não era a cessação do tabagismo (n=10); os sujeitos eram profissionais de saúde (n=8). Outros motivos: faixas etárias não elegíveis (n=4); intervenção por internet (n=4); artigo em idioma não elegível (n=3); editorial (n=1); intervenção através de vídeo (n=1). A lista destas citações está no Anexo 19

Na busca de citações em bases eletrônicas, 24 resumos não estavam disponíveis (Anexo 20) e não houve logística para uma busca ativa de tais citações. No entanto, reconhece-se a importância de não se perder os resumos faltantes ou seus artigos na íntegra por falta de acesso imediato, uma vez que estes poderiam contribuir com dados relevantes para a amostra bibliográfica (Jones, 2004).

As leituras para a seleção final dos artigos se deram em três fases: uma primeira leitura dos 88 artigos de modo mais focalizado no recorte do problema, na metodologia (muitos resumos não continham a metodologia) e nos principais resultados, bem como em sua forma de apresentação (alguns artigos cadastrados como pesquisa qualitativa apresentam resultados quantitativos). Nesta fase excluíram-se 43 artigos pelas seguintes razões: não se tratava de pesquisa qualitativa (n=28); não se tratava de intervenção (n=12); era projeto de pesquisa (n=1); os sujeitos eram profissionais de saúde (n=1); e faixa etária não elegível (n=1).

Procedeu-se à segunda seleção com a leitura mais aprofundada de 45 artigos, seguida da discussão de critérios e dúvidas com a orientadora, com a exclusão de 21 citações. Os motivos da exclusão foram: tratava-se de pesquisa tipo *survey* sem indicação de intervenção (n=17); intervenção pela TV (n=1); tratava-se de avaliação de material educativo

(n=1); não era pesquisa qualitativa (n=1); os sujeitos eram profissionais de saúde (n=1).

Restaram 24 artigos que seriam incluídos. Uma leitura ainda mais aprofundada revelou que alguns artigos realmente não se adequavam aos critérios de inclusão. Foram excluídos, então, outros dez artigos: pesquisas do tipo *survey*, que não configuravam intervenção (6); relacionavam-se a intervenções em pacientes com problemas mentais (2); estudo utilizou dados de trabalho anterior (1); e avaliação do processo de trabalho educativo (1). A lista dos artigos excluídos está no Anexo 21.

A amostra bibliográfica dos estudos selecionados para a síntese constituiu-se dos 14 artigos restantes (Quadro 5; Referências Bibliográficas).

5.2 CARACTERIZAÇÃO DOS ESTUDOS SELECIONADOS PARA SÍNTESE

QUADRO 5. Estudos incluídos na amostra bibliográfica, segundo dados de publicação.

Número do artigo	Título	Autor(es)	Periódico/ país de publicação	Ano de publicação/ volume / número/página	País de origem do estudo
A1	One size fits all? A process evaluation - the turn of the "story" in smoking cessation.	Ritchie D, Schulz S, Bryce A.	Public Health Inglaterra	2007 121(5):341-8	Escócia
A2	Views on smoking cessation methods in ethnic minority communities: a qualitative investigation.	Fu SS, Burgess D, van Ryn M, Hatsukami DK, Solomon J, Joseph AM.	Preventive Medicine EUA	2007 44(3):235-40	EUA
A3	Smoking cessation after the age of 65 years: a qualitative exploration of older current and former smokers' views on smoking, stopping smoking and smoking Cessation resources and services.	Kerr S, Watson H, Tolson D, Lough M, Brown M	Health and Social Care in the Community Inglaterra	2006 14(6):572-82	Escócia
A4	Quitting smoking and experience of smoking cessation interventions among UK Bangladeshi and Pakistani adults: the views of community members and health professionals.	White M, Bush J, Kai J, Bhopal R, Rankin J	Journal of Epidemiology & Community Health Inglaterra	2006 60(5): 405-411	Escócia

Cont. Quadro 5

Número do artigo	Título	Autor(es)	Periódico/ país de publicação	Ano de publicação/ volume/ número/página	País de origem do estudo
A5	Making sense of the challenge of smoking cessation during pregnancy: a phenomenographic approach.	Abrahamsson A, Springett J, Karlsson L, Ottosson T	Health Education Research Inglaterra	2005 Jun;20(3):367-78	Suécia
A6	Smoking cessation for patients with head and neck cancer: a qualitative study of patients' and nurses' experiences in a nurse-led intervention.	Sharp L, Tishelman C	Cancer Nursing EUA	2005 28(3):226-35	Suécia
A7	Using formative evaluation to improve a smoking cessation intervention for pregnant women.	Crawford M, Woodby L, Russell T, Windsor R	Health Communication EUA	2005 17(3): 265-281	EUA
A8	The description and evaluation of a longitudinal pilot study of a smoking relapse/reduction intervention for perinatal women	Chalmers K, et al	Journal of Advanced Nursing Inglaterra	2004 45 (2): 162-71	Canadá
A9	The struggle to quit: barriers and incentives to smoking cessation.	Moffatt J, Whip R	Health Education Journal Inglaterra	2004 63(2): 101-112	Austrália
A10	Context and beliefs about smoking and smoking cessation.	Pletsch PK, Morgan S, Pieper AF	MCN The American Journal of Maternal Child Nursing EUA	2003 28(5):320-5	EUA
A11	Barriers to smoking cessation in pregnancy: a qualitative study.	Tod AM	British Journal of Community Nursing Inglaterra	2003 8(2):56-64	Inglaterra
A12	Smoking cessation in New Zealand: education and resources for use by midwives for women who smoke during pregnancy.	Pullon S, McLeod D, Benn C, Viccars A, White S, Cookson T, Dowell A, Green R	Health Promotion International Inglaterra	2003 18(4):315-25	Nova Zelândia
A13	Pregnant women's perception of the implementation of smoking cessation advice	McCurry N, Thompson K, Parahoo K, O'Doherty E, Doherty AM	Health Education Journal EUA	2002 61 (1): 20-31	Suécia
A14	Women's experiences of smoking during and after pregnancy as ascertained two to three years after birth	Lendahls L, Öhman L, Liljestrand J, Håkansson A	Midwifery Escócia	2002 18(3): 214-222	Suécia

Todos os artigos da amostra foram publicados em inglês. Oito artigos foram identificados na base de dados MEDLINE (A1, A2, A3, A5, A6, A10, A11, A12) e seis, na base CINAHL (A4, A7, A8, A9, A13, A14).

Dos artigos localizados na base de dados MEDLINE, dois também constam na base CINAHL (A5, A6). A maioria foi identificada através de buscas simples, com combinações de dois a três descritores ou qualificadores.

Não houve participação dos artigos cadastrados na base LILACS, pois nenhum se adequava aos critérios de inclusão.

Quanto aos países de origem, os artigos selecionados foram publicados na Inglaterra (8), Estados Unidos (5) e Escócia (1). Referem-se a programas de cessação do tabagismo nos seguintes países: Suécia (quatro artigos - A5, A6, A13, A14); Escócia (três artigos - A1, A3, A4); Estados Unidos (três artigos - A2, A7, A10); Inglaterra (A11); Canadá (A8); Austrália (A9) e Nova Zelândia (A12). Portanto, a hegemonia norte-americana e inglesa de estudos sobre cessação do tabagismo, observada na identificação das 634 citações, não se reproduziu na seleção de pesquisas qualitativas que atenderam aos critérios da amostra. No entanto, os periódicos ingleses tiveram destaque na publicação de pesquisa qualitativa.

Quanto à temática dos periódicos da amostra bibliográfica, estes são predominantemente multidisciplinares, com ênfase na comunicação e educação em saúde (A5, A7, A9, A13); promoção da saúde e enfoque comunitário (A3, A4, A11, A12); atenção à saúde materno-infantil (A10, A14); saúde pública e medicina preventiva (A1, A2); pesquisa em enfermagem (A8); e enfermagem oncológica (A6).

Com relação ao ano de publicação, os artigos distribuíram-se da seguinte forma: dois artigos de 2007 (A1, A2); dois de 2006 (A3, A4); três de 2005 (A5, A6, A7); dois de 2004 (A8, A9); três de 2003 (A10, A11, A12); e dois artigos de 2002 (A13, A14). Não houve artigos selecionados entre as citações identificadas de 2000 e 2001.

A população estudada dos artigos refere-se, predominantemente, ao processo de cessação do tabagismo voltado à mulher durante o período perinatal (oito citações - A5, A7, A8, A10, A11, A12, A13, A14) bem como

aos seus companheiros (A9). Os demais artigos têm, como sujeitos, as populações de minorias étnicas dos Estados Unidos (A2) e da Escócia (A4), tabagistas residentes em regiões de baixa renda (A1), idosos (A3) e pacientes com diagnóstico de câncer de cabeça e pescoço (A6).

As afiliações disciplinares de origem dos principais autores dos estudos estão assim distribuídas: seis enfermeiras (A1, A3, A6, A8, A10, A11); três obstetrizas (A5, A13, A14); quatro médicos (A2, A4, A7, A12); e uma cientista social (A9). Os artigos (exceto o A11) têm de dois (A6, A9) a catorze (A8) autores.

Na leitura das descrições detalhadas (Anexos 3 a 16), observa-se a multidisciplinaridade de co-autores (A1, A4, A5, A11, A14), bem como a presença de diferentes origens institucionais em um mesmo artigo (A1, A3, A4, A5, A7, A12, A14). Tal observação evidencia a necessidade e importância da intervenção com caráter multidisciplinar, considerada a mais eficaz (A3, A6, A7, A8, A14) (Lotufo, 2007).

Dos catorze componentes da amostra bibliográfica, dez estudos contaram com financiamentos, a maioria de instituições públicas (A4, A5, A7, A11, A12) ou organizações não-governamentais (A1, A2, A3), bem como de associações de especialistas (A10). O artigo A6 refere-se a projeto financiado por laboratório farmacêutico. Destaca-se a ASH Scotland, organização voluntária dedicada a campanhas e políticas eficazes na cessação do tabaco, que financiou dois dos estudos selecionados (A1, A3).

QUADRO 6. Estudos incluídos na amostra bibliográfica, segundo o objetivo.

Número do artigo	Título	Objetivo
A1	One size fits all? A process evaluation - the turn of the "story" in smoking cessation.	<ol style="list-style-type: none"> 1. Tornar explícitos os pressupostos que moldam a prática de grupos de cessação do tabagismo, usando a terapia narrativa. 2. Avaliar a percepção dos tabagistas quanto ao método (efetividade da terapia narrativa e valor dos serviços flexíveis) para a sua tentativa de parar de fumar.

Cont. Quadro 6

Número do artigo	Título	Objetivo
A2	Views on smoking cessation methods in ethnic minority communities: a qualitative investigation.	Aumentar a compreensão das experiências e crenças de tabagistas pertencentes às quatro comunidades étnicas (índios americanos, vietnamitas, afro-americanos e hmong) sobre os diferentes tipos de protocolo recomendados no tratamento para a cessação do tabagismo.
A3	Smoking cessation after the age of 65 years: a qualitative exploration of older current and former smokers' views on smoking, stopping smoking and smoking Cessation resources and services.	Explorar a visão dos tabagistas idosos e ex-tabagistas tardios sobre tabagismo e cessação do tabagismo na idade avançada, além de explorar a visão dos idosos sobre os serviços e recursos para a cessação do tabagismo.
A4	Quitting smoking and experience of smoking cessation interventions among UK Bangladeshi and Pakistani adults: the views of community members and health professionals.	<ol style="list-style-type: none"> 1. Adquirir compreensão das atitudes para abandonar o cigarro. 2. Identificar experiências de intervenção para a cessação do tabagismo. 3. Trazer à tona oportunidades e barreiras percebidas nas comunidades bengalesa e paquistanesa para informar as políticas locais e nacionais de controle do tabagismo.
A5	Making sense of the challenge of smoking cessation during pregnancy: a phenomenographic approach.	<ol style="list-style-type: none"> 1. Explorar os modos das gestantes e puérperas darem sentido ao tabagismo durante o período de gestação. 2. Explorar as implicações dos resultados para a educação em saúde na cessação do tabagismo.
A6	Smoking cessation for patients with head and neck cancer: a qualitative study of patients' and nurses' experiences in a nurse-led intervention.	<ol style="list-style-type: none"> 1. Breve descrição do programa de intervenção. 2. Explorar como os pacientes e as enfermeiras experimentam o programa.
A7	Using formative evaluation to improve a smoking cessation intervention for pregnant women.	Descreve como os dados qualitativos do estudo-piloto foram coletados, triangulados e analisados com o objetivo de melhorar o processo de intervenção.
A8	The description and evaluation of a longitudinal pilot study of a smoking relapse/reduction intervention for perinatal women	<ol style="list-style-type: none"> 1. Desenvolver e implementar uma intervenção com base comunitária para assistir mulheres que param de fumar, ou prevenir suas recaídas, durante o período pré e pós-parto. 2. Oferecer "feedback" da percepção das participantes sobre a ajuda da intervenção. 3. Comparar a percepção entre as mulheres que receberam a intervenção durante o período pré-natal e as que receberam no período pós-parto. 4. Identificar os componentes adicionais de intervenção que necessitam ser incluídos em futuras pesquisas.

Cont. Quadro 6

Número do artigo	Título	Objetivo
A9	The struggle to quit: barriers and incentives to smoking cessation.	A pesquisa qualitativa é usada para explorar como membros de um grupo de alto risco, que tem um grande incentivo para parar de fumar (paternidade iminente), percebem o fumar e o parar de fumar.
A10	Context and beliefs about smoking and smoking cessation.	1. Descrever o contexto no qual ocorrem as tentativas de parar de fumar. 2. Descrever as crenças das mulheres sobre tabagismo e cessação do tabagismo.
A11	Barriers to smoking cessation in pregnancy: a qualitative study.	Explorar e explicar as barreiras à cessação do tabagismo durante a gestação.
A12	Smoking cessation in New Zealand: education and resources for use by midwives for women who smoke during pregnancy.	Considera o desenvolvimento, uso e avaliação de dois programas independentes de promoção da saúde desenhados para as obstetrias usarem com suas pacientes: um de educação para a cessação do tabagismo e um de promoção do aleitamento materno. Foram desenvolvidos num contexto de estudo de corte, seguido por um estudo randomizado, testando a efetividade dos programas aplicados no cuidado obstétrico de rotina. Descreve os recursos educacionais e o material utilizado.
A13	Pregnant women's perception of the implementation of smoking cessation advice	Busca a visão da gestante quanto à eficácia e relevância dos protocolos implantados pelos profissionais na área de abrangência do Northern Health and Social Services Board, norte da Irlanda.
A14	Women's experiences of smoking during and after pregnancy as ascertained two to three years after birth	Descrever as experiências de uma gestante tabagista; identificar o que leva uma mulher grávida a parar de fumar; aprender se há alguma coisa, alguém, em qualquer momento, em conexão com a gravidez, que torna mais fácil parar ou diminuir os hábitos de tabagismo.

A maior parte dos artigos descreve um programa definido de cessação do tabagismo, baseando-se nos protocolos e consensos oficiais (A2, A3, A4, A11, A13, A14) ou desenvolvidos para determinado grupo (A5, A6, A7, A9, A10, A12) ou, ainda, enquanto definem intervenções dirigidas a determinado grupo, apresentam abordagens mais inovadoras, colocando em questão os protocolos existentes (A1, A8).

Embora a eficácia da terapia de reposição de nicotina não esteja entre os objetivos dos estudos selecionados, os artigos seguintes mencionam aspectos relativos a tal uso: A2, A3, A4, A6, A11. Este fato tem relevância, uma vez que o não-fornecimento gratuito da reposição pode dificultar o processo, dado o seu custo. Por outro lado, a vinculação do

fornecimento gratuito ao desempenho dos indivíduos pode mascarar comportamentos e atrapalhar o processo (A2).

O artigo A1 coloca em questão o baixo desempenho das terapias cognitivas, associadas à reposição de nicotina, lembrando que se o índice de sucesso, após um ano, é de 16%, então esta terapia tem um alto índice de fracasso, tornando necessário compreender os motivos e pesquisar o desenvolvimento de outras intervenções.

O artigo A4 contém os dados referentes a um período (1997) quando ainda não havia sido adotada a reposição de nicotina como parte do programa inglês, implantado em 1999. Os artigos norte-americanos não estão vinculados ao fornecimento gratuito de reposição de nicotina, recentemente introduzido em alguns estados.

Os objetivos de todos os artigos estavam claramente explicitados. Mais da metade deles manifesta a intenção de intervenção ou pesquisa como estratégia da participação comunitária ou do envolvimento dos profissionais que atuam na abordagem dos pacientes (A1, A2, A4, A6, A7, A8, A9, A12), mesmo quando esta é individual.

Iniciativas como o envolvimento da equipe na construção da pesquisa (A1); como intérpretes e mediadores (A2, A4); na confecção de registros de atendimento (A6); no delineamento de material educativo apropriado (A7, A12); e o envolvimento de familiares e encaminhamento aos recursos da comunidade (A8, A9) trazem à tona características dos pressupostos da promoção de saúde (Labonte, 1993).

QUADRO 7. Estudos incluídos na amostra bibliográfica, segundo a população investigada e a orientação metodológica.

Número do artigo	Título	População investigada	Orientação metodológica
A1	One size fits all? A process evaluation - the turn of the "story" in smoking cessation.	11 usuários dos serviços Smokey Joe de bairros de Edimburgo.	Estudo exploratório. Análise narrativa: método de pesquisa que pode possibilitar a exploração de como a identidade é socialmente construída como meio de penetrar na prática da promoção da saúde, capturando e explicitando os pressupostos que moldam os grupos de cessação do tabagismo. Análise através da análise holística de conteúdo.

Cont. Quadro 7

Número do artigo	Título	População investigada	Orientação metodológica
A2	Views on smoking cessation methods in ethnic minority communities: a qualitative investigation.	95 pessoas: afro-americanos, indígenas-americanos e sul-asiáticos.	Estudo exploratório de abordagem qualitativa, utilizando a técnica de grupo focal, justificada por capturar a interação social e crenças compartilhadas entre os membros de minorias étnicas. Análise através de análise de conteúdo.
A3	Smoking cessation after the age of 65 years: a qualitative exploration of older current and former smokers' views on smoking, stopping smoking and smoking Cessation resources and services.	20 tabagistas com mais de 65 anos e 20 ex-tabagistas que pararam de fumar após os 65 anos.	Estudo exploratório de abordagem qualitativa (visando descrever e compreender as crenças em saúde dos participantes) que utilizou o modelo conceitual das crenças em saúde (health belief) como norteador da pesquisa. Dados analisados através da análise de conteúdo.
A4	Quitting smoking and experience of smoking cessation interventions among UK Bangladeshi and Pakistani adults: the views of community members and health professionals.	1. Comunidade recrutada informalmente com 32 paquistaneses e 41 bengaleses, tabagistas e ex-tabagistas. 2. Profissionais: 3 médicos, 1 enfermeira, 2 especialistas em promoção da saúde, 1 farmacêutico e 1 trabalhador de desenvolvimento comunitário.	Pesquisa de abordagem participativa na qual 13 pesquisadores (membros da própria comunidade, bilíngües) contribuíram para o desenvolvimento do estudo, execução e análise, com entrevistas aprofundadas e grupos focais. Dados analisados através da análise de conteúdo.
A5	Making sense of the challenge of smoking cessation during pregnancy: a phenomenographic approach.	18 mulheres com diversas experiências de tabagismo e cessação do tabagismo durante a gestação.	Estudo exploratório de abordagem fenomenográfica com a análise feita através da mesma abordagem.
A6	Smoking cessation for patients with head and neck cancer: a qualitative study of patients' and nurses' experiences in a nurse-led intervention.	13 pacientes (9 homens e 4 mulheres) tabagistas, recentemente diagnosticados com câncer de cabeça e pescoço com indicação de radioterapia, além de 2 enfermeiras oncologistas.	Estudo descritivo de abordagem qualitativa. Diário espontâneo (anotações focadas, mas não estruturadas) como ferramenta de pesquisa qualitativa. A análise baseou-se na análise dos dados.

Cont. Quadro 7

Número do artigo	Título	População investigada	Orientação metodológica
A7	Using formative evaluation to improve a smoking cessation intervention for pregnant women.	29 mulheres que participaram do grupo experimental e 28 enfermeiras ou assistentes sociais que aplicaram a intervenção.	Estudo longitudinal qualitativo e quantitativo, cuja fase qualitativa constou de entrevista, por telefone, com 29 gestantes participantes da intervenção e 9 grupos focais. Os dados foram analisados através da triangulação e da teoria fundamentada nos dados.
A8	The description and evaluation of a longitudinal pilot study of a smoking relapse/reduction intervention for perinatal women	42 mulheres grávidas ou que deram à luz, recentemente.	Estudo-piloto, longitudinal, baseado na pesquisa-ação (participatory action research - PAR), usado para combinar a investigação científica com educação e ação. Estatística e análise de conteúdo manifesto.
A9	The struggle to quit: barriers and incentives to smoking cessation.	25 trabalhadores não qualificados, que acabaram de participar de um programa de cessação do tabagismo, cujas esposas estão grávidas.	Estudo exploratório. A teoria fundamentada nos dados foi usada para a amostragem, coleta de dados e análise, visando a compreensão a partir da perspectiva dos participantes. Aplicou-se entrevista semi-estruturada.
A10	Context and beliefs about smoking and smoking cessation.	15 mulheres afro-americanas de baixa renda, participantes da intervenção.	Estudo exploratório de abordagem qualitativa naturalista descritiva, com dados analisados através da análise temática de conteúdo.
A11	Barriers to smoking cessation in pregnancy: a qualitative study.	11 mulheres de baixa renda que fumaram durante a gravidez.	Estudo exploratório de abordagem naturalista: abordagem que enfatiza dados ocorridos naturalmente, explora o fenômeno a partir da perspectiva dos participantes, reconhecendo as influências sociais e culturais. Foram empregadas entrevistas semi-estruturadas e técnicas de análise por agrupamentos.
A12	Smoking cessation in New Zealand: education and resources for use by midwives for women who smoke during pregnancy	12 mulheres grávidas ou puérperas.	Estudo longitudinal quantitativo (efetividade na cessação do tabagismo e na duração da amamentação) e qualitativo (avaliação dos programas).
A13	Pregnant women's perception of the implementation of smoking cessation advice	15 mulheres puérperas	Estudo longitudinal de abordagem qualitativa e quantitativa, com análise dos dados pela identificação de temas emergentes.
A14	Women's experiences of smoking during and after pregnancy as ascertained two to three years after birth	As primeiras 6 puérperas a responder ao questionário de avaliação de 1994, segundo 3 diferentes tipos de perfil.	Estudo exploratório de abordagem fenomenológica interpretativa. Análise através de leitura, agrupamento por temas e subtemas.

Os 14 artigos reúnem 405 sujeitos da população e 38 profissionais de saúde. Com relação à metodologia, embora com grande variação de método e de amostragens, todos os artigos continham referências teóricas sobre o meio utilizado na obtenção da amostra, na técnica aplicada e no tratamento dos dados.

QUADRO 8. Estudos incluídos na amostra bibliográfica, segundo os pressupostos conceituais citados

Pressupostos conceituais e abordagens qualitativas citadas	Artigo
Modelo transteórico de estágios de mudança	A1, A2, A3, A5, A6, A7, A8, A10, A13, A14
Análise de conteúdo	A1, A3, A8, A10, A12
Teoria comportamental cognitiva/ auto-eficácia	A3, A5, A7
Pesquisa qualitativa/ em saúde	A2, A3, A14
Teoria fundamentada nos dados	A4, A7, A9
Política de redução de danos	A7, A8
Pesquisa de abordagem ecológica	A8, A12
Terapia narrativa	A1
Abordagem mínima (os 4 A)	A6
Modelo teórico das crenças em saúde	A3
Teoria do capital social	A8
Pedagogia de Paulo Freire	A5
Teoria da transição de Meleis AI	A6
Teorias da personalidade	A9
Entrevista motivacional	A6
Fenomenologia	A14
Terapia narrativa	A1
Pesquisa naturalista	A11
Pesquisa de ação participativa	A8
Grupo focal	A2
Fenomenografia	A5
Triangulação	A7

Nos pressupostos citados referentes às técnicas de abordagem, visando compreender ou contribuir para a mudança de comportamento, o modelo transteórico de estágios de mudança foi mencionado na maioria dos

artigos. Referem-se ao modelo de intervenção adotado ou questionam o modelo como uma possível barreira de acesso por avaliar a prontidão para deixar o cigarro (A1), ou como pouco personalizado (A5).

5.3 ANÁLISE DOS ARTIGOS SELECIONADOS

5.3.1 Análise crítica dos estudos selecionados

Avaliou-se a qualidade dos estudos selecionados através do formulário padronizado Critical Appraisal Skills Programme (CASP) (© Milton Keynes Primary Care Trust, 2002).

De acordo com os critérios, 10 estudos foram considerados categoria A, e 4, categoria B, conforme mostra o quadro abaixo:

QUADRO 9. Avaliação dos estudos incluídos na amostra bibliográfica, segundo roteiro preconizado pelo Critical Appraisal Skills Programme (CASP) (© Milton Keynes Primary Care Trust, 2002).

CATEGORIA	NÚMERO DO ARTIGO
A	A2, A3, A4, A5, A6, A8, A9, A10, A13, A14
B	A1, A7, A11, A12

Como mencionado, os objetivos de todos os artigos estavam claros e bem definidos, e as metodologias foram consideradas adequadas aos propósitos dos estudos selecionados.

Quanto ao desenho da pesquisa, considerou-se o artigo A12 demasiadamente complexo, devido ao grande número de variáveis, envolvendo duas intervenções (incentivo à amamentação e cessação do tabagismo), para uma população de puérperas, contemplando a visão dessas e dos profissionais.

Quanto à amostra, considerou-se pequena a do artigo A7, para as dimensões da intervenção. A entrevista foi feita por telefone e em momentos diferentes, pós-intervenção.

O artigo A11 foi o único que, devido a problemas na captação de participantes, teve amostra de conveniência, com 11 participantes entrevistados por telefone, durante 20 minutos. Os demais artigos tiveram amostra intencional. As limitações da pesquisa devem-se a este fator.

No artigo A3, as entrevistas ocorreram de três formas diferentes, pois alguns participantes não queriam grupo focal e preferiram entrevista individual ou com um par (amigo, em geral). As diferentes abordagens na coleta de dados foram mencionadas como passíveis de viés nos resultados.

A relação entre pesquisadores e participantes não está explicitada nos artigos A1 e A9, e foi parcialmente considerada no artigo A11.

Com relação aos aspectos éticos, todos os artigos, exceto o A6, mencionaram aprovação em comitê de ética, consentimento por escrito e sigilo.

A análise dos dados foi detalhada em todos os artigos, exceto no A8, que utiliza a análise de conteúdo manifesto, sem detalhar o processo, e pelo artigo A13, que também não explica os passos seguidos, embora aborde a análise temática.

Na apresentação dos resultados, o artigo A1 descreveu os discursos meta-narrativos, no entanto, o recorte do problema e a revisão bibliográfica pareciam mais complexos, indicando a necessidade de se discutir os resultados.

O artigo A2 detém-se na análise do protocolo de cessação do tabagismo, aprofundando pouco as questões financeiras (além do custo dos dispositivos de reposição de nicotina) e as manifestações dos sujeitos na coleta de dados.

O artigo A12, dado o desenho complexo da pesquisa, traz pouca informação sobre a visão da mulher a respeito do processo educativo, podendo haver viés na triangulação.

Os artigos A8 e A9 não mencionam a forma de validação dos resultados.

De modo geral, todos os artigos da amostra bibliográfica foram considerados válidos e com qualidade. Confirma-se a observação de Sandelowski (2003b, 1997), ao afirmar que os resultados de todos os

estudos (desde que preencham os requisitos mínimos para estudos qualitativos) não podem ser excluídos por questões de qualidade, sob pena de não contribuírem para a metassíntese.

5.3.2 Análise dos artigos selecionados

Embora variem na metodologia, no recorte do problema e na apresentação dos resultados, os artigos da amostra mantiveram certa uniformidade. Tratados individualmente por sua singularidade, não se pretendeu fazer uma abordagem genérica, mas dar voz a aspectos comuns e diferentes, evidenciados em artigos advindos de cenários e contextos igualmente diferentes.

A observação dos resultados permitiu categorizar os temas, aos quais foram combinados atributos ou subtemas. A apresentação dos aspectos recorrentes e das diferenças entre os artigos foi agrupada na modalidade contexto dos sujeitos (descreve os fatores facilitadores e dificultadores do processo de cessação do tabagismo) e na modalidade referente à abordagem educativa (com processos facilitadores e dificultadores apresentado em quadro temático, com comentários).

A seguir, as teorias e abordagens educativas mencionadas nos 14 artigos selecionados, classificadas segundo a abordagem e a intersecção com a promoção da saúde (Oliveira, 2007), e alocados na holosfera de Labonte.

5.3.2.1 Fatores dificultadores e facilitadores da cessação do tabagismo, modalidade contexto dos sujeitos.

Neste tema, identificaram-se os aspectos relacionados a questões manifestas pelos sujeitos sobre o seu próprio contexto. Nos fatores dificultadores está a visão majoritária dos que não conseguiram parar de fumar, ou que tiveram “recaídas”, ao contrário dos fatores facilitadores, nos quais se observa, majoritariamente, a voz dos indivíduos que conseguiram parar de fumar.

Os temas predominantes identificados foram: contexto, gênero, razões para fumar e para abandonar o cigarro, crenças, custos, benefícios, relações sociais e familiares, farmacoterapia e sentimentos expressos.

As condições sociais relacionadas à moradia em regiões de baixa renda, habitação em condições precárias ou coletivas, ambientes violentos e de privação econômica, bem como o baixo nível de escolaridade (A1, A10, A11) são apontadas como condições dificultadoras na cessação do tabagismo, razão para fumar e barreira concreta aos processos de intervenção (A5, A10).

Com relação a questões de gênero, há manifestação de que mulheres das minorias étnicas norte-americanas recebem melhor o aconselhamento profissional quando comparadas aos homens (A2), que não consideram o tabagismo doença (A2, A11). Também há diferença no comportamento dos tabagistas de diferentes gêneros, em diferentes etnias (A2, A12).

As razões para continuar fumando estão relacionadas ao hábito, vício, rotina (A3, A5, A6, A9); relaxamento, redução do estresse e alívio para aborrecimentos (A3, A4, A10, A11, A13); conforto e diversão (A3, A11, A13); o cigarro é considerado companhia, interpretado com enfoque afetivo (A9, A14). Tais motivos são encarados como associações positivas relacionadas ao cigarro e como barreiras de proteção, que justificariam, para os sujeitos, a manutenção do tabagismo (A5).

Já entre os motivos para abandonar o cigarro, manifesta-se a preocupação com a própria saúde (A3, A4, A9); desejo de adotar um estilo de vida saudável (mencionado por um jovem no artigo A2); foco no comportamento, planejamento de mudança de rotina (A9); sensibilização religiosa (A3) ou relacionada à sociedade (A9); ou, ainda, desejo de se livrar do vício (A13). Há também razões econômicas, associadas ao alto custo do cigarro (A4).

A partir dos sistemas de crenças, as manifestações relacionam-se à minimização do risco (A4); acreditar ter controle sobre o cigarro (A3, A4); considerar exagerados os malefícios atribuídos ao cigarro, pois há coisas muito piores (A5, A14); relacionar os sintomas decorrentes do tabagismo a

outros fatores, como idade avançada ou, ainda, conhecer tabagistas severos que são saudáveis (A4, A11).

Os idosos (A3) e pessoas com doenças crônicas (A10) acreditam que o mal está feito:

“... Nada pode ser feito sobre isto agora porque isto se deve ao fato de eu ter diabetes todos estes anos” (A10, p. 323).

A dificuldade resultante de fatores físicos, como determinadas doenças, pode dificultar a mudança (A10).

Ainda dentro do sistema de crenças, a força de vontade e determinação para abandonar o cigarro é considerada fundamental em várias manifestações, tanto positivas quanto negativas, havendo a compreensão de que o sujeito precisa estar pronto para deixar o vício, porém, naquele momento, ele não encontra esta vontade dentro de si mesmo (A9, A10, A11).

“... As pessoas podem lhe dizer o que for e... mas eu acho que, no final do dia, é com você” (participante 1, A1, p. 59).

No sistema de crenças vinculado aos fatores facilitadores para a cessação do tabagismo, são feitas associações negativas com o fumo, como o reconhecimento de que o cigarro, em alguns meios, é socialmente inaceitável (A3); o cheiro desagradável do cigarro (A3); a preocupação com o tabagismo passivo (A4); a associação do tabagismo a riscos (A4, A10, A11, A13, A14); a associação a sintomas como tosse, dificuldades respiratórias e dor, nos artigos A4 e A13. Registra-se também a sensação de ser manipulado pelo cigarro (A11 e A14).

Entre os custos para abandonar o cigarro, são apontados como dificultadores o ganho de peso (A3, A13); a necessidade de perseverança e determinação durante o processo (A11); os fatores físicos e psicológicos ligados à síndrome de abstinência (A5, A9, A13).

Reconhecem-se os benefícios de parar de fumar (A3, A6, A13), como melhora do olfato e do paladar (A14). As pessoas comemoram o sucesso (A9).

Nas relações sociais e familiares, o indivíduo com dificuldade para abandonar o cigarro está mais suscetível ao apoio dos outros (A9). A família, o parceiro(a) afetivo(a), os colegas e amigos podem contribuir, de modo que o sujeito seja desestimulado a parar, influenciado por um círculo social de fumantes (A8, A11, A14).

“Eu parei por cerca de um ano, e então eu comecei outra vez e foi apenas porque eu estava em meio a pessoas que fumavam” (participante 11, A11, p. 60).

Por outro lado, os sujeitos reconhecem a importância de encontrar apoio na rede social e familiar (A8, A11, A14), e o incentivo à mudança na pressão feita por familiares e amigos para abandonar o cigarro (A4, A11).

O fato de se conhecer os riscos do tabagismo não é suficiente para o abandono do cigarro (A13).

“Saber que os riscos existem nem mesmo intimida você” (A13, p. 25).

Há a vontade manifesta de abandonar o cigarro, por exemplo, nas gestantes (A13, A14). Os indivíduos experimentam uma dissonância entre o desejo de fumar e a preocupação de parar (A9, A11).

As gestantes e puérperas querem parar de fumar por causa do bebê (A5, A11, A14). Embora esta associação seja positiva e mobilizadora de mudança de comportamento, pode ser também um motivo de recaída. Depois do nascimento do bebê, mecanismos como fumar em horários em que não se amamenta, ou longe da criança, passam a ser uma possibilidade, de modo que as recaídas são prováveis. Nesta condição, a proposta de ampliação do cenário, além do foco no bebê, pode auxiliar na mudança de comportamento (A5).

Entre os sentimentos expressos (notadamente nos trabalhos relacionados ao período perinatal) estão a vergonha e culpa (A5, A11, A13), decepção e pouca confiança na própria capacidade de parar. Geralmente, a mulher tem a expectativa de conseguir parar de fumar assim que engravidar (A5) e manifesta medo de não conseguir (A9).

Poucos recorreram à farmacoterapia (a maior parte refere-se à reposição de nicotina), pois o custo alto é um obstáculo (A2, A4); há preocupação com os efeitos adversos (A2, A3, A4); não se reconhecem os benefícios (A2, A4, A11); revelam que parentes e amigos não obtiveram sucesso com essa alternativa (A2).

5.3.2.2 Processos dificultadores e facilitadores da cessação do tabagismo nas modalidades relacionadas à educação, aspectos relativos aos programas de intervenção.

Os temas relacionados a aspectos educativos observados na análise dos resultados dizem respeito às visões dos sujeitos das pesquisas e às considerações dos autores dos artigos selecionados. Os quadros 10 e 11 apresentam os aspectos dificultadores e facilitadores associados aos programas de intervenção, e os quadros 11 e 12, os aspectos manifestos da relação entre profissional e paciente.

QUADRO 10. Processos dificultadores da cessação do tabagismo nas modalidades relacionadas à educação. Tema: Programa de intervenção.

Categoria	Atributo	A1	A2	A3	A4	A5	A6	A7	A8	A9	A10	A11	A12	A13	A14
Acesso	Formato rígido	x										x			
	Inacessibilidade											x			
	Desconhecimento da existência de serviços de aconselhamento		x	x											
Abordagem educativa	Material de difícil uso ou compreensão							x							

QUADRO 11. Processos facilitadores da cessação do tabagismo nas modalidades relacionadas à educação. Tema: Programa de intervenção.

Categoria	Atributo	A1	A2	A3	A4	A5	A6	A7	A8	A9	A10	A11	A12	A13	A14
Pressuposto	Considerar o contexto	x		x		x	x	x	x	x		x	x		
	Considerar a cultura	x	x					x				x	x		
	Considerar a classe social	x						x		x		x	x		
Organização	Fazer referência a outros recursos da comunidade								x						
	Com a participação dos profissionais de campo em sua organização						x	x	x		x			x	
Acesso	Flexibilidade	x							x						
	Grupo misto (com componentes em vários estágios de mudança)	x													
	Aberto	x													
	Acessível (por telefone, em diferentes horários)								x						
	Estimula a ampliação para o grupo familiar, social ou comunitário	x			x		x		x	x			x		x

Cont. Quadro 11

Categoria	Atributo	A1	A2	A3	A4	A5	A6	A7	A8	A9	A10	A11	A12	A13	A14
Abordagem educativa	Personalizada					x	x		x					x	
	Dialógica					x									
	Com ampliação de cenário para evitar recaídas					x									
	Prevê negociação de redução de danos								x						x
	Material desenvolvido de acordo com o contexto cultural e social							x	x	x			x		
Efetividade	Resultados estatisticamente mensuráveis	x					x								
Seguimen- to	Pró-ativo (acompanhamento em domicílio, por telefone, etc.)					x	x		x		x				

As categorias predominantes identificadas foram: pressuposto, organização, acesso, abordagem educativa, efetividade e seguimento.

Vários artigos destacam a relevância de se considerar o contexto, a cultura e a classe social dos sujeitos nos programas de intervenção. A importância dada a este tema possibilitou a interpretação temática como “pressupostos” dos programas de intervenção.

Com relação ao nível de escolaridade (como um dos componentes do contexto), os artigos A5, A7 e A9 apontam a necessidade de recursos educativos e abordagens que considerem as pessoas pouco instruídas, pois as existentes dirigem-se a indivíduos com maior escolaridade (A5, A7, A9).

O artigo A10, ao contextualizar as experiências de cessação do tabagismo em mulheres de etnia negra e de baixa renda, chama a atenção

para a necessidade de se criar comunidades mais saudáveis, “eliminando a fonte de estresse, em vez de atenuar a resposta das pessoas aos estressores”.

Numa visão mais ampliada, diferentes contextos implicam construir diferentes argumentos e abordagens. Esta observação é discutida no artigo A1, que propõe a terapia narrativa como forma de contextualizar os estágios de mudança em uma dimensão além da estritamente comportamental.

Já no artigo A3, referente à população idosa, destaca-se que este grupo experimentou uma era em que fumar parecia elegante. Destaca como os profissionais de saúde devem estar atentos ao perfil de tabagismo mais severo e mais longo, à pouca atividade física e tendência de uma vida mais isolada, presentes nesta camada da população.

As populações nativas e imigrantes que atribuem valores diferentes ao tabagismo devem ser consideradas (A2, A4, A12).

As mulheres, durante o período perinatal (bem como os seus parceiros), têm forte motivação para abandonar o cigarro, tanto por suas preocupações com o feto, quanto pela pressão familiar e social (A13).

Esta circunstância, inicialmente favorável, insere-se nos aspectos de contexto mencionados e pode ocorrer em um cenário de estresse pessoal (pela experiência da maternidade e paternidade) e social. Porém, muitas vezes esbarra na falta de um profissional para auxiliar no processo. Portanto, embora inicialmente favorável, o período de gravidez é acompanhado por circunstâncias de sobrecarga psicoemocional que devem ser levadas em consideração, pois a boa oportunidade nem sempre se reflete na real cessação do tabagismo (A13).

A observação destas características no planejamento de programas específicos pode ajudar a diminuir os riscos para a gestante e o feto, e aqueles decorrentes do tabagismo passivo (A5, A7, A8, A9, A10, A11, A12, A13, A14).

Quanto à organização dos programas, o artigo A8 destaca a importância da participação dos profissionais de campo, além da atenção em

elaborar uma proposta de abordagem ampliada, utilizando recursos locais (como nutricionista, psicólogo, etc.) através de um sistema de referência.

No tema “acesso”, considera-se fator facilitador a intervenção individual ou em grupo (A1, A8), aberta, que admite intervenção nos diferentes estágios de mudança (A1) e possibilite acesso por telefone (A8) para auxiliar nas crises de abstinência e no esclarecimento de dúvidas (preferencialmente com o auxílio profissional de alguém conhecido). O formato rígido dos serviços pode dificultar que os programas atinjam o público-alvo (A1, A11).

A ampliação do foco nos sujeitos para os contextos familiar e comunitário é considerada fortalecedora (A1, A4, A6) e está mencionada principalmente nos artigos sobre o período perinatal (A8, A9, A12, A14).

Entre os fatores dificultadores apontados, relativos ao tema “acesso”, estão as dificuldades provocadas por circunstâncias de vida (A11), como ausência de local adequado onde deixar os filhos para participar do programa, e o desconhecimento da existência de programas de cessação do tabagismo (A2, A3).

Quanto à abordagem educativa, os materiais educativos de difícil compreensão são considerados barreiras ao processo (A7):

“Eu achei que o vídeo era melhor. O livro (guia) parecia lição de casa” (paciente, A7, p. 271).

Já os materiais educativos idealizados para os diferentes contextos, mais interativos e de fácil manuseio, podem proporcionar maior receptividade e melhor adesão ao programa (A7, A8, A9, A12).

A abordagem educativa personalizada, ou seja, talhada para o contexto; dialógica, como um modo de amenizar as diferenças de poder entre profissional e paciente; e ampliada, para evitar recaída, como na gestante focada no bebê que, depois do nascimento, não representa motivo bastante forte para a mãe deixar de fumar; são propostas definidas como facilitadoras (A5).

Os artigos A8 e A14 consideram realista a abordagem que negocia a diminuição do número de cigarros com as gestantes que não

Quanto ao seguimento, o acompanhamento pró-ativo em domicílio, por telefone ou outra modalidade, foram mencionados como necessários e encorajadores (A5, A6, A8, A10).

5.3.2.3 Processos dificultadores e facilitadores da cessação do tabagismo nas modalidades relacionadas à educação, aos aspectos relativos à relação profissional-paciente.

QUADRO 12. Processos dificultadores da cessação do tabagismo nas modalidades relacionadas à educação. Tema: Relação profissional-paciente

[illegible]

Categoria	Atributo	A1	A2	A3	A4	A5	A6	A7	A8	A9	A10	A11	A12	A13	A14
Atitude	Profissional não incentiva											x			
	Profissional não disponível													x	
	Julgamento											x		x	x
	Transferência de responsabilidades: encaminha para outro, sem ter abordado o tema									x				x	

QUADRO 13. Processos facilitadores da cessação do tabagismo nas modalidades relacionadas à educação. Tema: Relação profissional-paciente

[illegible]

Cont. Quadro 13

Categoria	Atributo	A1	A2	A3	A4	A5	A6	A7	A8	A9	A10	A11	A12	A13	A14
Atitude	Aborda o tema do tabagismo									x			x	x	x
	Positiva, encorajadora, gentil		x				x		x		x		x	x	
	Não faz julgamento	x									x				
	Dá apoio, suporte		x	x		x	x						x	x	x
	Não exerce pressão						x							x	
	Disponibilidade						x								
	Capacidade técnica para oferecer estratégias								x						
	Profissional corresponde aos estímulos da equipe para colaborar na intervenção à sua paciente								x						

O respeito à autonomia foi destacado em muitos estudos (A1, A5, A6, A8, A10, A12, A13).

Alguns pacientes tomam para si a responsabilidade de decidir parar de fumar (A6). Compreender o tabagismo como um exercício da autonomia significa que o profissional não deve adotar uma postura insistente e persuasiva (A12, A13), que possa trazer constrangimento ou desconforto e se tornar uma barreira ao processo de mudança.

“Caberá a você e não importa quão culpada as pessoas fazem você se sentir... a hora é certa quando é certa para você e não quando lhes convém... só porque você ficou grávida não significa que a sua mente vai se alterar” (A13, p. 25).

Neste sentido, o artigo 5 assinala que, na educação em saúde tradicional, “dar informações sobre os riscos do tabagismo é visto como crucial” (p. 376), enquanto no programa de cessação do tabagismo baseado no diálogo, pode emergir a sensibilização para permitir aflorar as experiências dos sujeitos sobre tabagismo. Portanto, pode ser contraproducente dar informação à gestante sobre tabagismo, sem seu consentimento (p. 376), pois ela pode adotar uma conduta defensiva que atingirá a sua auto-eficácia, se não conseguir parar de fumar.

A desconfiança na capacidade técnica (A4, A8) e intenção do profissional (A2) foi observada como dificultadora. De acordo com o A2 (dos sujeitos), a experiência do profissional pode estar limitada ao uso de medicamentos ou ele tem interesse em receber comissão das empresas farmacêuticas (A2 p.237). Por outro lado, um ambiente de confiança (A1) ou proximidade pode contribuir para não se mascarar comportamentos, como se observa no relato abaixo:

“ A obstetriz, eu fiquei mais amiga dela...eu mentiria para o médico, dizendo que eu fumo um ou dois por dia, mas diria a ela a verdade...Eu fumei realmente cinco ou dez por dia” (A13, p. 26).

No mesmo artigo A13, o médico é visto como o mais influente na decisão de parar de fumar e mencionado como o que tem maior influência na gestante, devido ao contato freqüente. Assim, enquanto o médico dá a última palavra, a enfermeira está mais próxima de ouvir a verdade.

As questões de poder inerentes à relação profissional-paciente emergiram como subtemas, assinalados pelas diferenças sociais, de etnia e culturais (A2, A10, A11, A12). No artigo A5, a relação dialógica é vista como possibilidade amenizadora desta dificuldade. Os autores propõem que os encontros tenham como base o diálogo, para aumentar a confiança da mulher como “parte ativa e respeitada” (Freire, 2002, apud Abrahamsson et al., 2004, p. 376), possibilitando, assim, reflexão através de histórias de vida e tabagismo (A1, A5), bem como da evidência científica.

Na categoria diálogo, os atributos reciprocidade e ausculta foram mencionados (A5, A6) como favorecedores. No contexto do câncer de

cabeça e pescoço, em seu diário (instrumento de pesquisa), um mesmo paciente escreveu:

“Querida Sarah, eu sei que posso ser seu amigo, mesmo que eu não pare de fumar. Isto me faz sentir bem...” (A6, p. 230).

“O que eu acho que me ajuda é o fato de eu encontrar aquelas garotas maravilhosas (as enfermeiras do estudo) na enfermaria e trocar algumas palavras...” (A6, p. 230).

Alguns profissionais de saúde oferecem bastante suporte e apoio, outros, menos (A3, A8, A11, A13, A14). Na categoria atitude do profissional, os atributos observados como desencorajadores foram: abordar em momento inoportuno (A6, A11, quando o sujeito soube que está com câncer ou que o bebê tem síndrome de Down); fazer julgamento (A11, A13, A14); não abordar o tema (A3, A8, A11, A13, A14); abordar, mas não orientar como parar de fumar (A3, A13); não incentivar os progressos (A11); não estar disponível quando necessário (A13).

Já os atributos observados como favorecedores do processo educativo foram: o profissional abordar o tema do tabagismo (A9, A12, A13, A14); não exercer pressão (A6, A13) ou julgamento (A1, A10); adotar atitude positiva, encorajadora e gentil (A2, A6, A8, A10, A12, A13), oferecer apoio e suporte (A2, A3, A5, A6, A12, A13, A14) estar disponível (A5).

O artigo A8 menciona a necessidade de o profissional ter capacidade técnica para auxiliar a parar de fumar, bem como corresponder aos estímulos da equipe para colaborar na intervenção de sua paciente (no caso de obstetras informados sobre as suas pacientes).

5.3.2.4 Estratégias de abordagem relativas ao processo educativo

Entre as considerações observadas nos artigos, destaca-se que os protocolos de programas tendem a não se adaptar às diferentes necessidades de grupos, contextos, diferenças de escolaridade, classe social ou cultura (A1, A5, A9, A10, A13, A14); a não considerar que

diferentes contextos podem fazer um mesmo indivíduo transitar, dinamicamente, entre os diferentes estágios de mudança (A5, A13).

Os modelos de educação em saúde precisam ser mais personalizados, aprofundando a compreensão sobre o significado do tabagismo (A5).

É importante que os programas proporcionem recursos que auxiliem o sujeito a lidar com as circunstâncias sociais, sem voltar a fumar (A5).

Enfermeiras têm grande oportunidade de acessar, orientar e seguir pacientes no processo de cessação do tabagismo (A5, A6, A8, A10, A12, A11, A13).

O quadro 14 relaciona as estratégias educativas descritas pelos autores (ou captadas pelo seu referencial teórico) e as classifica segundo as intersecções entre elementos da promoção da saúde e os modelos educacionais, conforme proposto por Oliveira (2007, p. 33) que “representa as possibilidades de promover a saúde e melhorar a qualidade de vida da população por meio de diferentes processos educativos”.

[illegible]

Nutbeam e Harris (2005) afirmam que os programas com maior tendência a ter sucesso são aqueles que se baseiam nos determinantes dos problemas de saúde, que consideram as necessidades, motivações e contexto, entendendo que o uso da teoria pode contribuir para adequar o problema e o programa.

Como era esperado, o modelo transteórico de estágios de mudança foi o mais adotado, tanto como princípio, quanto associado a protocolos ou a outras teorias e técnicas.

O modelo transteórico, a abordagem mínima (os 4 A), o modelo das crenças em saúde e o modelo social cognitivo (comportamental-cognitivo) na vertente da auto-eficácia incluem-se nas teorias de comportamento em saúde e de mudanças de comportamento em saúde, com foco no aspecto individual. Foram classificadas na tendência educativa tecnicista.

O modelo transteórico é um ponto de referência na cessação do tabagismo (Chaves, Mendonça, 2005; Nutbeam e Harris, 2004). Nutbeam e Harris assinalam que a sua forte tendência na psicologia comportamental pode não considerar as crenças e os contextos ambiental e cultural. No entanto, permite reconhecer que os indivíduos podem estar em diferentes estágios de mudança no decorrer do tempo.

As teorias sociais cognitivas são vistas como mais abrangentes, pois reconhecem a importância dos valores individuais, crenças e autoconfiança na determinação do comportamento em saúde. Este modelo coloca o profissional como um agente de mudança de cunho menos intervencionista do que no modelo transteórico. É considerada uma base teórica abrangente para os programas de cessação da saúde (Nutbeam e Harris, 2004).

O artigo A1 destaca que os modelos estruturados e *standard* propostos pelos protocolos podem impedir o acesso da população de baixa renda e critica o modelo transteórico por não contemplar a contextualização dos sujeitos.

O artigo A6 menciona o uso de três modelos de mudança de comportamento, entre eles a entrevista motivacional, como veículo de comunicação dos indivíduos em seu contexto (Kenford, Fiore, 2001).

A terapia narrativa (A1) ou as histórias tipificadas foram consideradas sob a tendência crítica, bem como a abordagem dialógica de Paulo Freire (A5). Abaixo, a definição de terapia narrativa:

“A terapia narrativa é uma nova abordagem para a terapia e para o trabalho comunitário. Ela coloca as pessoas como especialistas em suas próprias vidas, e vê os problemas como estando separados das pessoas. A terapia narrativa assume que as pessoas têm muitas habilidades, competências, crenças, valores, comprometerimentos e perícias, que as ajudarão a reduzir a influência dos problemas em suas vidas. A palavra ‘narrativa’ refere-se à ênfase que é colocada nas histórias das vidas das pessoas, e na diferença que pode ser feita a partir de um modo específico de contar e recontar estas histórias. A terapia narrativa envolve modos de entender as histórias de vida das pessoas, e modos de recuperar a autoria destas histórias, através da colaboração entre o terapeuta ou trabalhador comunitário, e as pessoas cujas vidas estejam sendo discutidas.”²¹

O artigo A5 coloca em questão o pressuposto de que um modelo de educação em saúde serviria para todos os tabagistas, indicando a necessidade de os programas serem mais centrados nos sujeitos, propondo o diálogo como amenizador das relações de poder. Enfatiza a necessidade de mover a abordagem educativa para o fumante da “transferência de informação para a troca de informação através da criação do diálogo” (p. 377).

Com relação ao método crítico da pedagogia de Paulo Freire, Oliveira (2007, citando Freire, Bordenave, Garote e Saviani, p. 31) destaca a pertinência da pedagogia crítica para abordar aspectos da realidade, uma vez que implicam a problematização e conseqüente interpretação dialética

²¹ Texto transcrito de entrevista: Perguntas mais Comuns sobre Terapia Narrativa, disponível no site do Instituto de Terapia de Família e Comunidade de Campinas [página da Internet]. Disponível em: <http://praticasnarrativas.familia.med.br/texto01.php>, acessado em março/ 2008.

dos fatores impostos pelos contextos de vida e determinados no espaço político, podendo oferecer ferramentas de superação.

5.4 CLASSIFICAÇÃO DOS ESTUDOS DA AMOSTRA BIBLIOGRÁFICA, SEGUNDO A DIMENSÃO PREDOMINANTE DAS CATEGORIAS PROPOSTAS PELA HOLOSFERA DE LABONTE (1994, 1993).

Com a finalidade de proporcionar reflexão sobre a categoria *empowerment* e os programas de intervenção de cessação do tabagismo, alocamos os artigos selecionados segundo a(s) dimensão(ões) predominante(s) na holosfera de Labonte:

FIGURA 4. Classificação dos estudos da amostra bibliográfica, segundo a dimensão predominante das categorias propostas pela holosfera de Labonte (1994, 1993).

Fonte: Labonte R. *Health promotion and empowerment: practice frameworks*. Toronto: Centre for Health Promotion / Participation, 1993, p. 60.

O artigo A1 enfoca a mudança de hábito (autocuidado) nos grupos, com tendência à organização comunitária pela abordagem crítica dos facilitadores.

Por avaliar a intervenção individual, os artigos A2 e A4 foram alocados na holosfera do autocuidado. Os estudos destacam as especificidades étnicas e apontam a possibilidade de organização comunitária e coalisão para reivindicação.

O artigo A3 traz o recorte do idoso e propõe abordagem individual, segundo as especificidades desta faixa etária. O artigo A6 relata a intervenção em pacientes com câncer de cabeça e pescoço, cuja abordagem foi individual. Ambos foram alocados em autocuidado.

O artigo A5 também avalia a abordagem do protocolo sueco para gestantes, que é individual (autocuidado). O estudo tem pressupostos teóricos de abordagem crítica e traz a possibilidade de ampliação para os contextos familiar e social.

O artigo A7 foca a intervenção individual (autocuidado), mas as pesquisas dos autores do estudo definiram o modelo de intervenção para gestantes como protocolo do estado do Texas, nos Estados Unidos (ação política). Não se identificou, no artigo, indício do envolvimento comunitário na construção dessa ação política, na perspectiva do *empowerment*.

O artigo A8 descreve uma intervenção desenhada sob a perspectiva da abordagem ecológica, com diversos recursos: visita domiciliar; acompanhamento por meio de telefonemas; pacote de recursos educativos; carta cumprimentando pelos resultados; linha telefônica de socorro; envolvimento do parceiro e da família; acesso fácil à informação, suporte e aconselhamento; referenciamento aos recursos da comunidade; nutricionista; enfermeira da comunidade; conselheiro e grupos de suporte; uso de camiseta ou mensagem alusiva à cessação do tabagismo. A intervenção foi alocada em autocuidado, com ampliação para o desenvolvimento grupal (família e profissionais de saúde) e o fortalecimento comunitário através da pesquisa-ação.

O artigo A9 aponta para o cuidado do parceiro tabagista de gestante, alocado, portanto, em autocuidado, com perspectiva de desenvolvimento grupal (família).

O artigo A10 foi alocado em autocuidado. Embora a discussão dos autores gire em torno das políticas sociais, etnia e gênero, o programa atua individualmente.

O artigo A11 avalia o aconselhamento feito em serviços públicos de cessação do tabagismo, conforme cada local, de abordagem individual. Os artigos A12 e A13 concentram a atenção na relação da obstetriz (ou enfermeira) com a gestante. Os três foram alocados em autocuidado. Além do autocuidado, o artigo A14 projeta a perspectiva de desenvolvimento grupal (família).

6 DISCUSSÃO

6.1 CONSIDERAÇÕES SOBRE O MÉTODO

A metassíntese qualitativa mostrou-se adequada aos objetivos propostos. Reuniu informações relevantes sobre o tema, quando comparada às evidências observadas na literatura (Chaves, Mendonça, 2005; Marques et al., 2001) e à prática profissional.

Possibilitou descobrir outras abordagens educativas de cessação do tabaco, além daquelas já conhecidas através dos protocolos da OMS - Organização Mundial de Saúde, e no Brasil, por meio do INCA - Instituto Nacional do Câncer, que trouxe diferentes práticas, algumas inovadoras, bem como a visão dos usuários destes programas.

O conjunto de temas, reunidos pela análise e interpretação dos resultados dos estudos selecionados, pode fornecer material para reflexão na elaboração de campanhas e serviços voltados à cessação do tabagismo.

Artigos de diferentes cenários, sujeitos e metodologias mostraram as contradições vivenciadas pelos usuários de programas de cessação do tabagismo, além dos programas e profissionais que atuam na área.

No contexto dos sujeitos, evidenciaram as contradições da determinação social do processo saúde-doença, mostrando que também os agravos advindos do tabagismo, e o próprio tabagismo, têm o recorte econômico, social, cultural, de gênero, etnia e de local de moradia.

O artigo A10 evidencia que enquanto o cenário de pobreza atrapalha qualquer intervenção, é justamente na população de baixas renda e escolaridade que se concentra o maior número de fumantes.

Questiona-se se o maior número de artigos com enfoque em enfermagem (seis de enfermeiros e quatro de obstetrizes) decorreu do fato de a busca ter sido concentrada na base CINAHL (com melhor desempenho) ou porque a enfermagem tem, de fato, alta produção de pesquisa qualitativa no campo da saúde.

A grande quantidade de citações de enfermeiros referenda a necessidade de se construir conhecimentos que instrumentalizem este profissional para reunir a sua produção de pesquisa qualitativa em sínteses interpretativas.

O exercício da metodologia proposta mostrou que esta é uma árdua empreitada que exige mais tempo e dedicação, quanto menor for a experiência do pesquisador, pois é necessário ter habilidade na busca em bases de dados eletrônicas, na seleção dos artigos e na construção analítica de integração de resultados.

O desenho e a operacionalização da metassíntese propriamente dita precisam de disponibilidade. É mais adequada a projetos em grupo (no qual um mesmo banco de dados pode oferecer material para pesquisar diversos aspectos de um mesmo tema, além de reunir *experts* para a validação dos resultados), que sejam financiados por agências de fomento à pesquisa, uma vez que esta envolve custos (para obter e copiar artigos, por exemplo).

Uma das principais dificuldades está no repertório teórico necessário ao reconhecimento de pesquisa qualitativa e à identificação das diversas metodologias, formas de análise e interpretação que estão sob esta nomenclatura. A agilidade de análise e tomada de decisão ocorre na medida em que se pratica a metodologia - esta é a melhor forma de aprender.

As bases de dados, com suas diferentes formas de interação com o usuário, podem dificultar e retardar o processo. Há pesquisas qualificadas como qualitativas, mas que são, na verdade, quantitativas; há também repetição de títulos. Embora este estudo não tenha sido conduzido por programas organizadores de citações (como o Endnote®), esta pode ser uma alternativa facilitadora. Na análise, os programas de transcrição de textos ou discursos (como os utilizados pelos autores, em alguns artigos) também podem auxiliar no tratamento dos dados.

Entende-se que esta foi uma primeira experiência. Pesquisadores mais experientes conseguem selecionar os artigos mais rapidamente. O sistema de busca sistemática de triagem e seleção por etapas (título, abstract, artigo na íntegra) proposto por Sandelowski (2003b) ajuda o pesquisador a se aproximar gradualmente deste conteúdo, que é denso, diminuindo o risco de equívocos, de eliminar ou incluir os artigos errados.

A validação da seleção e a avaliação de qualidade (aqui desenvolvida pelo roteiro CASP) realizada por pares e experts, que é

recomendada, embora não tenha sido viabilizada neste estudo, deve ser feita. Assim, uma perspectiva de continuidade deste trabalho estaria no envolvimento de outros pesquisadores para a validação do processo.

A interpretação feita através da análise de conteúdo foi adequada aos achados dos artigos e não dificultou a escolha e agrupamento dos temas, proporcionando algum diálogo entre os textos, embora seja possível aprofundar mais. Os resultados podem oferecer elementos para avaliar ou planejar ações do cuidar e ser cuidado, visando a cessação do tabagismo.

6.2 CONSIDERAÇÕES SOBRE OS ARTIGOS DA AMOSTRA BIBLIOGRÁFICA

Como a decisão para abandonar o tabagismo está centrada no indivíduo, é natural que todos os estudos indiquem a perspectiva do autocuidado quando alocados na holosfera de Labonte.

Porém, alguns artigos e intervenções indicam a perspectiva de organização grupal (etnia, classe social, família), comunitária (recursos locais, associações, profissionais da saúde) e de ação política.

Com relação ao *empowerment*, apenas o artigo A5 (com referências de Freire) faz menção direta a esse termo, contudo, observou-se que as intervenções A1 e A8 apontam iniciativas com potencial de *empowerment* do profissional e do usuário.

O autocuidado tem intensidades diferentes de fortalecimento dos sujeitos na perspectiva do *empowerment* e transita em diversos contextos de intervenção, que vão do comportamentalista ao crítico, usam uma teoria ou várias, atuam com mais ou menos recursos e privilegiam mais os sujeitos ou o método.

A visão manifesta dos sujeitos sobre os programas de intervenção e a relação profissional-paciente, bem como a classificação das abordagens educativas dos artigos e a alocação das intervenções na holosfera de Labonte, confirmam a hipótese de que os protocolos de tabagismo tendem a ter um caráter predominantemente informativo. As ampliações para os

contextos grupal e comunitário parecem estar relacionadas mais à perspectiva dos pressupostos teóricos gerados pela pesquisa, do que pelas intervenções descritas (exceto A1 e A5).

O autocuidado com a perspectiva de *empowerment* implica “serviços respeitosos” (Labonte, 1997) que considerem a autonomia, sejam sensíveis à cultura e compreendam os contextos psicossociais e socioambientais em que os sujeitos vivem os seus problemas. Embora grande parte das intervenções estudadas pareça estar aquém desta perspectiva, produzindo educação em saúde com tendência normativa, a maior parte dos artigos toca a questão dos contextos e alguns apontam para o fortalecimento sob o enfoque participativo.

Ao discutir as políticas oficiais brasileiras de educação em saúde, Gastaldo (2002) destaca que se esta visa as mudanças comportamentais, torna-se normativa - por trás está a noção de que alguém, além do indivíduo, conhece “o que é bom para todos”. Afirma que educação em saúde bem-sucedida é aquela que leva as pessoas a mudarem o seu comportamento, sem sentir tal mudança como imposição. Destaca que “participação pode tanto significar uma maior apropriação de poder como uma forma de controle” (p. 355), o que também é exercício de poder (Lefèvre e Lefèvre, 2004).

Destaca o *empowerment* como construção de poder, em que o enfoque participativo traz a idéia de co-responsabilidade pelo processo, no qual se atenuariam, pela participação, eventuais resistências (como defendem os autores do artigo A5). Enquanto os discursos de políticas de educação em saúde vêm se modificando pela inserção dos conceitos de promoção da saúde (definidos pela Organização Mundial de Saúde, com reflexo nas políticas e na educação em saúde do Brasil), a prática manteve-se a mesma (Gastaldo, 2002).

Gastaldo conclui que a educação em saúde, considerada, de modo geral, uma prática positiva, pode ser um espaço de promoção do poder dos pacientes (*empowerment*), uma vez que a informação dada (considerando contextos políticos, culturais e científicos) possibilita o exercício de autonomia e autogoverno. Sob esta perspectiva, a educação

em saúde, em sua dimensão política, torna-se um espaço de exercício da micropolítica da comunidade, permitindo fazer solicitações em cadeia para diferentes níveis de governo. Por outro lado, a educação em saúde pode ser um espaço de controle (devido ao olhar clínico sobre a população) e submissão, no qual o indivíduo assume situações alheias a si.

Na prática de serviços de educação em saúde, questiona-se que “serviços respeitosos” (Labonte, 1997) de cessação do tabagismo precisam ter seus pressupostos teóricos (inclusive os comportamentais, que já demonstraram sucesso) definidos, e seus protocolos organizados. Devem pautar-se pelo respeito aos indivíduos; ter recursos pessoais, técnicos, materiais, de equipamento e farmacológicos para proporcionar o fortalecimento emancipatório dos sujeitos e não a estrita dependência do fornecimento de medicamento ou outro recurso; ser flexíveis e adequados à cultura e contextos locais; dispor de profissionais tecnicamente capacitados e conscientes do seu papel estratégico, aptos a desenvolver abordagens participativas.

De acordo com Gastaldo (2002), as modificações no enfoque das políticas de educação em saúde deixam de se guiar pelas práticas tradicionais de administração da população para adotar as práticas participativas de enfoque construtivo (sob o poder disciplinador da promoção da saúde).

Assim, como estratégia aos fatores que impedem a cessação do tabagismo, propõe-se (A5) esforços para aumentar a auto-eficácia, em vez de apenas fornecer informações sobre o risco, e a adoção de modelos flexíveis de educação em saúde (A1) que sugiram mudança da “transferência de informação para a troca de informação”. Um salto do modelo persuasivo de orientação em comportamentos de saúde aprovados (envolvendo o risco da vitimização do indivíduo), para a real educação emancipatória proposta pelo *empowerment* na promoção da saúde, (Tones K., 2002, apud Abrahamsson et al., 2004, p. 376).

7 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Partindo do conhecimento gerado e validado pelo movimento de estudos baseados em evidências, os pesquisadores qualitativos vêm desenvolvendo uma abordagem metodológica mais aproximada das características multidisciplinares e multiteóricas da metassíntese qualitativa.

Esta pesquisa procurou conduzir a sua revisão fundamentada em artigos sobre a experiência prática na condução de metassíntese qualitativa (Sandelowski, 2003b).

Desenhar um estudo pela perspectiva da metassíntese qualitativa representou uma empreitada desafiadora e atraente, tanto pela necessidade de aprender o método, até então desconhecido, quanto pela própria natureza do recorte da pesquisa qualitativa, no qual o estudo é desenhado enquanto é conduzido (Sandelowski, Barroso, 2003).

A seqüência metodológica é descrita na medida em se descreve o método. As técnicas estão em desenvolvimento (Fleming, Briggs, 2006; Jones, 2004), e há uma tendência em denominá-las “integração de pesquisa qualitativa”, em vez de metassíntese, pois esta denominação destaca a interpretação única do autor da síntese sobre os achados de outros autores. (Thorne et al, 2004).

A metodologia aponta para a real possibilidade de se organizar análises e interpretações sobre resultados qualitativos, de modo a proporcionar maior visibilidade e impacto, que possam fornecer elementos para a tomada de decisão em saúde.

Sob esta perspectiva, a metassíntese apresenta-se como ferramenta a ser pesquisada no âmbito da enfermagem, visando aperfeiçoar a metodologia e validá-la. Também pela vasta produção de pesquisa qualitativa existente, com aspectos importantes do ofício de cuidar e de ser cuidado.

O tabagismo é um tema relevante e atual. A OMS e o INCA, no Brasil, têm enfatizado que os profissionais de saúde devem se instrumentalizar e desenvolver competências para auxiliar os indivíduos a abandonarem o tabagismo. Na enfermagem, muitas iniciativas ratificam a importância estratégica de a enfermeira incorporar a intervenção para a cessação do tabagismo na rotina diária da assistência.

Sobre os achados e a sua implicação na pesquisa e na prática de enfermagem, considera-se que há muitas técnicas que permeiam as mais variadas visões de mundo. Nenhuma teoria ou técnica pode deixar de se adequar aos profissionais, contextos políticos, sociais, culturais, econômicos, nem de considerar as crenças dos sujeitos, seus potenciais, defesas e recursos.

Aumentou-se a compreensão de temas relacionados ao papel da educação em saúde nos processos de cessação do tabagismo e o seu significado para os pacientes.

No convívio com usuários, a criação de vínculos saudáveis (não ligados à dependência da receita, do remédio, do leite, do encaminhamento ou do que quer que seja), a disponibilidade e a resolubilidade são capazes de contribuir com esta construção.

Qualquer processo educativo, cujo objetivo é o fortalecimento dos sujeitos, necessita de estrutura, planejamento, estratégias, recursos humanos e materiais.

As práticas educativas precisam acompanhar as mudanças estratégicas que já ocorrem na política de educação. A voz crítica dos usuários de tabaco e dos profissionais, revendo e avaliando os protocolos (que norteiam a política pública), realizando pesquisas que possibilitem ao fumante um caminho menos árduo, e colocando o seu saber em educação participativa em ação, tem potencial transformador.

A troca dialógica não está, exclusivamente, em aprender com os cenários e contextos dos sujeitos, mas sim em apreender, compreender e utilizar esta informação, de modo a iniciar processos facilitadores de mudança que favoreçam a decisão autônoma, na qual a ausculta não deve ser um gesto benevolente e desigual, porém, um ato deliberado e horizontal para um objetivo que pode incluir, entre outros, a cessação do tabagismo.

8 REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Abrahamsson A, Springett J, Karlsson L, Ottosson T. Making sense of the challenge of smoking cessation during pregnancy: a phenomenographic approach. *Health Educ Res.* 2005;20(3):367-78.

Bardin L. *Análise de conteúdo*. Lisboa: Edições 70; 1977: p.103-41.

Barroso J, Gollop CJ, Sandelowski M, Meynell, Pearce PF, Collins LJ. The Challenges of Searching for and Retrieving Qualitative Studies. *West J Nurs Res.* 2003;25(2):153-78.

Bedin N. *Agente Comunitário de Saúde e empoderamento: o caso da Coordenaria de Saúde da Lapa [tese]*. São Paulo (SP): Faculdade de Saúde Pública, Universidade de São Paulo; 2006.

Bertolozzi MR, Fracoli LA. A abordagem do processo saúde-doença das famílias e do coletivo. In: Ministério da Saúde (BR). *Programa Saúde da Família. Manual de enfermagem*. Brasília; 2001.

Brasil. Ministério da Saúde. Instituto Nacional de Câncer. Programa nacional de controle do tabagismo e outros fatores de risco de câncer: modelo lógico e avaliação [texto na Internet]. 2ª ed. Rio de Janeiro;2003. [citado 2008 abr. 17]. Disponível em: [http://www.inca.gov.br/tabagismo/frameset.asp?item=programa&link=%20programa de tabagismo.pdf](http://www.inca.gov.br/tabagismo/frameset.asp?item=programa&link=%20programa%20de%20tabagismo.pdf)

Brasil. Ministério da Saúde. Política Nacional de Promoção da Saúde [texto na Internet]. Brasília, DF; 2006. [citado 2008 abr. 17]. Disponível em: [http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/Politica_nacional %20saude nv.pdf](http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/Politica_nacional_%20saude_nv.pdf)

Brasil. Ministério da Saúde. Prevalência de tabagismo no Brasil: dados dos inquéritos epidemiológicos em capitais brasileiras [texto na Internet]. Rio de Janeiro;2004 [citado 2008 abr. 17]. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/tabaco_inquerito_nacional_070504.pdf

Brasil. Ministério da Saúde. *Promoção da saúde: Carta de Ottawa, Declaração de Adelaide, Sundsvall e Santa Fé de Bogotá*. Brasília (DF); 2001.

Breslow R A, Ross AS, Weed DL. Quality of reviews in epidemiology. *Am J Public Health.* 1998; 88(3): 475-7.

Buss PM. Promoção da saúde e qualidade de vida. *Ciênc Saúde Coletiva.* 2000;5(1):163-77.

Carvalho SR. Os múltiplos sentidos da categoria “empowerment” no projeto de Promoção à Saúde. *Cad Saúde Pública.* 2004;20(4):1088-95.

Castro AA, Saconato H, Guidugli F, Clark OAC. *Curso de revisão sistemática e metanálise [página na Internet]*. São Paulo: LED-DIS/UNIFESP; 2002.

[citado 2008 abr. 23] Disponível em:
<http://www.virtual.epm.br/cursos/metanalise>

Chalmers K, Gup-ton A, Katz A, Hack T, Ripstein EH, Brown J, McMillan D, Labossiere D, Mackay M, Pickerl C, Savard- Preston Y, St Vincent J, Morris HM, Cann B. The description and evaluation of a longitudinal pilot study of a smoking relapse/reduction intervention for perinatal women. *J Adv Nurs*. 2004;45 (2):162-171.

Chaves EC, Mendonça LGT. Uso e dependência do tabaco. In: Bensenor IJM, Tibério IF, Bernik M, Silva FM, Dórea EL, Lotufo PA, editores. *Medicina em ambulatório*. São Paulo: Sarvier; 2005. p. 62-72.

Chiesa AM. A equidade como princípio norteador da identificação de necessidades relativas ao controle dos agravos respiratórios na infância [tese]. São Paulo: Faculdade de Saúde Pública, Universidade de São Paulo; 1999.

Ciampone MHT. Tecnologias para a gestão do conhecimento: grupo operativo. *Mundo Saúde*. 2000; 24(5): 361-5.

Cochrane Qualitative Research Methods Group. Adelaide: University of Adelaide, Joanna Briggs Institute; 2008.[citado 2008 abr. 23] Available from: <http://www.joannabriggs.edu.au/cqrmg/about.html>

Cook DJ, Mulrow CD, Raynes RB. Systematic reviews: synthesis of best evidence for clinical decisions. *Ann Intern Med*. 1997;126(5):376-80.

Crawford M, Woodby L, Russell T, Windsor R. Using formative evaluation to improve a smoking cessation intervention for pregnant women. *Health Commun*. 2005;17(3):265-281.

D'Auria J, Barroso J, Sandelowski M. *Synthesizing Qualitative Research*. Chapel Hill: University of North Carolina at Chapel Hill School of Nursing; 2005. [citado 2008 abr. 23] Available from: <http://www.unc.edu/~msandelo/handbook/index.html>

Denzin NK, Lincoln YS. *Handbook of qualitative research*. Thousand Oaks: Sage Publications; 2000. p.1-28: Introduction.

Espíndola CR, Blay SL. Bulimia e transtorno da compulsão alimentar periódica: revisão sistemática e metassíntese. *Rev Psiquiatr Rio Gd Sul*. 2006;28(3):265-75.

Evans D, Pearsons A. Systematic reviews: gatekeepers of nursing knowledge. *J Clin Nurs*. 2001;10(4):593-9.

Evans D. Systematic reviews of nursing research. *Intensive Crit Care Nurs*. 2001;17(1):17:51–7.

Flemming K, Briggs M. Eletronic searching to locate qualitative research: evaluation of three strategies. *J Adv Nurs*. 2007;57(1):95-100.

Fontanella BJB, Ricas J, Turato ER. Amostragem por saturação em pesquisas qualitativas em saúde: contribuições teóricas. *Cad Saúde Pública*. 2008;24(1):17-27.

Fracolli LA, Zobolli ELCP. Descrição e análise do acolhimento: uma contribuição para o programa de saúde da família. *Rev Esc Enferm USP* 2004; 38(2):143-51.

Fu SS, Burgess D, van Ryn M, Hatsukami DK, Solomon J, Joseph AM. Views on smoking cessation methods in ethnic minority communities: a qualitative investigation. *Prev Med*. 2007;44(3):235-40.

Gastaldo D. É a educação em saúde saudável? Repensando a educação em saúde a través do conceito de bio-poder. In: Mercado FJ, Gastaldo D, Calderón C. Paradigmas e diseños de la investigación cualitativa en salud: una antologia iberoamericana. Guadalajara: Universidad de Guadalajara; 2002.

Green J, Britten N. Qualitative research and evidence based medicine. *BMJ*. 1998;316(7139):1230-2.

Greenhalgh T. Papers that summarise other papers (systematic review and meta-analyses). *BMJ* 1997;13(315):672-5.

Hart G, Rotem A. Using focus groups to identify clinical learning opportunities for registered nurses. *Aust J Adv Nurs*. 1990;8(1):16-20.

Heidmann ITSB, Almeida MCP, Boehs AE, Wosny AMW, Monticelli M. Promoção à saúde: trajetória histórica de suas concepções. *Texto Contexto Enferm*. 2006;15(2):352-8.

Jones ML. Aplication of systematic review methods to qualitative research: pratical issues. *J Adv Nurs*. 2004;48(3):271-8.

Kenford SL, Fiore MC. Promoting tobacco cessation and relapse prevention. *Med Clin N Am*. 2004;88(6):1553-74.

Kerr S, Watson H, Tolson D, Lough M, Brown M. Smoking cessation after the age of 65 years: a qualitative exploration of older current and former smokers' views on smoking, stopping smoking, and smoking cessation resources and services. *Health Soc Care Community*. 2006;14(6):572-82.

Labonte R. Health promotion and empowerment: practice frameworks. Toronto: Centre for Health Promotion/Participation; 1993.

Labonte R. Health promotion and empowerment: reflections on professional practice. *Health Educ Q*. 1994;21(2):253-68.

Lefèvre F, Lefèvre AMC. Saúde, empoderamento e triangulação. *Saúde Soc.* 2004;13(2):32-8.

Lendahls L, Öhman L, Liljestrand J, Håkansson A. Women's experiences of smoking during and after pregnancy as ascertained two to three years after birth. *Midwifery* . 2002;18(3):214-222.

Lima VLGP, Pelicioni MCF, Campos NZR, L'Abbate S. Health promotion, health education and social communication on health: specificities, interfaces, intersections. *Promot educ.* 2000;7(4):8-12.

Marques ACPR, Campana AAM, Gigliotti AP, Lourenço MTC, Laranjeira R. Consenso sobre o tratamento da dependência de nicotina. *Rev Bras de Psiquiatr.* 2001; 23(4):200-14.

McCurry N, Thompson K, Parahoo K, O'Doherty E, Doherty AM. Pregnant women's perception of the implementation of smoking cessation advice. *Health Educ J*, 2002;61(1):20-31.

Milton Keynes Primary Care Trust. Critical Appraisal Skills Programme (CASP): making sense of evidence. London: Oxford; 2002.

Minayo MCS. O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde. 8ª ed. São Paulo: Hucitec; 2004.

Moffatt J, Whip R. The struggle to quit: barriers and incentives to smoking cessation. *Health Educ J*. 2004;63(2):101-112.

National Institute of Nursing Research. Qualitative Metasynthesis Project [text on the Internet]. Chapel Hill: University of North Carolina at Chapel Hill School of Nursing; 2005. [cited 2008 Apr 23]. Available from: <http://www.unc.edu/~msandelo/qmp>

Nutbeam D, Harris E. Theory in a nutshell: a guide to health promotion theory. 2nd ed. North Ryde: McGraw – Hill; 2004.

Oliveira AAP. Análise documental do processo de capacitação dos multiplicadores do projeto "Nossas crianças: janelas de oportunidades" no município de São Paulo, à luz da promoção da saúde [dissertação]. São Paulo: Universidade de São Paulo; 2007.

Oliveira MD. As trajetórias dos autores e suas obras. In: Freire P, Pichon-Riviere E. O processo educativo segundo Paulo Freire e Pichon-Rivière. Petrópolis: Vozes; 1991.

Pereira ALF. As tendências pedagógicas e a prática educativa nas ciências da saúde. *Cad Saúde Pública.* 2003;19(5):1527-34.

Pletsch PK, Morgan S, Pieper AF. Context and beliefs about smoking and smoking cessation. *MCN Am J Matern Child Nurs.* 2003;28(5):320-5.

Pullon S, McLeod D, Benn C, Vickers A, White S, Cookson T, Dowell A, Green R; MEWS Study Team. Smoking cessation in New Zealand: education and resources for use by midwives for women who smoke during pregnancy. *Health Promot Int.* 2003;18(4):315-25.

Ritchie D, Schulz S, Bryce A. One size fits all? A process evaluation - the turn of the 'story' in smoking cessation. *Public Health.* 2007;121(5):341-8.

Sandbar Digital Library Project. A gateway to qualitative research findings on motherhood and stigma in HIV-positive women [text on the Internet]. Chapel Hill: University of North Carolina at Chapel Hill School of Nursing; 2005. [cited 2008 Apr 23]. Available from: <http://sonweb.unc.edu/sandbar/index.cfm>

Sandelowski M, Barroso J. Classifying the findings in qualitative studies. *Qual Health Res.* 2003c;13(7):905-23.

Sandelowski M, Barroso J. Toward a metasynthesis of qualitative findings on motherhood in HIV-positive women. *Res Nurs Health.* 2003a;26(2):153-70.

Sandelowski M, Barroso J. Writing the proposal for a qualitative research methodology project. *Qual Health Res.* 2003b;13(6):781-820.

Sandelowski M, Docherty S, Emden C. Focus on qualitative methods. Qualitative metasynthesis: issues and techniques. *Res Nurs Health.* 1997;20(4):65-371.

Sharp L, Tishelman C. Smoking cessation for patients with head and neck cancer: a qualitative study of patients' and nurses' experiences in a nurse-led intervention. *Cancer Nurs.* 2005;28(3):226-35.

Soares CB, Salum MJL. A instrumentalização da inteligência popular e a intervenção em Saúde Coletiva: documento pedagógico para os alunos da disciplina Enfermagem em Saúde Coletiva: fundamentação e prática. São Paulo: Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo; 1999.

Stotz EN, Araújo JWG. Promoção da saúde e cultura política: a reconstrução do consenso [editorial]. *Saúde Soc.* 2004;13(2):5-19.

Thorne S, Jensen L, Kearney MH, Noblit G e Sandelowski M. Qualitative metatynthesis: reflections on methodological orientation and ideological agenda. *Qual Health Res.* 2004;14(10):1342-65.

Tod AM. Barriers to smoking cessation in pregnancy: a qualitative study. *Br J Community Nurs.* 2003 Feb;8(2):56-64.

Triviños ANS. Introdução à pesquisa em ciências sociais: a pesquisa qualitativa em educação. São Paulo: Atlas; 1987.

Turato ER. Métodos qualitativos e quantitativos na área de saúde: definições, diferenças e seus objetos de pesquisa. *Rev Saúde Pública*. 2004;39(3):507-14.

Valoura LC. Paulo Freire, o educador brasileiro autor do termo Empoderamento, em seu sentido transformador. Programa Comunicarte de Residência Social [texto na Internet]. Rio de Janeiro: Fator Brasis; 2005/2006 [citado 2008 mar. 5]. Disponível em: http://www.fatorbrasis.org/arquivos/Paulo_Freire

Verdi M, Caponi S. Reflexões sobre a promoção da saúde numa perspectiva bioética. *Texto & Contexto Enferm*. 2005;14(1):82-8.

Wallerstein N. Empowerment education applied to youth. In: Matiella AC, editor. *The multicultural challenge in health education*. California: ETR Associates; 1994. p.153-76.

Wallerstein N. Powerlessness, empowerment and health: implications for Health Promotion Programs. *Am J Health Promot*. 1992; 6(3):197-205.

White M, Bush J, Kai J, Bhopal R, Rankin J. Quitting smoking and experience of smoking cessation interventions among UK Bangladeshi and Pakistani adults: the views of community members and health professionals. *J Epidemiol Community Health*. 2006; 60(5): 405-411.

Wong SSL, Wilczynski NL, Haynes RB. Optimal CINAHL search strategies for identifying therapy studies and review articles. *J Nurs Scholarsh*. 2006;38(2):194-9.

World Health Organization. Tobacco Free Initiative [online]. Genebra: WHO; 2008. [citado 2008 mar.20]. Available from: <http://www.who.int/topics/tobacco/en/>

Zimmer L. Qualitative meta-synthesis: a question of dialoging with texts. *J Adv Nurs*. 2006;53(3):311-8.

ANEXO 1 - Itens da documentação do processo de decisão (planilha Excel)

Itens da documentação	Observação
Nº de identificação	Número no histórico da busca+data da busca + número de entrada
PMID/ CINAHL NA/ LILACS ID	Número de identificação própria da base de dados
Periódico	Nome do periódico
Ano de publicação	-----
Volume/ número	-----
Título	-----
Autor	Autor principal
Título selecionado	Sim (S), Dúvida (D) ou Não (N)
Principal motivo título	Relatar o motivo, seja S, N ou D
Abstract lido	Sim, Não se aplica ou Não disponível
País dos autores	Dos artigos cujo abstract foi lido
Abstract selecionado	Sim (S), Dúvida (D) ou Não (N)
Motivo abstract	Relatar o motivo, seja S, N ou D
Artigo localizado	Sim, Não se aplica, Não disponível ou solicitado à biblioteca
Artigo selecionado	Sim (S), Dúvida (D) ou Não (N)
Motivo artigo	Relatar o motivo, seja S, N ou D
Seleção após segunda leitura	Sim (S), Dúvida (D) ou Não (N)
Motivo após segunda leitura	Relatar o motivo, seja S, N ou D
Motivo após terceira leitura	Relatar o motivo, seja S, N ou D
Confirmação final	Sim (S) ou Não (N)
Comentários	Observações que possam ser relevantes na consideração do artigo

ANEXO 2 - Instrumento de detalhamento da amostra bibliográfica²² - Artigo X

ARTIGO	TÍTULO
AUTOR (ES)	Disciplina
	Filiação Institucional
	Nome
PUBLICAÇÃO	Tipo (periódico, livro, dissertações, teses, anais)
	Ano/número:
	Local (país):
	Acesso pela internet:
MODO DE BUSCA	Especificar cada uma (bases de dados, lista de citações, comunicação pessoal)
	Qualificadores/ operadores booleanos
FONTE FINANCIADORA	
PROBLEMA DA PESQUISA/	
IMPORTÂNCIA	
FINALIDADE DA PESQUISA/QUESTÃO NORTEADORA	
REVISÃO DA LITERATURA	Tipo
	Area
PRESSUPOSTOS CONCEITUAIS	
ORIENTAÇÃO METODOLÓGICA (especificar com as citações fornecidas)	Ex - Naturalismo (Lincoln & Guba 1985) Fenomenologia Hermenêutica (van Manen, 1990) Teoria Construtivista (Charmaz, 1990)
POPULAÇÃO INVESTIGADA (amostra)	Tamanho
	Composição
FONTES/ MÉTODOS DE COLETA DE DADOS (especificar com as citações fornecidas)	Ex - Entrevista (narrativa, Mishler, 1986) Observação (participativa, Spradley, 1980) Documentos (diários) Artefatos (fotos)
TÉCNICAS DE ANÁLISE DE DADOS (especificar com as citações fornecidas)	Ex - Análise qualitativa de conteúdo (Altheide, 1987) Análise temática fenomenológica (van Manen, 1990) Análise comparativa (Strauss & Corbin, 1990)
TÉCNICAS DE GARANTIA DE	Ex - Auditoria

²² Guia de tópicos baseado no Guia de tópicos para estudos detalhados: Sandelowski, Barroso/ Writing the proposal for a qualitative research methodology project: Qualitative health research, vol13 nº6 julho, 2003 781-820

VALIDAÇÃO/CONFIABILIDADE	Revisão por pares Validação de membros (member validation) Contato prolongado com os participantes/ tempo de campo	
PRODUTO INTERPRETATIVO	Ex - Resumo informador/instrutivo Teoria ou outra produção conceitual Descrição fenomenológica Descrição etnográfica Manifestação visual (displays)	
PRINCIPAIS ACHADOS		
IMPORTÂNCIA DOS ACHADOS	Impacto para a pesquisa	
	Impacto para a prática	
FORMATO DO ESTUDO	Ex - Convencional (revisão de literatura separada do método, resultados separados da discussão) Outro (descrever: resultados prognosticados, dados mesclados à interpretação)	
INFORMAÇÕES ADICIONAIS		
CLASSIFICAÇÃO SEGUNDO O MODELO DA ESFERA DE “EMPOWERMENT PROPOSTA POR LABONTE” (predominante no artigo)	Autocuidado	
	Desenvolvimento de pequenos grupos	
	Organização comunitária	
	Construção de coalizão para reivindicação	
	Ação Política	
ABORDAGEM REFERENTE AO PROCESSO EDUCATIVO	Tipo/ Técnica/ aspectos considerados relevantes: orientação pedagógica ou aspectos referentes a educação e a relação entre profissionais e usuários	
LOCALIZAÇÃO DE ARTIGOS RELEVANTES PARA A AMOSTRA NAS REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	SIM (qual) ou NÃO	
OBSERVAÇÕES	Possíveis categorias de análise interpretativa dos dados referentes a aspectos da educação	
CLASSIFICAÇÃO DE QUALIDADE DO ESTUDO SEGUNDO OS CRITÉRIOS DO “CRITICAL APPRAISAL SKILLS PROGRAMME” (CASP)	PONTUAÇÃO	1 à 10
	CATEGORIA	A ou B

ANEXO 3 - Instrumento de detalhamento da amostra bibliográfica²³ - Artigo 1

ARTIGO 1	One size fits all? A process evaluation - the turn of the "story" in smoking cessation/ Tamanho único? Um processo avaliação - a vez da "história" na cessação do tabagismo
AUTOR (ES)	Disciplina: Enfermagem e Ciências Sociais
	Filiação Institucional: Deborah Ritchie: School of Health in Social Science, University of Edinburg ; Susanne Schulz: School of Health and Social Science, Queen Margareth University College, Edinburg;
	Anne Bryce: NHS Argyll and Clyde, Scotland, UK. Nome: Deborah Ritchie (enfermeira), Susanne Schulz(socióloga), Anne Bryce (especialista em promoção da saúde).
PUBLICAÇÃO	Periódico: Public Health
	Ano/ número: 2007. May;121(5):341-8.
	Local: Inglaterra
	Acesso pela internet: http://www.sciencedirect.com/science/journal/00333506
MODO DE BUSCA	MEDLINE via PubMed (PMID:17292931)
	Qualificadores: ("health promotion"[MeSH Terms]OR health promotion[Text Word])AND("tobacco use cessation"[MeSH Terms]OR tobacco use cessation[Text Word])AND("qualitative research"[MeSH Terms]OR qualitative research[Text Word])
FONTE FINANCIADORA	Projeto piloto da ASH Scotland, organização voluntária para campanhas e políticas eficazes na cessação do tabaco.
PROBLEMA DA PESQUISA	A avaliação da motivação e prontidão através do modelo transteórico (Prochaska JO, DiClemente CC, 1983) pode ser uma barreira para muitos fumantes. Fumantes, em especial aqueles definidos como não motivados a parar de fumar são excluídos dos programas de cessação do tabaco na Escócia, pois os protocolos de cessação do tabaco enfatizam a avaliação da prontidão individual para mudança e a definição de uma data para parar. Seus resultados indicam abstinência de 16% (quando associado à reposição de nicotina) comprovada por exames durante ao menos seis meses, o que significa que muitos fumantes não são capazes de parar. Este fato indica a necessidade de exploração de novos métodos. Os autores atribuem a baixa efetividade do protocolo ao uso não crítico do modelo transteórico, pois ignora-se outras influências no tabagismo além do comportamento, simplificando sua complexidade dentro do contexto cultural. Apesar disso, esta tem sido a abordagem dominante. "Smokey Joe" é um serviço de cessação do tabagismo que procura alcançar tabagistas de baixa renda, oferecendo livre acesso aos fumantes em qualquer estágio do processo de abandono do cigarro e que é popular nas comunidades.
IMPORTÂNCIA	Uma vez que os protocolos existentes não são totalmente adaptados para atenderem as necessidades de diferentes grupos ou culturas, bem como há poucos estudos sobre abordagens efetivas para trabalhadores de baixa renda e para fumantes altamente dependentes (que necessitam maior suporte), autores (Whitelaw S et al, 2000) exortam quanto à necessidade de se empreenderem estudos de caso qualitativos para se obter avaliações baseadas no processo das microanálises das práticas de cessação do cigarro, a fim de se explorar o que funciona e como funciona. Estudos que demonstram a importância do contexto das

²³ Guia de tópicos baseado no Guia de tópicos para estudos detalhados: Sandelowski, Barroso/ Writing the proposal for a qualitative research methodology project: Qualitative health research, vol13 nº6 julho, 2003 781-820

	<p>peessoas no comportamento para o tabagismo indicaram que o cenário diário das vidas das pessoas e as normas rigorosas da comunidade quanto ao cigarro podem facilitar uma cultura positiva, no entanto também podem constrianger e minar intervenções de cessação do fumo.</p>
FINALIDADE DA PESQUISA/QUESTÃO NORTEADORA	<p>Questão norteadora: explorar o significado cultural construindo sistemas de histórias de tabagismo compartilhadas individual e comunitariamente.</p> <p>Objetivos 1. Tornar explícitos os pressupostos que moldam a prática de grupos de cessação do tabagismo usando a terapia narrativa.</p> <p>2. Avaliar a percepção dos tabagistas quanto ao valor do método (efetividade da terapia narrativa e valor dos serviços flexíveis) para a sua tentativa de parar de fumar.</p>
REVISÃO DA LITERATURA	<p>Guias de cessação do tabagismo da Escócia, para profissionais de saúde, terapia de reposição de nicotina, modelo transteórico²⁴, revisões, críticas e avaliações sobre sua efetividade, experiência Inglesa (serviços flexíveis e acessíveis e tabagismo em populações de baixa renda), análise do discurso, pesquisa e terapia narrativa, promoção da saúde, "manual Smokey Joe da ASH Scotland" .</p>
PRESSUPOSTOS CONCEITUAIS	<p>1. Modelo transteórico de mudança de comportamento em saúde.²⁵ 2. Terapia Narrativa.²⁶</p> <p>3. Pesquisa de análise do discurso.²⁷</p>
ORIENTAÇÃO METODOLÓGICA	<p>Estudo exploratório.</p> <p>Análise narrativa: método de pesquisa que pode possibilitar a exploração de como a identidade é socialmente construída, utilizado como meio de penetrar na prática da promoção da saúde,²⁸ capturando e explicitando os pressupostos que moldam os grupos de cessação do tabagismo.</p>
POPULAÇÃO INVESTIGADA (amostra)	<p>Seleção intencional de onze entrevistados de uma amostra de sessenta e sete usuários dos serviços "Smokey Joe" de bairros de Edimburgo com as seguintes características: ao menos três usos do serviço durante seis meses consecutivos.</p>
FONTES/ MÉTODOS DE COLETA DE DADOS	<p>1. Observação de doze grupos de cessação de tabaco em comunidades de baixa renda durante seis semanas. 2. Cinco seções de discussão com o grupo facilitador para definir os pressupostos a serem considerados na abordagem. 3. Aplicação de entrevista a onze usuários dos serviços "Smokey Joe" com a seguinte característica: ao menos três usos do serviço durante seis meses consecutivos</p>
TÉCNICAS DE ANÁLISE DE DADOS	<p>As múltiplas narrativas dos grupos de cessação do tabagismo foram consideradas em seu conteúdo e contexto, na perspectiva da análise holística de conteúdo (Taylor S, 2001) e teve as seguintes etapas:</p> <p>1. Transcrição detalhada do discurso através do software QSR N6.</p> <p>2. Reflexão sobre os valores e posições dos analistas e coletores de dados sobre o tabagismo. 3. Imersão detalhada nos dados.</p> <p>4. Identificação das meta-narrativas recorrentes nas histórias dos grupos e nas histórias individuais de abandono do cigarro.</p>
TÉCNICAS DE GARANTIA	<p>Evidenciada através da forma de seleção da amostra, do uso de</p>

²⁴ Prochaska JO, DiClemente CC. Stages and processes of self-change on smoking: toward an integrative model of change. J Consult Clin Psychol 1983;51:390-5

²⁵ Prochaska JO, Verlicer WF. The transtheoretical model of health behaviour change. American Journal of Health Promotion. 1997;12:38-48.

²⁶ White M., Epston D. Narrative means to therapeutic ends. London, UK: W Norton & Co;1990.

²⁷ Taylor S. Evaluating and applying discourse analytic research. In: Wetherell M, Taylor S, Yates S, editors. Discourse as data: a guide for analysis. London, UK: Sage;2001.

²⁸ Labonte R, Feather J, Hills M. A story/ dialogue method for health promotion knowledge development and evaluation. Health Educ Res. 1999;14:39-50.

DE VALIDAÇÃO/ CONFIABILIDADE	ferramentas auxiliares para a análise dos resultados (o manual e a avaliação do próprio programa), reunião de consenso dos facilitadores para expor os pressupostos observados nas abordagens dos grupos de tabagismo, além das práticas utilizadas para análise dos dados.
PRODUTO INTERPRETATIVO	O artigo apresenta temas e discursos recorrentes através da meta-narrativa descritiva e informa que outra publicação contém a microanálise das sub-narrativas identificadas (Ritchie D, Schulz S, Bryce A, 2006).
PRINCIPAIS ACHADOS	Divididos em duas partes: 1. Efetividade, analisando a tabela com os níveis de consumo (originais e da época da pesquisa), índice sócio econômico (Scottish index of multiple deprivation) dos onze entrevistados, comparando-os aos resultados gerais da avaliação de 2003. 2. Percepção do serviço, com os subtemas: flexibilidade, grupos mistos (fumantes em diferentes estágios) e uso de histórias, com as meta narrativas correspondentes, tanto dos pesquisados quanto dos facilitadores.
IMPORTÂNCIA DOS ACHADOS	Implicações para a pesquisa: este estudo de caso ofereceu oportunidade de resposta ao chamado por pesquisa qualitativas que avaliem os processos das práticas de cessação do tabagismo. Implicações para a prática: Os resultados oferecem abordagens que podem superar as limitações dos atuais métodos de cessação do tabagismo apontadas no artigo através da incorporação do contexto, cultura e realidades das vidas das pessoas; do uso de histórias que localizem o processo de mudança na vida diária e no apoio que podem dar umas às outras, além do suporte por longo período de tempo.
FORMATO DO ESTUDO	Convencional (revisão de literatura separada do método, resultados separados da discussão).
INFORMAÇÕES ADICIONAIS	
CLASSIFICAÇÃO SEGUNDO O MODELO DA ESFERA DE “EMPOWERMENT PROPOSTA POR LABONTE” (predominante no artigo)	Desenvolvimento de pequenos grupos com tendência a organização comunitária pela abordagem crítica dos facilitadores.
ABORDAGEM REFERENTE AO PROCESSO EDUCATIVO	Tipo: Atendimento em grupo Técnica: Terapia Narrativa e a abordagem mínima: “Os 4 A: asking, advice, assist, arrange follow up (perguntar, aconselhar, ajudar e dar seguimento). Aspectos considerados relevantes: efetividade como sendo resultado estatisticamente mensurável do programa. Natureza aberta do programa evidenciada pela flexibilidade de encontros (fala do Peter p.345), de estágios variados para a mudança (grupo misto, fala de Rhona p.346), Autonomia dos sujeitos respeitada através de ambiente de confiança e não julgamento (p.345), consideração da cultura, classe social, contexto através da história narrativa (p.346).
LOCALIZAÇÃO DE ARTIGOS RELEVANTES PARA A AMOSTRA NAS REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	Não. A referência 24 já está no cadastro, é tipo “survey”. A referência 25 é um estudo sociológico sobre o comportamento dos tabagistas de baixa renda.
OBSERVAÇÕES (Possíveis categorias de análise interpretativa dos dados referentes a aspectos da educação)	PROCESSOS FACILITADORES da CESSAÇÃO DO TABAGISMO - PROGRAMA DE INTERVENÇÃO: natureza ABERTA do evidenciada pela FLEXIBILIDADE de encontros (fala do Peter p.345) GRUPO misto (Rhona p.346) RELAÇÃO PROFISSIONAL-PACIENTE: AUTONOMIA RESPEITADA, NÃO JULGAMENTO (p.345), CONFIANÇA; Como PRESSUPOSTO consideração da CULTURA, CLASSE SOCIAL, CONTEXTO (p.346). Quanto a ESTRATÉGIA DE ABORDAGEM

	RELATIVA AO PROCESSO EDUCATIVO: CRÍTICA (TERAPIA NARRATIVA) E TECNICISTA (“OS 4 A”).	
CLASSIFICAÇÃO DE QUALIDADE DO ESTUDO SEGUNDO OS CRITÉRIOS DO “CRITICAL APPRAISAL SKILLS PROGRAMME” (CASP) ²⁹	PONTUAÇÃO	8,25
	CATEGORIA	B

²⁹ Milton Keynes Primary Care Trust, 2002.

ANEXO 4 - Instrumento de detalhamento da amostra bibliográfica - Artigo 2

ARTIGO 2	Views on smoking cessation methods in ethnic minority communities: a qualitative investigation/ Visões sobre métodos de cessação do tabagismo em comunidades de minorias étnicas: uma investigação qualitativa.
AUTOR (ES)	Disciplina: Medicina
	Filiação Institucional: Dep. de Medicina Interna e de Psiquiatria e Medicina da Família da Universidade de Minnesota, EUA.
	Nomes: Fu SS, Burgess D, van Ryn M, Hatsukami DK, Solomon J, Joseph AM.
PUBLICAÇÃO	Periódico: Preventive Medicine.
	Ano/número: 2007;Mar;44(3):235-40.
	Local: EUA da América
MODO DE BUSCA	MEDLINE via PubMed (PMID:17175016)

	<p>(((((QUALITATIVE[All Fields] AND ("methods"[TIAB] NOT Medline[SB]) OR "methods"[MeSH Terms] OR METHOD[Text Word])) AND ("1997/08/22"[PDat] : "2007/08/19"[PDat] AND "humans"[MeSH Terms] AND "adult"[MeSH Terms])) OR ((qualitative method[All Fields] OR qualitative methodologies[All Fields] OR qualitative methodologists[All Fields] OR qualitative methodology[All Fields] OR qualitative methods[All Fields]) AND ("1997/08/22"[PDat] : "2007/08/19"[PDat] AND "humans"[MeSH Terms] AND "adult"[MeSH Terms])) OR ((qualitative studies[All Fields] OR qualitative study[All Fields]) AND ("1997/08/22"[PDat] : "2007/08/19"[PDat] AND "humans"[MeSH Terms] AND "adult"[MeSH Terms])) OR ((purposive sample[All Fields] OR purposive samples[All Fields] OR purposive sampling[All Fields]) AND ("1997/08/22"[PDat] : "2007/08/19"[PDat] AND "humans"[MeSH Terms] AND "adult"[MeSH Terms])) OR ("CONSTANT COMPARATIVE"[All Fields] AND ("1997/08/22"[PDat] : "2007/08/19"[PDat] AND "humans"[MeSH Terms] AND "adult"[MeSH Terms])) OR ((QUALITATIVE[All Fields] AND ("diagnosis"[Subheading] OR ("diagnosis"[TIAB] NOT Medline[SB]) OR "diagnosis"[MeSH Terms] OR FINDINGS[Text Word]) AND ("interview"[Publication Type] OR "interviews"[MeSH Terms] OR "interview"[Text Word])) AND ("1997/08/22"[PDat] : "2007/08/19"[PDat] AND "humans"[MeSH Terms] AND "adult"[MeSH Terms])) OR ("nursing methodology research"[MeSH Terms] OR NURSING METHODOLOGY RESEARCH[Text Word] AND ("1997/08/22"[PDat] : "2007/08/19"[PDat] AND "humans"[MeSH Terms] AND "adult"[MeSH Terms])) OR ((theoretical sample[All Fields] OR theoretical sampling[All Fields]) AND ("1997/08/22"[PDat] : "2007/08/19"[PDat] AND "humans"[MeSH Terms] AND "adult"[MeSH Terms])) OR ((phenomenol[All Fields] OR phenomenological[All Fields] OR phenomenologic[All Fields] OR phenomenologic/hermeneutic[All Fields] OR phenomenological[All Fields] OR phenomenological/hermeneutical[All Fields] OR phenomenological/mechanistic[All Fields] OR phenomenological/psychoanalytic[All Fields] OR phenomenological'[All Fields] OR phenomenologicalframework[All Fields] OR phenomenologically[All Fields] OR phenomenologico[All Fields] OR phenomenologie[All Fields] OR phenomenologies[All Fields] OR phenomenologique[All Fields] OR phenomenologiques[All Fields] OR phenomenologische[All Fields] OR phenomenologischer[All Fields] OR phenomenologist[All Fields] OR phenomenologists[All Fields] OR phenomenologists'[All Fields] OR phenomenology[All Fields] OR phenomenology/epidemiology[All Fields] OR phenomenology/hermeneutics[All Fields] OR phenomenology'[All Fields] OR phenomenology's[All Fields]) AND ("1997/08/22"[PDat] : "2007/08/19"[PDat] AND "humans"[MeSH Terms] AND "adult"[MeSH Terms])) OR ((("focus groups"[MeSH Terms] OR FOCUS GROUPS[Text Word]) AND ("1997/08/22"[PDat] : "2007/08/19"[PDat] AND "humans"[MeSH Terms] AND "adult"[MeSH Terms])) AND ((("tobacco use cessation"[MeSH Terms] OR TOBACCO USE CESSATION[Text Word]) AND ("1997/08/22"[PDat] : "2007/08/19"[PDat] AND "humans"[MeSH Terms] AND "adult"[MeSH Terms])) OR ((("smoking cessation"[MeSH Terms] OR SMOKING CESSATION[Text Word]) AND ("1997/08/22"[PDat] : "2007/08/19"[PDat] AND "humans"[MeSH Terms] AND "adult"[MeSH Terms])) AND ((("health education"[MeSH Terms] OR "popular works"[Publication Type] OR "health education"[Text Word]) AND ("1997/08/22"[PDat] : "2007/08/19"[PDat] AND "humans"[MeSH Terms] AND "adult"[MeSH Terms])) AND ("1997/08/22"[PDat] : "2007/08/19"[PDat] AND "humans"[MeSH Terms] AND "adult"[MeSH Terms]) AND ("1997/08/22"[PDat] : "2007/08/19"[PDat] AND "humans"[MeSH Terms] AND (English[lang] OR French[lang] OR Spanish[lang] OR Portuguese[lang]) AND "adult"[MeSH Terms])</p>
FONTE FINANCIADORA	Clear Way SM Minnesota Research Program
PROBLEMA DA PESQUISA	O tabagismo afeta as populações etnicamente minoritárias nos EUA. Estas experimentam maiores dificuldades em parar de fumar. A maior

	causa está na baixa probabilidade destes grupos receberem orientação médica para pararem de fumar, além de tratamento baseado em protocolos recomendados, incluindo aconselhamento e farmacoterapia. Embora seja evidente a necessidade de melhorar o atendimento a essas populações, há poucas evidências em qual deve ser a intervenção culturalmente apropriada, por exemplo, quais são os tipos de tratamentos (comportamentais e farmacológicos) que são mais aceitos por tabagistas da minoria étnica neste artigo, refere-se aos Índios Americanos, aos Vietnamitas, Afros Americanos e Hmong. ³⁰ Os pesquisadores conduziram uma investigação qualitativa para melhor compreender o tabagismo nestes grupos.
IMPORTÂNCIA	Recomendações atuais no sentido de se melhorar as perspectivas do tratamento das minorias étnicas destacaram a importância de se considerar estas perspectivas através de um contexto mais amplo e empírico que incorpora fatores ambientais e sociais e levam em conta a significância do tabagismo nestes grupos.
FINALIDADE DA PESQUISA/QUESTÃO NORTEADORA	Aumentar a compreensão sobre as experiências e crenças de tabagistas pertencentes às quatro comunidades étnicas (Índios Americanos, aos Vietnamitas, Afro Americanos e Hmong) sobre os diferentes tipos de protocolos recomendados de tratamentos de cessação do tabagismo.
REVISÃO DA LITERATURA	Perfil e comportamento do usuário de medicação para a cessação do tabagismo segundo características étnico-culturais; seu acesso a serviços de saúde relacionados às etnias; avaliação da qualidade dos serviços de saúde para as minorias americanas; análise das disparidades entre diferentes etnias das doenças tabaco-relacionadas; intervenções para a cessação do tabagismo; perfil do uso de cigarro nas etnias citadas no artigo, epidemiologia do uso do tabaco nos EUA; investigação qualitativa sobre o uso de cigarro pelos jovens; pesquisa qualitativa; grupos focais; relação entre racismo e desconfiança do médico na assistência à saúde; cultura e suas implicações na cognição; emoção e motivação; mensuração da aculturação em populações etnicamente minoritárias; cessação do tabagismo com e sem assistência.
PRESSUPOSTOS CONCEITUAIS	1. Grupo focal. ³¹ 2. Pesquisa qualitativa. ³²
ORIENTAÇÃO METODOLÓGICA	Estudo exploratório de abordagem qualitativa utilizando a técnica de grupo focal, justificada por capturar a interação social e crenças compartilhadas entre os membros de minorias étnicas.
POPULAÇÃO INVESTIGADA (amostra)	95 pessoas: cinco grupos focais com afro americanos (26 pessoas), seis grupos de indígenas americanos (26 pessoas), cinco grupos de sul asiáticos (18 hmong e 25 vietnamitas). Os participantes foram convocados a partir de sete comunidades étnicas.
FONTES/ MÉTODOS DE COLETA DE DADOS	Condução de 16 grupos focais (separados por etnia, gênero e padrão de consumo de cigarro), em inglês ou no idioma de origem dos participantes. As seções tiveram cerca de noventa minutos de duração e foram gravadas. As reuniões se basearam em um guia de nove itens desenvolvido pelos pesquisadores e que cobria três domínios: tabagismo, cessação do tabagismo e auxílio para parar de fumar, que

³⁰ Hmong: grupo étnico originário das montanhas do sul da China, Vietnam, Laos e Tailândia que emigrou maciçamente para os EUA nos anos 70 durante a guerra civil. Fonte: "WordNet - a lexical database for the English language" disponível em: <http://wordnet.princeton.edu/perl/webwn?s=hmong>, acessado em 15 de março de 2008.

³¹ Knodel J. The design and analysis of focus group studies: a practical approach In: Successful focus groups: advancing the state of the art. 1993; Newbury Park, CA: Sage, p 35-50.

³² Patton MQ. Qualitative research and evaluation methods. 2002; Thousand Oaks, CA: Sage, p.431-540.

	eram abordados na reunião sob a forma de questões abertas.
TÉCNICAS DE ANÁLISE DE DADOS	A análise dos dados seguiu as seguintes etapas: transcrição de cada fita com checagem de acurácia, com o cuidado de preparar as transcrições em inglês de outro idioma com o próprio moderador bilíngüe. Revisão independente das transcrições por três pessoas, com a codificação dos temas maiores e atribuição de significados do material narrativo. Utilização de um software (Atlas.ti versão 5.0) para codificar os temas. Obtenção de consenso através de discussões. Por fim os padrões mais gerais surgiram através da agregação de subtemas às unidades temáticas maiores. A interpretação resultou da busca dos maiores achados do estudo.
TÉCNICAS DE GARANTIA DE VALIDAÇÃO/ CONFIABILIDADE	Três revisores independentes sendo que o tradutor das gravações era o próprio moderador bilíngüe e obtenção do consenso.
PRODUTO INTERPRETATIVO	O artigo apresenta os resultados através dos temas-chave referentes às recomendações específicas dos protocolos de cessação do tabagismo. Não foram encontradas diferenças significativas entre tabagistas e ex-tabagistas, mas houve diferença entre gêneros, com relação a aconselhamento para parar de fumar e o papel dos médicos. Os temas são: visão do aconselhamento, o papel do médico, visão da farmacoterapia (falta de conhecimento, preocupação sobre os efeitos, desconfiança quanto a efetividade, custo como obstáculo, receptividade quanto ao uso da farmacoterapia). Os discursos característicos foram colocados em um quadro, dividido nos temas principais.
PRINCIPAIS ACHADOS	<p>1. Visão do aconselhamento: melhor aceito por mulheres; entre homens incitou reação como uma relação hierárquica de poder com uma "pessoa branca" (p.236) ou como "coisa para americano".</p> <p>2. O papel do médico: uma visão de que cigarro não é doença (p.236) e negatividade sobre o médico (p.237) como pessoa que recebe vantagens por receitar medicamentos e com pouca crítica, por outro lado, há relatos de suporte médico e de sua capacidade de explicar sobre efeitos da medicação, confiabilidade e atitudes positivas, embora pensem que algumas pessoas não conhecem a possibilidade do médico aconselhar sobre tabaco.</p> <p>3. Visão da farmacoterapia: poucos usaram e pareciam mal informados sobre os benefícios, tendo muitas informações que pareciam ter vindo de parentes, amigos. (falta de conhecimento, preocupação sobre os efeitos, desconfiança quanto à efetividade, custo como obstáculo, receptividade quanto ao uso da farmacoterapia).</p>
IMPORTÂNCIA DOS ACHADOS	<p>Implicações para a pesquisa: os resultados aumentam nossa compreensão sobre as crenças dos membros das minorias étnicas e experiências com os protocolos de cessação do tabagismo, sendo de ajuda para preencher o conhecimento dos autores sobre caminhos para incrementar a utilização de tratamentos baseados em evidências e eliminar as disparidades de acesso e utilização destes tratamentos entre as populações etnicamente minoritárias.</p> <p>Implicações para a prática: os resultados mostram a importância e necessidade de estratégias variadas para superar as barreiras que emergiram do estudo, particularmente àqueles relacionados ao envolvimento do médico, o que indicaria a necessidade de se criarem alternativas e melhorar a comunicação, entre as sugestões o uso de testemunhos pessoais de pessoas da mesma etnia.</p>
FORMATO DO ESTUDO	Convencional (revisão de literatura separada do método, resultados separados da discussão)
INFORMAÇÕES ADICIONAIS	
CLASSIFICAÇÃO SEGUNDO O MODELO DA ESFERA DE	Autocuidado.

“EMPOWERMENT PROPOSTA POR LABONTE” (predominante no artigo)		
ABORDAGEM REFERENTE AO PROCESSO EDUCATIVO	Tipo: individual.	
	Técnica: Aconselhamento realizado conforme os protocolos americanos de cessação do tabagismo, que inclui abordagem, aconselhamento, terapia cognitiva e ajuda medicamentosa.	
	1. GÊNERO: aconselhamento aceito por mulheres; entre homens reação à relação de PODER com "pessoa branca"(p.236) ou "coisa para americano". 2. O papel do médico: TABAGISMO NÃO É DOENÇA (p.236) e NEGATIVIDADE sobre o médico (p.237) QUE recebe vantagens tem pouca crítica. TAMBÉM há SUPORTE MÉDICO CONFIABILIDADE e ATITUDES POSITIVAS, embora haja DESCONHECIMENTO de que o médico possa aconselhar sobre tabaco. 3. Visão da farmacoterapia: POUCOS usaram e pareciam MAL INFORMADOS sobre os benefícios, tendo muitas informações que pareciam ter vindo de PARENTES, AMIGOS. (falta de conhecimento, preocupação sobre os efeitos, desconfiança quanto a efetividade, custo como obstáculo, pouca receptividade quanto ao uso da farmacoterapia).	
LOCALIZAÇÃO DE ARTIGOS RELEVANTES PARA A AMOSTRA NAS REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	1. Fu SS et al. "Cigarette smoking among chinese americans and the influence of linguistic acculturation". Nicotine tobacco research. 2003;5:803-811, artigo cadastrado que não entrou na amostra (pois não é pesquisa qualitativa).	
OBSERVAÇÕES (Possíveis categorias de análise interpretativa dos dados referentes a aspectos da educação)	1. PROCESSOS FACILITADORES DA CESSAÇÃO DO TABAGISMO - Quanto a RELAÇÃO PROFISSIONAL-PACIENTE: SUPORTE, CONFIABILIDADE e ATITUDES POSITIVAS. Quanto a GÊNERO: FEMININO aceita melhor o aconselhamento. 2. PROCESSOS DIFICULTADORES DA CESSAÇÃO DO TABAGISMO - Quanto a RELAÇÃO PROFISSIONAL-PACIENTE: PODER RACIAL E CULTURAL, NEGATIVIDADE sobre as intenções do profissional. GÊNERO MASCULINO aceita menos o aconselhamento. CRENÇAS: NO MÉDICO/ tabagismo NÃO VISTO COMO DOENÇA (p.236). INFORMAÇÃO: DESCONHECIMENTO sobre a existência de aconselhamento médico. FARMACOTERAPIA: USO por poucos, BENEFÍCIO não reconhecido, CUSTO visto como obstáculo, impressões sobre o uso, EFEITOS geram preocupação. IMPRESSÕES baseadas em parentes e amigos. 3. ESTRATÉGIA DE ABORDAGEM RELATIVA AO PROCESSO EDUCATIVO: TECNICISTA, PROTOCOLO DE INTERVENÇÃO DOS EUA (abordagem, aconselhamento, terapia cognitiva e ajuda medicamentosa).	
CLASSIFICAÇÃO DE QUALIDADE DO ESTUDO SEGUNDO OS CRITÉRIOS DO “CRITICAL APPRAISAL SKILLS PROGRAMME” (CASP) ³³	PONTUAÇÃO	9
	CATEGORIA	A

³³ Milton Keynes Primary Care Trust, 2002.

ANEXO 5 - Instrumento de detalhamento da amostra bibliográfica ³⁴ - Artigo 3

ARTIGO 3	Smoking cessation after the age of 65 years: a qualitative exploration of older current and former smokers' views on smoking, stopping smoking, and smoking cessation resources and services/ Abandono do cigarro após a idade de 65 anos: uma exploração qualitativa dos pontos de vista de idosos fumantes atuais e ex-fumantes sobre fumar e os recursos e serviços de cessação do tabagismo..
AUTOR (ES)	<p>Disciplina: Enfermagem</p> <p>Filiação Institucional: Susan Kerr, Hazel Watson, Debbie Tolson: School of Nursing, Midwifery and Community Health, Glasgow Calendonian University. Murray Lough: NHS Education Scotland.</p> <p>Malcolm Brown: Greater Glasgow NHS Board- Primary Care Division, Glasgow, UK</p> <p>Nomes: Susan Kerr, Hazel Watson, Debbie Tolson, Murray Lough, Malcolm Brown</p>
PUBLICAÇÃO	<p>Periódico: Health & social care in the community.</p> <p>Ano/número: 2006;Nov;14(6):572-82.</p> <p>Local: Inglaterra</p> <p>Acesso pela internet: http://web.ebscohost.com/ehost/pdf</p>
MODO DE BUSCA	<p>MEDLINE via PubMed (PMID:17059499)</p> <p>Qualificadores/ operadores booleanos:</p> <p>qualitative research and primary care and smoking cessation</p>
FONTE FINANCIADORA	Partnership Action on Tobacco Research (PATH), que é parte do "Action on Smoking and Health (ASH) Scotland" (organização voluntária para campanhas e políticas eficazes na cessação do tabaco).
PROBLEMA DA PESQUISA	<p>No Reino Unido os idosos são considerados um grupo prioritário (são 16% da população, sendo que 15% dos adultos idosos fumam) para intervenção em tabagismo. Entre os problemas do tabagismo no idoso estão: aumento de risco de morte prematura, doenças que afetam a qualidade de vida, tais como câncer, doença cardíaca, problemas respiratórios e circulatórios, infarto e declínio cognitivo.</p> <p>O cigarro também reduz a efetividade dos medicamentos normalmente receitados para os idosos (artrite, hipertensão e diabetes). Finalmente os adultos idosos também têm maior risco que os jovens de se envolverem em acidentes domésticos envolvendo incêndios. Os profissionais de saúde devem estar atentos a algumas características dos tabagistas mais velhos uma vez que isto pode influenciar a sua habilidade e vontade de parar de fumar: a maior parte dos idosos começou a fumar quando isto era considerado elegante e antes das consequências do tabagismo serem conhecidas; são tabagistas mais severos que os jovens, fumam há mais tempo, tem menos atividades e estão mais isolados. A intenção era reunir dados para auxiliar a prática das equipes que atuam junto aos idosos. Este estudo é parte de um projeto mais amplo que visa auxiliar no desenvolvimento de intervenções educativas baseadas em evidências para instrumentalizar os membros de equipes de saúde na atenção primária.</p>
IMPORTÂNCIA	Há escassez de pesquisas de faixa etária relacionada à cessação do tabagismo para orientar a prática. Há uma crescente evidência na melhora da saúde e na redução da mortalidade entre os que param de fumar após os 65 anos bem como na redução da doença pulmonar

³⁴ Guia de tópicos baseado no Guia de tópicos para estudos detalhados: Sandelowski, Barroso/ Writing the proposal for a qualitative research methodology project: Qualitative health research, vol13 nº6 julho, 2003 781-820

	obstrutiva crônica. Com o aumento da expectativa de vida, a menos que estratégias efetivas de promoção da saúde sejam executadas, o número de fumantes nesta faixa etária tende a aumentar.
FINALIDADE DA PESQUISA/QUESTÃO NORTEADORA	O objetivo deste estudo foi explorar a visão dos idosos tabagistas e ex-tabagistas tardios sobre tabagismo e cessação do tabagismo na idade avançada, além de explorar a visão dos idosos sobre os serviços e recursos de cessação do tabagismo.
REVISÃO DA LITERATURA	Teoria comportamental cognitiva (auto-eficácia), modelo teórico das crenças em saúde, pesquisa qualitativa, modelo transteórico de estágios de mudança, teste de Fargerström de dependência de nicotina, ³⁵ protocolos de cessação do tabagismo (inglês, escocês), epidemiologia relacionada ao tabagismo, perfil, contexto cultura, intervenções e benefícios na cessação do tabagismo nos idosos, avaliação de comportamentos em saúde, farmacocinética da nicotina em idosos, práticas de promoção da saúde, terapia de reposição de nicotina, estatísticas de acidentes com fogo (incêndios e risco de incêndios), assistência de enfermagem ao idoso na Escócia.
PRESSUPOSTOS CONCEITUAIS	1. Teoria comportamental cognitiva: com o conceito da auto-eficácia, que diz respeito à crença de um indivíduo, indicando que para uma determinada mudança de comportamento ter lugar o indivíduo deve sentir-se ameaçado pelo atual comportamento, ter um incentivo para a mudança, acreditar que a mudança teria poucas consequências adversas e sentir-se competente para realizar as modificações ³⁶ . 2. Modelo teórico das crenças em saúde ³⁷ : este modelo sugere que se a pessoa muda ou não o seu comportamento (como parar de fumar) isto é influenciado por uma avaliação dos benefícios comparados e mensurados em relação aos custos (dados do próprio artigo). 3. Pesquisa qualitativa ³⁸ . 4. Modelo transteórico de estágios de mudança ³⁹ . 5. Análise de conteúdo ⁴⁰ .
ORIENTAÇÃO METODOLÓGICA	Estudo exploratório de abordagem qualitativa (visando descrever e compreender as crenças em saúde dos participantes) que utilizou o modelo conceitual das crenças em saúde (health belief) como norteador da pesquisa. Dados analisados através da análise de conteúdo.
POPULAÇÃO INVESTIGADA (amostra)	20 tabagistas com mais de 65 anos e 20 ex-tabagistas que pararam de fumar após os 65 anos (amostra intencional para obter informações dos ex-tabagistas sobre sua visão de parar) foram recrutados através de seus médicos e em um fórum para idosos na Escócia.
FONTES/ MÉTODOS DE COLETA DE DADOS	Os dados foram coletados através de entrevista semi-estruturada elaborada para este estudo. O teste de Fargerström foi usado para determinar o nível de dependência dos fumantes. Os participantes foram entrevistados de modo variado: individual (10), em duplas (3) e um grupo focal. A idéia era a condução de grupos focais, mas houve rejeição por parte dos entrevistados que levou a mudança de estratégia dos pesquisadores. As entrevistas foram gravadas e transcritas.

³⁵ Heatherton TF, Kozlowski LT, Frecker RC, Fargerström K. The Fargerström test for nicotine dependence: a revision of the Fargerström tolerance Questionnaire. *British Journal of addiction* 86, 1119-1127.

³⁶ Bandura, A. *Social Foundations of thought and action: A social cognitive theory*. 1986; Englewood Cliffs, NJ: Prentice Hall.

Bandura, A. Self-efficacy: towards a unifying theory of behaviour change. *Psychological Review*. 1977;84:191-215.

³⁷ Becker MH. *The Health Belief Model and Personal Behavior*. 1974; Thorofane, NJ: Slack.

³⁸ Morse J, Field PA. *Nursing research: The application of qualitative approaches*. 1998; London: Chapman and Hall.

³⁹ Prochaska JO, Di Clemente CC. Stages of changes in the modification of problem behaviours. In: Herson M, Eisler R, Miller PM, eds. *Progress in Behavior Modification*. Sycamore, Illinois: Sycamore Press; 1992. p.183-218.

⁴⁰ Clifford C. *Qualitative research methodology in nursing and healthcare*. 1997; Edimburgh: Churchill Livingstone.

TÉCNICAS DE ANÁLISE DE DADOS	Os dados foram analisados através da análise de conteúdo com as seguintes etapas: gravação das entrevistas, leitura das transcrições, devolução aos participantes para eventuais alterações, separação das transcrições pelas questões levantadas na entrevista, e por fim a análise de conteúdo com a categorização/agrupamento das respostas à cada questão com um resumo escrito com o conteúdo detalhado das respostas numericamente determinado conforme similaridade.
TÉCNICAS DE GARANTIA DE VALIDAÇÃO/ CONFIABILIDADE	Os participantes conferiram as transcrições para confirmação; A análise de conteúdo foi feita pela primeira autora e validada por revisão da segunda autora.
PRODUTO INTERPRETATIVO	Os temas abordados nas entrevistas são apresentados em duas figuras (sumário da discussão com os fumantes e com os ex-fumantes). Os resultados são divididos em: 1. Fumantes: dados demográficos, razões para continuarem a fumar (custos de mudar o comportamento), efeitos do tabagismo na saúde (inclui benefícios potenciais de mudar o comportamento), outros efeitos negativos de fumar (benefícios potenciais na mudança de comportamento), tentativas anteriores de parar de fumar (nível de auto-eficácia) contato com as equipes de atenção primária à saúde (gatilho "cue"= potencial de ação), conhecimento de serviços de suporte. 2. Ex-fumantes: dados demográficos, métodos usados para parar, ajuda/suporte dos profissionais de saúde, benefícios em parar de fumar, efeitos negativos de haver parado de fumar (custos associados à mudança de comportamento). Discussão. Os temas relacionados às crenças em saúde e "gatilhos" para a ação são também listados em um quadro.
PRINCIPAIS ACHADOS	Com relação aos fumantes, há associações positivas com o tabagismo (p.575 discurso P06) redução do stress, relaxamento, diversão, vício, hábito, aborrecimentos, que podem dificultar a tentativa de cessação. A maioria conhece que o cigarro prejudicou a saúde, no entanto alguns não estão convencidos desta associação, com o discurso "o mal já está feito" (p.577 P12) ou relacionando os problemas de saúde à idade e não ao cigarro (p.576 P02). Os fatores negativos associados ao cigarro que emergiram foram os custos (p.576 P03), o fato de cada vez mais o cigarro ser socialmente inaceitável, o odor associado ao tabaco. Enquanto alguns profissionais são tidos como tendo oferecido bom suporte (p.577 P11), outros ajudaram pouco no processo de cessação (p.577 P03), com alguns declarando que nunca foram orientados a parar, com pouco conhecimento sobre serviços de cessação do tabagismo (p.577 P06). Há uma preocupação declarada sobre os riscos da reposição de nicotina (p.577 P06). As principais razões que os fizeram parar de fumar estavam relacionadas à saúde (p.578 P06). Muitos ex-tabagistas receberam pouco auxílio dos profissionais de saúde neste processo (p.578 P02) e na maioria, reconhecem benefícios (p.578 P01) em haverem parado de fumar tardiamente. O ganho de peso foi mencionado como um dos custos de haver parado de fumar.
IMPORTÂNCIA DOS ACHADOS	<p>Implicações para a pesquisa: Há falta de pesquisas baseadas em evidências sobre as crenças em saúde de fumantes idosos e sua experiência e conhecimentos sobre serviços de cessação do tabagismo. Os autores acreditam haverem contribuído com este estudo para o atual conhecimento sobre este tema. Enquanto consideram que compreender as crenças em saúde dos tabagistas idosos é importante na prestação de assistência à cessação do tabagismo, reconhecem que as crenças em saúde não são sempre preditoras de comportamentos. Discute-se também a credibilidade do estudo (validação) e os limites do método misto de coleta de dados.</p> <p>Implicações para a prática: Profissionais da atenção primária têm uma importância decisiva em encorajar os idosos a pararem de fumar. Para haver efetividade é essencial que considerem as crenças de saúde dos idosos e ofereçam recursos para a cessação do tabagismo.</p>
FORMATO DO ESTUDO	Convencional (revisão de literatura separada do método, resultados separados da discussão)

INFORMAÇÕES ADICIONAIS		
CLASSIFICAÇÃO SEGUNDO O MODELO DA ESFERA DE “EMPOWERMENT PROPOSTA POR LABONTE” (predominante no artigo)	Autocuidado.	
ABORDAGEM REFERENTE AO PROCESSO EDUCATIVO	Tipo: individual.	
	Técnica: Aconselhamento realizado em serviços públicos de cessação do tabagismo, conforme cada local e aplicação da teoria das crenças em saúde na interpretação da pesquisa.	
	<p>Aspectos considerados relevantes:</p> <p>Os temas abordados nas entrevistas são apresentados procurando relacionar as categorias e as crenças em saúde: custos de mudar o comportamento, benefícios potenciais de mudar o comportamento, nível de auto-eficácia e o gatilho ("cue") potencial de ação. Abaixo, pensando em possíveis categorias separo em fatores dificultadores e facilitadores do processo de parar de fumar: DIFICULTADORES das tentativas de cessação: ASSOCIAÇÕES POSITIVAS com o tabagismo (p.575 discurso P06) redução do stress, relaxamento, diversão, vício, hábito, aborrecimentos. Alguns NÃO ESTÃO CONVENCIDOS, com o discurso -"o mal já está feito" (p.577 P12) ou relacionando os problemas de saúde à idade e não ao cigarro (p.576 P02). PROFISSIONAIS ajudaram pouco no processo de cessação (p.577 P03), com alguns declarando que nunca foram orientados a parar. Muitos ex-tabagistas receberam pouco auxílio dos profissionais de saúde neste processo (p.578 P02), com pouco conhecimento sobre serviços de cessação do tabagismo (p.577 P06). Há uma preocupação declarada sobre os riscos da reposição de nicotina (p.577 P06). O ganho de peso foi mencionado como um dos CUSTOS de haver parado de fumar. FACILITADORES das tentativas de cessação: fatores negativos associados ao cigarro: custo (p.576 P03), o cigarro ser socialmente inaceitável, o odor associado ao tabaco. Alguns PROFISSIONAIS são tidos como tendo oferecido bom SUPORTE (p.577 P11). As principais RAZÕES que os fizeram parar de fumar estavam relacionadas à saúde (p.578 P06), na maioria, reconhecem benefícios (p.578 P01) em haverem parado de fumar tardiamente.</p>	
LOCALIZAÇÃO DE ARTIGOS RELEVANTES PARA A AMOSTRA NAS REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	NÃO	
OBSERVAÇÕES (Possíveis categorias de análise interpretativa dos dados referentes a aspectos da educação)	DIFICULTADORES E FACILITADORES SEPARADOS POR: RELAÇÃO PROFISSIONAL-PACIENTE (ATITUDE), ASSOCIAÇÕES POSITIVAS E NEGATIVAS RELACIONADAS AO CIGARRO; CRENÇAS, RAZÕES PARA PARAR, CUSTO E BENEFÍCIO DE PARAR; PREOCUPAÇÃO COM A FARMACOTERAPIA, DESCONHECIMENTO SOBRE SERVIÇOS.	
CLASSIFICAÇÃO DE QUALIDADE DO ESTUDO SEGUNDO OS CRITÉRIOS DO “CRITICAL APPRAISAL SKILLS PROGRAMME” (CASP)⁴¹	PONTUAÇÃO	9
	CATEGORIA	A

⁴¹ Milton Keynes Primary Care Trust, 2002.

ANEXO 6 - Instrumento de detalhamento da amostra bibliográfica⁴² - Artigo 4

ARTIGO 4	Quitting smoking and experience of smoking cessation interventions among UK Bangladeshi and Pakistani adults: the views of community members and health professionals/ Parar de fumar e a experiência das intervenções de cessação do tabagismo entre adultos de Bangladesh e do Paquistão residentes no Reino Unido: a visão dos membros da comunidade e dos profissionais de saúde.
AUTOR (ES)	<p>Disciplina: Medicina</p> <p>Filiação Institucional: White M, Bush J, Rankin J: Public Health Research Group, School of Population and Health Sciences, University of Newcastle upon Tyne, Reino Unido. Kai J: Division of Primary Care, University of Nottingham Graduate Medical School, Derby, Reino Unido.</p> <p>Bhopal R: Division of Community Health Sciences, University of Edinburgh Medical School, Edinburgh, UK.</p> <p>Nome: Martin White, Judith Bush, Joe Kai, Raj Bhopal, Judith Rankin.</p>
PUBLICAÇÃO	<p>Periódico:</p> <p>Journal of Epidemiology & Community Health</p> <p>Ano/ número: 2006. 60(5): 405-411</p> <p>Local: Inglaterra</p> <p>Acesso via internet: http://jech.bmj.com/cgi/content/full/60/5/405#BIBL</p>
MODO DE BUSCA	<p>CINAHL (AN: 2009173773).</p> <p>Qualificadores/ operadores booleanos: smoking cessation and qualitative studies</p>
FONTE FINANCIADORA	Cancer research UK e Department of Health.
PROBLEMA DA PESQUISA	A prevalência de tabagismo entre homens de origem paquistanesa (28%) e bengalesa (Bangladesh, 49%) que vivem na Inglaterra, bem como a tendência de modificação do perfil feminino de prevalência observado em adolescentes (mulheres tem 2% e 4% respectivamente, mas as taxas vêm aumentando) são os desencadeadores do estudo. O hábito do tabagismo nestas comunidades é fortemente influenciado por idade, gênero, religião e tradições, o que aumenta a aceitação social em seu próprio meio.
IMPORTÂNCIA	Há poucos estudos publicados sobre este tema. Estudos localizados indicam que embora a motivação para cessar o tabagismo seja alta, tanto o acesso aos programas de cessação, quanto as taxas de abandono do cigarro são baixas. Na ocasião do estudo empreendiam-se iniciativas de aconselhamento em cessação do tabagismo voltadas às populações minoritárias. Este artigo reporta a segunda fase do estudo envolvendo grupos focais e entrevistas com membros das comunidades bengalesa e paquistanesa
FINALIDADE DA PESQUISA/QUESTÃO NORTEADORA	Objetivos: 1. Adquirir compreensão das atitudes para abandonar o cigarro. 2. Identificar experiências de intervenção para a cessação do tabagismo. 3. Trazer à tona oportunidades e barreiras percebidas nas comunidades bengalesa e paquistanesa para informar as políticas locais e nacionais de controle do tabaco

⁴² Guia de tópicos baseado no Guia de tópicos para estudos detalhados: Sandelowski, Barroso/ Writing the proposal for a qualitative research methodology project: Qualitative health research, vol13 nº6 julho, 2003 781-820.

REVISÃO DA LITERATURA	Perfil de saúde da Inglaterra; Estudos sobre minorias étnicas na Inglaterra (diversidade e desvantagem); fatores de risco para doenças coronarianas nas comunidades asiáticas e europeias; perfil de tabagismo nas comunidades do sul da Ásia que vivem no Reino Unido; estudos sobre a receptividade de intervenções em tabagismo nestas mesmas comunidades; tabaco e etnicidade ⁴³ , revisão da literatura; programas de cessação do tabagismo voltados para minorias étnicas; tradições islâmicas.
PRESSUPOSTOS CONCEITUAIS	1. Teoria fundamentada nos dados. ⁴⁴
ORIENTAÇÃO METODOLÓGICA	Pesquisa de abordagem participativa. Treze pesquisadores (membros da própria comunidade, bilíngües) contribuíram para o desenvolvimento do estudo, execução e análise, com entrevistas em profundidade e grupos focais.
POPULAÇÃO INVESTIGADA (amostra)	1. Comunidade: Amostra intencional recrutada informalmente na comunidade, adultos, procurando manter a mesma proporção de paquistaneses (32) e bengaleses (41) segundo gênero, faixa etária, escolaridade, dos quais, cerca de metade já haviam participado da fase exploratória (fase I) da pesquisa. Havia tabagistas e ex-tabagistas. 2. Profissionais: entrevistas com 8 profissionais (três médicos generalistas, uma enfermeira, dois especialistas em promoção da saúde, um farmacêutico e um trabalhador de desenvolvimento comunitário).
FONTES/ MÉTODOS DE COLETA DE DADOS	1. 12 grupos focais (oito grupos de homens fumantes e ex-fumantes) e quatro grupos com mulheres (tabagistas e não tabagistas que conviviam com maridos tabagistas). 2 Seis entrevistas em profundidade com membros da comunidade que não puderam participar dos grupos focais. 3. Entrevistas em profundidade com oito profissionais de saúde.
TÉCNICAS DE ANÁLISE DE DADOS	As transcrições foram analisadas procurando identificarem-se os temas recorrentes que emergiram durante a coleta de dados, realizando análise comparativa das entrevistas e dos grupos focais, examinando-se os casos desviantes. Uma das autoras leu e construiu um quadro temático que foi submetido à apreciação dos pesquisadores e dos demais autores, a fim de concordarem com a codificação. Para auxiliar a análise utilizou-se o software NUD*IST 4. Ao final, para refinar a análise, as interpretações foram discutidas em um encontro com a comunidade local, trabalhadores e organizações.
TÉCNICAS DE GARANTIA DE VALIDAÇÃO/ CONFIABILIDADE	Evidenciada através da forma de seleção da amostra, do uso de ferramentas auxiliares para a análise dos resultados (o manual e a avaliação do próprio programa), reunião de consenso dos facilitadores para expor os pressupostos observados nas abordagens dos grupos de tabagismo, além das práticas utilizadas para análise dos dados.
PRODUTO INTERPRETATIVO	O artigo apresenta os resultados através de quadros temáticos com os discursos mais característicos correspondentes, comentando-os. Na discussão, comenta a falta de pesquisa na área, as limitações do estudo, as dificuldades de treinamento específico para profissionais de atenção primária bilíngües em técnicas de cessação do tabagismo. Sob o aspecto da comunidade estudada, discute os fatores fortalecedores da motivação para parar de fumar, a influência da religião, dos amigos, família e aponta outros tabagistas como barreiras, comparando-os a outros estudos. Outros aspectos da discussão: experiência na cessação do tabagismo e implicações para as políticas, as práticas e a pesquisa.

⁴³ Etnicidade. Autoconsciência da especificidade cultural e social de um grupo particular; o fato de se pertencer a um grupo culturalmente ligado. Fonte: Ceia C. E - Dicionário de termos literários. 02/março/2008, disponível em: <http://www.fcsh.unl.pt/edtl/verbetes/E/etnicidade.htm> .

⁴⁴ Glaser B, Strauss AL. The discovery of grounded theory. 1967; New York: Aldine de Gruyer. Strauss A, Corbin J. basics of qualitative research (grounded theory procedures and techniques). 1990; Thousand Oaks, CA: Sage.

PRINCIPAIS ACHADOS	Divide a interpretação entre: 1. Visão dos membros da comunidade bengalesa e paquistanesa: motivação e barreiras para parar de fumar; razões dos participantes não terem tentado parar de fumar; razões para quererem parar de fumar; experiência com métodos informais para parar de fumar; atitudes e experiências em intervenções formais de cessação do tabagismo. 2. Visão dos profissionais de saúde.
IMPORTÂNCIA DOS ACHADOS	<p>Implicações para a pesquisa: Os autores indicam a necessidade de pesquisas que avaliem processos complexos, melhora dos métodos para estudar a cessação do tabagismo entre minorias étnicas. Intervenções com conhecida efetividade precisam ser aplicadas a tais comunidades, com uma compreensão dos aspectos específicos de tabagismo e cessação do tabagismo também entre os profissionais que as atendem, para então testarem-se sua aceitabilidade, eficácia e efetividade. Este estudo suscitou uma pesquisa sobre tabagistas bengaleses apoiada pelo governo do Reino Unido.</p> <p>Implicações para a prática: homens bengaleses e paquistaneses não têm sido beneficiados por serviços formais de intervenção para cessar o tabaco, embora suas atitudes e experiências neste sentido sejam semelhantes às apresentadas pelo público em geral. Com a introdução de um programa público de inclusão das minorias étnicas ("Race Relations"), as autoridades têm a obrigação de promover acesso equitativo aos serviços de cessação do tabagismo. Do mesmo modo que mulheres, crianças e populações de baixa renda têm especial atenção, as comunidades sul asiáticas do Reino Unido precisam ser consideradas no design de políticas, execução de programas, publicidade e avaliação. Há necessidade de superação das barreiras apontadas pelos profissionais de saúde, em especial as referentes à comunicação.</p>
FORMATO DO ESTUDO	Convencional (revisão de literatura separada do método, resultados separados da discussão). Houve necessidade de me reportar ao artigo referente à primeira fase da pesquisa (que já havia sido cadastrado nesta pesquisa para compreender melhor o contexto: Bush J et al., 2003). ⁴⁵
INFORMAÇÕES ADICIONAIS	
CLASSIFICAÇÃO SEGUNDO O MODELO DA ESFERA DE "EMPOWERMENT PROPOSTA POR LABONTE" (predominante no artigo)	Desenvolvimento de pequenos grupos, porém apontando para modificações nas políticas públicas.
ABORDAGEM REFERENTE AO PROCESSO EDUCATIVO	<p>Tipo: atendimento individual ou em grupo</p> <p>Técnica: aconselhamento individual ou em grupo e terapia medicamentosa (reposição de nicotina ou bupropiona) segundo os protocolos de cessação do tabagismo estabelecidos no Reino Unido desde 1999.</p>

⁴⁵ Bush J, White M, Kai J, et al. Understanding influences on smoking in Bangladeshi and Pakistani adults: community based, qualitative study. BMJ 2003;326:962–7.

	<p>Aspectos considerados relevantes (considerados do ponto de vista da comunidade, no box 4 p.409), que diz respeito às intervenções formais:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Força de vontade versus terapia formal; 2. Apoio ao usuário no processo de cessação do tabagismo traduzido por despreparo do profissional versus preparo profissional. 3. Aspectos relacionados à relação de usuários com a política de fornecimento ou não de medicamentos, tais como custos, fornecimento gratuito atrelado a serviço público, não querer viciar no medicamento em substituição ao cigarro, questionamento sobre a eficácia do medicamento. 4. Alta motivação para parar de fumar atribuída a razões de saúde, aspectos financeiros, pressão familiar e razões religiosas (forças externas, Allah). 5. Barreiras para o sucesso atribuídas à influência de outros fumantes, stress familiar e no trabalho além dos sintomas da abstinência. 	
LOCALIZAÇÃO DE ARTIGOS RELEVANTES PARA A AMOSTRA NAS REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	Não	
OBSERVAÇÕES (Possíveis categorias de análise interpretativa dos dados referentes a aspectos da educação)	<p>1. FORÇA DE VONTADE versus terapia formal; 2. APOIO ao usuário no processo de cessação do tabagismo traduzido por DESPREPARO DO PROFISSIONAL VERSUS PREPARO PROFISSIONAL. 3. Aspectos relacionados à relação de usuários com a POLÍTICA DE FORNECIMENTO OU NÃO DE MEDICAMENTOS, tais como custos, fornecimento gratuito atrelado a serviço público, não querer viciar no medicamento em substituição ao cigarro, questionamento sobre a eficácia do medicamento. 4. ALTA MOTIVAÇÃO para parar de fumar atribuída a razões de saúde, aspectos financeiros, pressão familiar e razões religiosas (forças externas, Allah). 5. BARREIRAS PARA O SUCESSO atribuídas à INFLUÊNCIA de outros fumantes, STRESS familiar e no trabalho além dos sintomas da abstinência.</p>	
CLASSIFICAÇÃO DE QUALIDADE DO ESTUDO SEGUNDO OS CRITÉRIOS DO “CRITICAL APPRAISAL SKILLS PROGRAMME” (CASP)⁴⁶	PONTUAÇÃO	10
	CATEGORIA	A

⁴⁶ Milton Keynes Primary Care Trust, 2002.

ANEXO 7 - Instrumento de detalhamento da amostra bibliográfica ⁴⁷ - Artigo 5

ARTIGO 5	Making sense of the challenge of smoking cessation during pregnancy: a phenomenographic approach/ O sentido do desafio de fumar durante a gravidez: uma abordagem fenomenográfica.
AUTOR (ES)	<p>Disciplina: Obstetriz, Ciências Sociais</p> <p>Filiação Institucional: Agneta Abrahamsson e Leif Karlsson: Department of Health Sciences, Kristianstad University, Suécia. Jane Springett: Institute for Health, School of applied Social Sciences, Liverpool John Moores University, Liverpool, UK. Torgny Ottosson: Department of Behavior Sciences, Kristianstad University, Suécia.</p> <p>Nome: Agneta Abrahamsson, Jane Springett, Leif Karlsson, Torgny Ottosson.</p>
PUBLICAÇÃO	<p>Periódico: Health Education Research</p> <p>Ano/número: 2005. Jun;20(3):367-78.</p> <p>Local: Inglaterra</p> <p>Acesso via internet: http://her.oxfordjournals.org/cgi/reprint/20/3/367</p>
MODO DE BUSCA	<p>PubMed (PMID: 15479706).</p> <p>Qualificadores/ operadores booleanos: interview and health education and smoking cessation</p>
FONTE FINANCIADORA	Kristianstad University e Council for Medical Tobacco Research, Swedish Match.
PROBLEMA DA PESQUISA	Embora a maioria das mulheres reconheça a necessidade de parar de fumar durante a gravidez, muitas encontram dificuldade. Mulheres grávidas estão mais motivadas a parar, no entanto apenas 30% realmente param e as que mais conseguem são as que possuem maior escolaridade. Na Suécia 50% param (na maioria com maior escolaridade). Isto sugere que a forma das mensagens educativas sobre cessação do tabagismo dirigidas ao público é mais apropriada para mulheres com melhor escolaridade, indicando a necessidade de se desenvolver abordagens dirigidas às mulheres com baixa escolaridade (na Suécia um dos indicadores de classe social). Pesquisadores indicam que o modo de pensar, as condições de vida, e as preocupações sobre o tabagismo precisam ser considerados na educação em saúde, bem como colocam em questão o pressuposto de que um modelo de educação em saúde sirva para todos os tabagistas, indicando a necessidade dos programas serem mais centrados nos sujeitos. Na Suécia o programa de educação em saúde pré-natal (entre 8 a 12 semanas da gestação) inclui a documentação dos hábitos de tabagismo e o aconselhamento realizado pela obstetriz.
IMPORTÂNCIA	Aprofundar o conhecimento sobre como as mulheres dão sentido ao tabagismo durante a gestação pode oferecer pistas para viabilizar a cessação do tabagismo neste período.
FINALIDADE DA PESQUISA/QUESTÃO NORTEADORA	Questão norteadora: Quais são as visões das mulheres sobre o tabagismo durante a gravidez? 1. Explorar os modos das gestantes e puérperas darem sentido ao tabagismo durante o período de gestação. 2. Explorar as implicações dos resultados para a educação em saúde na cessação do tabagismo.
REVISÃO DA LITERATURA	Determinantes, perfil, atitudes, comportamentos, razões especificidades e oportunidades relacionadas ao tabagismo entre gestantes de baixa renda, baixa escolaridade e de diferentes etnias.

⁴⁷ Guia de tópicos baseado no Guia de tópicos para estudos detalhados: Sandelowski, Barroso/ Writing the proposal for a qualitative research methodology project: Qualitative health research, vol13 nº6 julho, 2003 781-820

	O modelo dos "estágios de mudança" na promoção da saúde e revisão bibliográfica da efetividade de intervenções baseadas nos estágios de mudança.
PRESSUPOSTOS CONCEITUAIS	1. Fenomenografia, abordagem de investigação desenvolvida na universidade de Gothenburg, Suécia. ⁴⁸ 2. Compreendendo e promovendo o aprendizado transformador em adultos. ⁴⁹ 3. Pedagogia de Paulo Freire. ⁵⁰ 4. Mobilização da transferência de informação para mudança de informação em saúde e atenção à saúde. ⁵¹ 5. Auto-eficácia e saúde. ⁵²
ORIENTAÇÃO METODOLÓGICA	Estudo exploratório de abordagem fenomenográfica ("enquanto a fenomenologia visa descrever a essência e a congruência, como o fenômeno realmente é, a fenomenografia visa investigar e descrever os diferentes caminhos qualitativos pelos quais as pessoas experimentam, compreendem, vêem, conceituam determinado fenômeno no mundo real. Não é tomado como um método de pesquisa, mas um conjunto de pressupostos sobre os humanos, sobre a ciência e sobre como nós podemos adquirir conhecimento sobre os outros modos das pessoas experimentarem o mundo." ⁵³)
POPULAÇÃO INVESTIGADA (amostra)	Seleção intencional realizada por obstetras de diversos serviços à procura de mulheres que tivessem diversas experiências de tabagismo e cessação do tabagismo durante suas gestações. Eram informadas sobre o estudo e posteriormente contatadas pelo entrevistador, quando a entrevista era agendada em sua casa -12 mulheres- ou em local neutro-cinco mulheres.
FONTES/ MÉTODOS DE COLETA DE DADOS	Entrevista conduzida por uma das autoras (com experiência em cessação do tabagismo), que foi gravada e transcrita imediatamente após, para melhorar a qualidade da transcrição. A pergunta: "Qual é a sua visão de tabagismo durante a gravidez?" foi colocada a todas as entrevistadas. A resposta inicial era seguida por questões abertas que constavam no guia de entrevistas. A saturação foi alcançada após a décima sétima entrevista.
TÉCNICAS DE ANÁLISE DE DADOS	A análise dos dados foi conduzida pela abordagem fenomenográfica (leitura, agrupamento por temas para construir os diferentes aspectos, comparação com os temas já em destaque ou com o background, com o surgimento de cinco histórias que retratam como, de diferentes modos, as mulheres encontram sentido em fumar no diálogo que foi desenvolvido) em paralelo com a realização das entrevistas a fim de estabelecer as categorias preliminares. Com a definição de cinco categorias após as primeiras 12 entrevistas, as cinco entrevistas subsequentes foram realizadas seguindo o mesmo roteiro, no entanto, para validar as categorias e para descrevê-las de modo mais claro, cada uma das cinco categorias era apresentada aos entrevistados para que pudessem refletir sobre elas.
TÉCNICAS DE GARANTIA DE VALIDAÇÃO/ CONFIABILIDADE	Validação pelos próprios entrevistados após a definição das categorias.
PRODUTO INTERPRETATIVO	Um conjunto de cinco histórias coletivamente tipificadas como representações sociais temporárias no diálogo sobre o sentido de fumar, com algo em comum: fumar enquanto se espera um bebê é visto pelas entrevistadas como vergonhoso e egocêntrico. Todas achavam

⁴⁸ Marton F. Phenomenography- describing conceptions of the world around us. Instructional Science.1981;10:177-200.

⁴⁹ Cranton, P. 1994, A guide for educators of adults, Jossey Baas, San Francisco, CA.

⁵⁰ Freire, P. Pedagogy of the Oppressed, 30th anniversary . 2002; New York: Continuum.

⁵¹ Lee RGM Garvin T. moving from information transfer to information exchange in health and health care. Social Science and Medicine. 2003;56:449-464.

⁵² O'Leary A. Self-efficacy and health. Behavioral Research Therapy.1985;23:437-451.

⁵³ Sjöström B, Dahlgren LO. Applying phenomenography in nursing research. Journal of Advanced Nursing. 2002;40:339-345.

	<p>que conseguiriam parar quando estivessem grávidas. Quando a gravidez se torna um fato, confronta-se com sua real capacidade de parar de fumar. Entre as que não conseguiram emergem conflitos relacionados à "não terem feito o melhor para seus bebês." Há variações sobre os conhecimentos quanto aos riscos, mas em geral todas conhecem, porém valorizam suas experiências pessoais e o que os outros falam sobre o assunto, construindo um emaranhado (ninho) interpretativo de seus comportamentos". 1. Fumar pode ser justificado - construção de uma barreira protetora de razões que fazem o tabagismo ser aceitável, tanto para a própria mulher como para outros. 2. Meu cigarro pode prejudicar o bebê - responsabilidade pessoal pela contradição de saber que o cigarro pode prejudicar o bebê e a falta de capacidade de controlar o tabagismo, causando mal estar. 3. Pretende parar de fumar mais tarde - tabagismo com gravidez são um cenário não considerado e parar de fumar é protelado com argumentos relacionados à responsabilidade dividida com o parceiro ou opiniões de terceiros, de modo que a consciência é deixada para trás. 4. Tabagismo é apenas abandonar - parar de fumar como sendo natural no contexto da gravidez (apenas parar), do mesmo modo como parece racional continuar fumando após a gravidez (não se para de fumar, apenas se interrompe), destacando-se a importância de pressões de familiares ou social para as que não desejavam deliberadamente parar. 5. Ser responsável pelo tabagismo - como um vício do qual se deve libertar-se, olhando os riscos e procurando mudar passo a passo (aumento da auto-eficácia), aprendendo a lidar com as circunstâncias sociais sem o cigarro e com o sucesso levando a mais sucesso.</p>
PRINCIPAIS ACHADOS	<p>A análise das cinco histórias (como ilustrações no espaço coletivo da representação do próprio tabagismo na gravidez por mulheres) é apresentada através de padrões ilustrados em uma figura com três dimensões: 1. Extensão da auto-eficácia em relação ao tabagismo: variando de falta de controle ao controle. 2. Natureza da preocupação do significado da questão do tabagismo, variando de reflexiva até sem não reflexiva. 3. Natureza da representação social do comportamento de fumar, cujos extremos são defesa e não defesa. Para cada história há a discussão de com abordar. São mencionados: a relação dialógica, o respeito à autonomia, a consideração do contexto, a temporalidade de cada posição em oposição à estabilidade proposta pelo modelo dos estágios de mudança, o encorajamento dos sujeitos, o apoio a encontrar soluções.</p>
IMPORTÂNCIA DOS ACHADOS	<p>Implicações para a pesquisa: a abordagem em educação em saúde no pré-natal necessita ainda ser desenvolvida.</p> <p>Implicações para a prática: é necessário mobilizar as práticas da "transferência de informação" para a "troca de informação" através da criação do diálogo, tendo como ponto de partida o conhecimento, preocupações racionalizações e preconceitos para que a mulher possa ter a oportunidade de refletir e descobrir o significado destes aspectos para ela mesma. "É necessário aumentar a auto-eficácia para controlar o tabagismo, evitando defesa ao ato de fumar." Pode-se argumentar que o objetivo em educação em saúde deve ser explorar a história tipificada da mulher e aumentar sua auto-estima de modo a iniciar um processo a princípio em direção à compreensão do tabagismo, pelo qual que se deve e pode responsabilizar-se o que, por sua vez, pode aumentar a viabilidade de cessação do tabagismo.</p>
FORMATO DO ESTUDO	Convencional (revisão de literatura separada do método, resultados separados da discussão)
INFORMAÇÕES ADICIONAIS	
CLASSIFICAÇÃO SEGUNDO O MODELO DA ESFERA DE "EMPOWERMENT PROPOSTA POR LABONTE" (predominante)	autocuidado dirigido ao empowerment

no artigo)		
ABORDAGEM REFERENTE AO PROCESSO EDUCATIVO	Tipo: atendimento individual	
	Técnica: Narrativa sob abordagem fenomenográfica, proposta dialógica de Freire (p. 376).	
	Aspectos considerados relevantes: respeito ao contexto, respeito à autonomia dos sujeitos, educação personalizada (p.368), vergonha e egoísmo (p.369), decepção pela incapacidade de conseguir parar (p.370), não dar o melhor para o filho, culpa (p.370), barreiras de auto proteção (370), fumar como opção diante da situação de vida (371), cenário ampliado para prevenir recaídas (375), pouca confiança na própria capacidade (375), temporalidade das histórias conforme os contextos (376), diferença de poder entre profissional e mulher amenizada pela relação dialógica que estabelece confiança (p.376), aumentar a auto-eficácia mais que informar (p.376), não dar informação sem consentimento para não provocar reações defensivas (p.376)	
LOCALIZAÇÃO DE ARTIGOS RELEVANTES PARA A AMOSTRA NAS REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	Não. 1. Lendahls L, Öhman L, Liljestrand J, Håkansson A. Women's experiences of smoking during and after pregnancy as ascertained two to three years after birth.2002. 2. McCurry N, Thompson K, Parahoo K, O'Doherty E, Doherty AM. Pregnant women's perception of the implementation of smoking cessation advice. 2002. Ambos já haviam sido incluídos na amostra bibliográfica através da busca nas bases de dados.	
OBSERVAÇÕES (Possíveis categorias de análise interpretativa dos dados referentes a aspectos da educação)	Aspectos considerados relevantes: respeito ao CONTEXTO, respeito à AUTONOMIA dos sujeitos, educação personalizada (p.368) AUTO-IMAGEM: vergonha e egoísmo (p.369), decepção pela incapacidade de conseguir parar (p.370), não dar o melhor para o filho, culpa (p.370), DEFESA barreiras de auto proteção (370), fumar como opção diante da situação de vida (371), PARAR SÓ NA GRAVIDEZ cenário ampliado para prevenir recaídas (375), pouca confiança na própria capacidade (375), temporalidade das histórias conforme os contextos(376),RELAÇÃO DE PODER entre profissional e mulher amenizada pela relação DIALÓGICA que estabelece confiança (p.376), aumentar a AUTO-EFICÁCIA mais que informar(p.376), não dar informação sem CONSENTIMENTO para não provocar reações defensivas (p.376).	
CLASSIFICAÇÃO DE QUALIDADE DO ESTUDO SEGUNDO OS CRITÉRIOS DO “CRITICAL APPRAISAL SKILLS PROGRAMME” (CASP) ⁵⁴	PONTUAÇÃO	10
	CATEGORIA	A

⁵⁴ Milton Keynes Primary Care Trust, 2002.

ANEXO 8 - Instrumento de detalhamento da amostra bibliográfica⁵⁵ - Artigo 6

ARTIGO 6	Smoking cessation for patients with head and neck cancer: a qualitative study of patients' and nurses' experiences in a nurse-led intervention/ Cessação do tabagismo para pacientes com câncer de cabeça e pescoço: um estudo qualitativo das experiências de pacientes e enfermeiros sobre uma intervenção de enfermagem.
AUTOR (ES)	Disciplina: Enfermagem, oncologia.
	Filiação Institucional: Departamento de Oncologia da Karolinska University Hospital, Estocolmo Suécia.
	Nome: Lena Sharp, Carol Tishelman
PUBLICAÇÃO	Periódico: Cancer nursing
	Ano/ Número: 2005. May-Jun;28(3):226-35.
	Local: EUA
	Modo de acesso: solicitação à BIREME
MODO DE BUSCA	MEDLINE via PubMed (PMID:15915068)
	Smoking cessation "smoking cessation"[MeSH Terms] OR Smoking cessation[Text Word] qualitative study Health education ("qualitative research"[TIAB] NOT Medline[SB]) OR "qualitative research"[MeSH Terms] OR qualitative study[Text Word]
FONTE FINANCIADORA	Novartis (produtos de reposição de nicotina) + instituições dos autores na forma de tempo para se dedicarem à pesquisa.
PROBLEMA DA PESQUISA	Tabagismo é o maior fator de risco para câncer de cabeça e pescoço, mas abandonar o cigarro pode tornar-se pouco prioritário diante dos outros problemas surgidos (pode parecer tarde demais para parar). Em unidades oncológicas enfermeiras coordenam o cuidado, mas não atuam na cessação do tabagismo. Enquanto intervenções de enfermeiras podem ser efetivas, é um desafio incorporar programas na rotina. Foi implantado um serviço de cessação do tabagismo coordenado por enfermeiras na unidade oncológica de um Hospital Universitário.
IMPORTÂNCIA	O tabagismo e o álcool são os maiores fatores de risco para o câncer de cabeça e pescoço. De 85 a 90% dos pacientes são ou foram tabagistas. Os que continuam a fumar após o diagnóstico e o tratamento têm risco aumentado de recorrência da doença, falha no tratamento e severos efeitos colaterais.
FINALIDADE DA PESQUISA/QUESTÃO NORTEADORA	1. Breve descrição do programa de intervenção 2. Explorar tanto como os pacientes quanto como as enfermeiras experimentam o programa.

⁵⁵ Guia de tópicos baseado no Guia de tópicos para estudos detalhados: Sandelowski, Barroso/ Writing the proposal for a qualitative research methodology project: Qualitative health research, vol13 nº6 julho, 2003 781-820.

REVISÃO DA LITERATURA	<p>1. Câncer de cabeça e pescoço: status do paciente pós-tratamento; implicações psíquicas e sociais; etiologia; tabagismo, álcool e outras drogas; sobrevivência e mudanças no estilo de vida; radioterapia;</p> <p>2. Métodos de cessação do tabagismo; intervenção por enfermeiras oncológicas; teste de Fargerström⁵⁶; efetividade da reposição de nicotina.</p> <p>3. Pesquisa qualitativa.⁵⁷</p>	
PRESSUPOSTOS CONCEITUAIS	<p>1. “Teoria da transição de Meleis AI” (descreve como as pessoas atravessam uma transição podem adotar comportamentos de risco aumentando o fumo e o álcool, por exemplo).⁵⁸</p> <p>2. “Modelo Transteórico de Prochaska e Di Clemente” (identificação no indivíduo do estágio em que se encontra para mudar o comportamento).⁵⁹</p> <p>3. Entrevista motivacional.⁶⁰</p> <p>4. “Os 4 A: asking, advice, assist, arrange follow up (perguntar, aconselhar, ajudar e dar seguimento)”.⁶¹</p> <p>5. Análise fundamentada nos dados.⁶²</p>	
ORIENTAÇÃO METODOLÓGICA	<p>Estudo descritivo de abordagem qualitativa.</p> <p>“Diário espontâneo como ferramenta de pesquisa qualitativa, proposto por Jones KR”.</p>	
POPULAÇÃO INVESTIGADA (amostra)	Tamanho: 13 pacientes (9 homens e 4 mulheres, dos quais seis completaram o diário durante 3 semanas a 3 meses)	Tamanho: 2 enfermeiras
	Composição: Indivíduos tabagistas, recém diagnosticados de câncer de cabeça e pescoço com indicação de radioterapia.	Composição: Enfermeiras oncológicas envolvidas no tratamento destes pacientes.
FONTES/ MÉTODOS DE COLETA DE DADOS	Pacientes: orientados a registrar livremente em um diário as experiências relacionadas ao processo de cessação do tabagismo, por 10 semanas, diariamente.	Enfermeiras: documentaram espontaneamente em um diário as suas observações sobre cada paciente e suas experiências sobre o programa de cessação do tabagismo.
TÉCNICAS DE ANÁLISE DE DADOS	Análise fundamentada nos dados organizada através de um quadro explicativo das categorias iniciais e finais (Jones KR, 2000; Pope C, Ziebland S, Mays N, 1999).	

⁵⁶ Heatherton TF, Kozlowski LT, Frecker RC, Fargerström K. The Fargerström test for nicotine dependence: a revision of the Fargerström tolerance Questionnaire. *British Journal of addiction*. 1991;86: 1119-1127.

⁵⁷ Pope C, Ziebland S, Mays N. *Qualitative research in health care*. London: BMJ Publishing Group;1999.

⁵⁸ Meleis AI. *Theoretical Nursing: Development & Progress*, 3rd ed. Philadelphia: Lippincott; 1997.

⁵⁹ Prochaska J, DiClemente CC, Norcross JC. In search of how people change. *Am Psychology*. 1992;47(9):1102-1114.

⁶⁰ Rollnick S, Miller WR. What is motivational interviewing? *Behav Cogn Psychother*. 1995;23:325-334.

⁶¹ Browning KK, Ahijevich KL, Ross P, Wewers ME. Implementing the Agency for Health Care Policy and Research's smoking cessation guideline in a lung cancer surgery clinic. *Oncol Nurs Forum*. 2000;27(8):1248-1254.

⁶² Jones KR. The unsolicited diary as a qualitative research tool for advanced research capacity in the field of health and illness. *Qual Health Res*. 2000;10(4):555-567.

TÉCNICAS DE GARANTIA DE VALIDAÇÃO/ CONFIABILIDADE	Validação de membros (member validation) - uma enfermeira do mesmo serviço não envolvida no estudo e a segunda autora.	
PRODUTO INTERPRETATIVO	1. Quadro do processo de definição de categorias, previamente levantadas na revisão de literatura, posteriormente acrescida de outras e finalmente classificada em três. 2. Resumo informador/instrutivo - contendo trechos dos discursos mais significativos representados por dois pacientes fictícios denominados Ben e Karin.	
PRINCIPAIS ACHADOS	Divididos em três categorias: relação paciente-enfermeira (categoria que emergiu a partir da análise dos dados), fatores facilitadores e dificultadores na mudança de comportamento e uso e abuso de drogas.	
IMPORTÂNCIA DOS ACHADOS	Implicações para a pesquisa: as autoras consideraram a abordagem através de quadro analítico das categorias e o uso de diário espontâneo como ferramentas úteis para a compreensão da experiência dos pacientes e enfermeiras.	
	Implicações para a prática: considera-se o maior resultado desta pesquisa o valor potencial da relação terapêutica enfermeira-paciente no processo de cessação do tabagismo de portadores de câncer de cabeça e pescoço, que não havia sido enfatizado anteriormente na literatura.	
FORMATO DO ESTUDO	Convencional (revisão de literatura separada do método, resultados separados da discussão)	
INFORMAÇÕES ADICIONAIS		
CLASSIFICAÇÃO SEGUNDO O MODELO DA ESFERA DE “EMPOWERMENT PROPOSTA POR LABONTE” (predominante no artigo)	Predominante: autocuidado	
ABORDAGEM REFERENTE AO PROCESSO EDUCATIVO	Tipo: Seguimento individual	
	Técnica: combinação de três modelos de mudança de comportamento. 1. Modelo transteórico de mudança, Entrevista motivacional e “os 4 A: asking, advice, assist, arrange folow up” (perguntar, aconselhar, ajudar e dar seguimento).	
	Aspectos considerados relevantes: relação enfermeira-paciente: ausculta, respeito à autonomia, reciprocidade.	
LOCALIZAÇÃO DE ARTIGOS RELEVANTES PARA A AMOSTRA NAS REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	Não	
OBSERVAÇÕES (Possíveis categorias de análise interpretativa dos dados referentes a aspectos da educação)	Relação PROFISSIONAL-PACIENTE: benefício (P1),AUSCULTA (fala1), RESPEITO A AUTONOMIA (não exercer pressão) e RECIPROCIDADE (fala2), CONTRADIÇÃO entre o que é informado pelo usuário e o que se constata (fala3) p.230. Consideração do CONTEXTO (relações sociais e ambiente físico) p.232.	
CLASSIFICAÇÃO DE	PONTUAÇÃO	9,0

QUALIDADE DO ESTUDO SEGUNDO OS CRITÉRIOS DO “CRITICAL APPRAISAL SKILLS PROGRAMME” (CASP)⁶³	CATEGORIA	A
--	------------------	----------

⁶³ Milton Keynes Primary Care Trust, 2002.

ANEXO 9 - Instrumento de detalhamento da amostra bibliográfica⁶⁴ - Artigo 7

ARTIGO 7	Using formative evaluation to improve a smoking cessation intervention for pregnant women/ Usando a avaliação formativa para melhorar a intervenção de cessação do tabagismo para mulheres grávidas.
AUTOR (ES)	Disciplina: Medicina
	Filiação Institucional: Myra A. Crawford, Lesa L. WoodbyL, Toya V. Russell: Department of Family and Community Medicine, University Of Alabama at Birmingham. Richard A Windsor: Department of Prevention and Community Health Services George Washington University.
	Nome: Myra A. Crawford, Lesa L. WoodbyL, Toya V. Russell, Richard A Windsor
PUBLICAÇÃO	Periódico: Health Communication
	Ano/ número: 2005;17(3): 265-281
	Local: EUA
	Acesso pela Internet via Sistemas de Bibliotecas da USP(SIBI).
MODO DE BUSCA	CINAHL (AN: 2005096424)
	Qualitative studies and smoking cessation
FONTE FINANCIADORA	Division of Epidemiology and Clinical Applications, National Heart, Lung, and Blood Institute, National Institutes of Health.
PROBLEMA DA PESQUISA	<p>O risco do tabagismo na gravidez para a mãe e para o bebê já está bem documentado. Parar de fumar durante a gravidez aproxima o risco da mãe e do bebê aos índices conhecidos para não fumantes. O aconselhamento por profissionais de saúde e um programa voltado às necessidades individuais tem efetividade. Mesmo assim, 80 a 90% das gestantes continuam a fumar. Este estudo foi o piloto para testar a proposta de intervenção com quatro componentes ("Smoking Cessation and Reduction in Pregnancy Trial" SCRIPT, que foi conduzido em 1200 maternidades de seguro-saúde -"Medicaid"). Após a idealização da intervenção (feita após revisão bibliográfica e exame de vários materiais educativos), houve a aplicação piloto do programa em 265 gestantes em nove clínicas do Alabama. Examinaram-se então, por meio de dados qualitativos e triangulação os materiais e métodos usados em cessação do tabagismo. Este artigo examina os métodos de coleta de dados, o processo de análise (triangulação) e mudanças resultantes deste processo na intervenção. Mulheres grávidas e os profissionais que cuidam delas nas maternidades foram entrevistados sobre suas experiências e percepções a respeito do programa de cessação do tabagismo com componentes múltiplos, que foi desenhado para esta população. Respostas sobre a estrutura, processo, conteúdo, complexidade, tempo gasto, compreensão, propriedade e nível de utilização do material foi examinado. As convergências, as divergências e destaques de ambos os grupos foram identificados e usados para modificar o material de intervenção e o protocolo.</p>
IMPORTÂNCIA	<p>Há pouquíssimos estudos qualitativos que avaliam pacientes e prestadores de serviço em saúde sobre programas de saúde utilizando a triangulação. O exame de dados provenientes de várias fontes aumenta a possibilidade de atingir o propósito da pesquisa e sua credibilidade.</p>
FINALIDADE DA PESQUISA/QUESTÃO NORTEADORA	Este artigo descreve o processo pelo qual os dados qualitativos do estudo piloto foram coletados, triangulados e analisados com o objetivo de melhorar o processo de intervenção.

⁶⁴ Guia de tópicos baseado no Guia de tópicos para estudos detalhados: Sandelowski, Barroso/ Writing the proposal for a qualitative research methodology project: Qualitative health research, vol13 nº6 julho, 2003 781-820

REVISÃO DA LITERATURA	Triangulação; terapia comportamental cognitiva; desenho, avaliação, revisão bibliográfica sobre resultados de intervenções de cessação do tabagismo; síndrome da morte súbita na infância; estudo randomizado sobre intervenção de tabagismo em gestantes; protocolos clínicos; modelo transteórico de estágios de mudança; teoria fundamentada nos dados e várias publicações sobre educação em saúde e intervenção de cessação do tabagismo em gestantes de autoria de um dos pesquisadores (Windsor R 1998, 2002, 1993, 1985, 2000).
PRESSUPOSTOS CONCEITUAIS	1. Triangulação. ⁶⁵ Teoria Comportamental Cognitiva. ⁶⁶ 3. Modelo transteórico de estágios de mudança. ⁶⁷ 4.. Teoria fundamentada nos dados. ⁶⁸
ORIENTAÇÃO METODOLÓGICA	Estudo longitudinal qualitativo e quantitativo: primeira fase de estudo randomizado sobre os resultados da execução do programa desenhado expressos estatisticamente. Fase qualitativa com entrevista por telefone de 29 gestantes participantes da intervenção e de nove grupos focais reunindo 23 dos 28 profissionais (enfermeiras ou assistentes sociais) que aplicaram a intervenção na clínica. Os dados foram analisados através da triangulação e da teoria fundamentada nos dados, resultando um quadro esquemático de congruências, incongruências e divergências, além de exemplos do discurso dos participantes.
POPULAÇÃO INVESTIGADA (amostra)	29 mulheres que participaram do grupo experimental e 23 (11 enfermeiras e 12 assistentes sociais) que haviam aplicado a intervenção.
FONTES/ MÉTODOS DE COLETA DE DADOS	As 29 gestantes foram entrevistadas via telefone por pesquisadores, durante o período de seis semanas de aplicação da intervenção. A entrevista era semi-estruturada abordando cada aspecto da intervenção (informação, material, métodos e processo). As entrevistas duraram em torno de 30 minutos e não tinham o propósito de aconselhamento, mas sim de obter avaliação do programa. Os grupos focais com os 23 participantes foram realizados nas próprias clínicas e tiveram a duração de uma hora, com um guia que visava obter respostas a todas as perguntas, de todos os participantes. Em ambos (entrevista e grupo focal) houve obtenção de consentimento e gravação dos dados.
TÉCNICAS DE ANÁLISE DE DADOS	Primeiro os dados foram analisados utilizando-se o método da teoria fundamentada nos dados para estabelecer os conceitos comuns. As questões abertas de ambos os grupos tinham os mesmos tópicos. As Transcrições das gravações foram revisadas e as respostas organizadas por componente da intervenção (guia, vídeo e processo), e as respostas foram comparadas. Emergiram aspectos convergentes (interpretação de adequação do material e método de intervenção) e divergentes (analisadas com busca de suporte na literatura e as mudanças sugeridas foram consideradas).
TÉCNICAS DE GARANTIA DE VALIDAÇÃO /CONFIABILIDADE	Não mencionada diretamente
PRODUTO INTERPRETATIVO	Os resultados são apresentados por componente, cada um composto por: convergência, divergência e elaboração. Os componentes são: O guia da gestante para cessação do tabagismo, vídeo (deixando de fumar durante e após a gestação), reforço clínico sistemático e

⁶⁵ Baker GE, Ahern TM. Strengthening your best guess. Performance Improvement Quarterly. 1990;3(3):27-35.

⁶⁶ Bandura, A. Social Foundations of thought and action: A social cognitive theory. 1986; Englewood Cliffs, NJ: Prentice Hall.

⁶⁷ Prochaska J, Velicer W, Di Clemente CC, Fava J. Measuring processes of change: Application to the cessation of smoking. Journal of consulting and clinic psychology. 1988;56:520-528.

⁶⁸ Strauss A, Corbin J. Basics of qualitative research: grounded theory procedures and techniques. 1990; London: Sage.

	aconselhamento significativo de redução do tabagismo. Como síntese, apresenta uma figura mostrando a convergência e diferença entre profissionais e gestantes e enumerando os pontos de elaboração.
PRINCIPAIS ACHADOS	Convergentes: importância do vídeo na compreensão do método e habilidades, falta de informação sobre os danos do tabagismo, guia muito parecido com uma planilha, vídeo toma muito tempo da consulta, o maior motivador é o foco na saúde do bebê. Divergências dos profissionais: inabilidade do paciente para usar o guia com sucesso, formulário de reforço deve servir como formulário de orientação. Divergências dos pacientes: vídeo é visto como útil em prover motivação, a atriz negra é não fumante. Elaboração: Necessidade de abordar a redução do stress e desenvolver habilidade de negociação, reorganizar o guia de modo facilitar o uso, solicitação dos profissionais por vídeos com opção de etnia.
IMPORTÂNCIA DOS ACHADOS	<p>Implicações para a pesquisa: Combinar as respostas fornecidas por gestantes e profissionais ofereceu oportunidade de testar o processo qualitativo de triangulação de dados e adicioná-los à literatura. O processo qualitativo de pesquisa é recomendado para a obtenção de informação crítica.</p> <p>Implicações para a prática: A aplicação de investigação qualitativa em pacientes e profissionais durante a fase piloto produziu valiosa informação para formatar e orientar a intervenção testada na pesquisa subsequente. A aplicação de entrevistas e de grupos focais e a revisão dos resultados aumentaram a receptividade dos participantes e encorajou-os a entusiasmarem-se com seu papel. O estado do Alabama adotou oficialmente o modelo de intervenção deste estudo para o atendimento público de gestantes tabagistas.</p>
FORMATO DO ESTUDO	Convencional (revisão de literatura separada do método, resultados separados da discussão).
INFORMAÇÕES ADICIONAIS	
CLASSIFICAÇÃO SEGUNDO O MODELO DA ESFERA DE "EMPOWERMENT PROPOSTA POR LABONTE" (predominante no artigo)	Autocuidado, com impacto na ação política.
ABORDAGEM REFERENTE AO PROCESSO EDUCATIVO	<p>Tipo: Atendimento individual</p> <p>Técnica: "Plano de auto-ajuda" para a cessação do tabagismo composto de aconselhamento por cinco minutos após coleta de saliva para exame visando o comprometimento com um plano de ação para deixar de fumar (técnica comportamental cognitiva com marcação de data e verbalização do plano de parar). É oferecido um guia (baseado na terapia comportamental cognitiva) e de um vídeo (que acompanha uma mulher através do processo de mudança, baseado no modelo transteórico) que orienta a utilização do guia. Para as que estão tendo dificuldade de parar incluiu-se na intervenção um reforço para a redução do número de cigarros, com o uso de cores e adesivos. Se a gestante relata que parou de fumar, recebe um incentivo expresso verbalmente e é colhido exame salivar. Se afirma não estar conseguindo parar, ela é encorajada a reduzir o número de cigarros pela metade.</p>

	<p>Algumas falas das gestantes: O guia parece lição de casa (p 271, d2), informação muda a atitude da família (d4), não tenho tempo para escrever (d6), gostaria de ter parado (d8), não tenho amigo não fumante(d10). Não gostaram do termo "dar a palavra, contrato de palavra, word contract", indicando o compromisso do paciente para parar, desconfortável para pacientes e profissionais. O termo foi mudado para "combinado para parar de fumar". Como lidar com o stress foi solicitado, mencionam a ameaça de outros fumantes no meio social. Alguns recusam participar por causa do video (tempo), o video foi abreviado (há discussão sobre o conteúdo ser impressionante ou pouco impressionante e sobre a aparência dos atores e atrizes no sentido de proporcionar ou não identificação).</p>	
LOCALIZAÇÃO DE ARTIGOS RELEVANTES PARA A AMOSTRA NAS REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	NÃO	
OBSERVAÇÕES (Possíveis categorias de análise interpretativa dos dados referentes a aspectos da educação)	<p>MATERIAL EDUCATIVO: guia como lição de casa, não tem tempo para escrever, a informação mudou a atitude da família, desejo de parar sem conseguir, video (conteúdo e identidade). COMPROMISSO: não gostaram de ter que dar a palavra. STRESS: necessidade de aprender a lidar com o stress. BEBÊ como maior motivo para parar.</p>	
CLASSIFICAÇÃO DE QUALIDADE DO ESTUDO SEGUNDO OS CRITÉRIOS DO "CRITICAL APPRAISAL SKILLS PROGRAMME" (CASP)⁶⁹	PONTUAÇÃO	8,5
	CATEGORIA	B

⁶⁹ Milton Keynes Primary Care Trust, 2002.

ANEXO 10 - Instrumento de detalhamento da amostra bibliográfica⁷⁰ - Artigo 8

ARTIGO 8	The description and evaluation of a longitudinal pilot study of a smoking relapse/reduction intervention for perinatal women/ Descrição e avaliação de um estudo piloto longitudinal sobre uma intervenção para reduzir a recaída de fumar em mulheres no período perinatal.
AUTOR (ES)	Disciplina: Enfermagem
	Filiação Institucional: Faculty of Nursing, University of Manitoba, Winnipeg, Canada
	Nomes: Karen Chalmers, Annette GuptonA, Alan Katz, Tom Hack, Elske Hildes-Ripstein, Judy Brown, Diana McMillan, Diane Labossiere, Maria Mackay, Catie Pickerl, Yvette Savard- Preston, Jo- Anne St Vincent, Heather M. Morris, Berveley Cann.
PUBLICAÇÃO	Periódico: Journal of Advanced Nursing.
	Ano/número: 2004;45 (2): 162-71.
	Local: Inglaterra
	Acesso pela internet: http://web.ebscohost.com/ehost/pdf?vid=5&hid=104&sid=34898d22-f02b-49af-ae65-06025d55645a%40sessionmgr108
MODO DE BUSCA	CINAHL (AN: 2004048496)
	Qualificadores/ operadores booleanos: qualitative studies + health education + smoking cessation
FONTE FINANCIADORA	Há o relato de financiamento ao final do artigo, aparentemente da própria Universidade, mas não está explicitado.
PROBLEMA DA PESQUISA	<p>Setenta por cento das mulheres que param de fumar enquanto estão grávidas irão fumar durante o primeiro ano pós-parto. Uma vez nascido o bebê, o incentivo para não fumar se reduz para algumas mulheres e fatores fisiológicos que auxiliavam na cessação do tabagismo durante a gravidez (como a náusea) não existem mais.</p> <p>Este estudo de abordagem ecológica e base comunitária guiou o desenvolvimento e execução de uma intervenção para cessação do tabagismo em mulheres no período perinatal. Assistir mulheres a conseguirem e a se manterem livres do cigarro é uma importante iniciativa de saúde pública, beneficiando famílias e o sistema de saúde. Usando um processo participativo e detalhada revisão da literatura, pesquisadores, profissionais de saúde e mulheres desenvolveram um intervenção "multifacetada", com quatro componentes principais: visita domiciliar pela enfermeira da intervenção, seguimento através de chamadas por telefone, pacote de recursos educativos, e carta de felicitações. Os componentes adicionais opcionais incluíram: linha telefônica de socorro, grupos de suporte, referenciamento e outros serviços.</p>
IMPORTÂNCIA	Descreve uma intervenção baseada em extensiva revisão da literatura e adaptada às necessidades e recursos disponíveis de modo comunitário e participativo. Fornece elementos da visão das mulheres sobre a intervenção com a finalidade de examinar em um estudo futuro, sua efetividade. Pode contribuir para a cessação do tabaco por longo período para esta população. Há poucos estudos de seguimento de mulheres até um ano após o parto.
FINALIDADE DA PESQUISA/QUESTÃO NORTEADORA	1. desenvolver e programar uma intervenção com base comunitária para assistir mulheres que param de fumar, ou prevenir suas recaídas, durante o período pré e pós-parto. 2. Oferecer "feedback" da percepção

⁷⁰ Guia de tópicos baseado no Guia de tópicos para estudos detalhados: Sandelowski, Barroso/ Writing the proposal for a qualitative research methodology project: Qualitative health research, vol13 nº6 julho, 2003 781-820

	das participantes sobre a ajuda da intervenção. 3. Comparar a percepção sobre a ajuda da intervenção entre as mulheres que receberam a intervenção durante o período pré-natal e as que receberam no período pós-parto. 4. Identificar componentes adicionais de intervenção que necessitam ser incluídos em futuras pesquisas.
REVISÃO DA LITERATURA	Custos do tabagismo na assistência perinatal, efeitos do tabagismo na mãe e no bebê, modelos de intervenção em tabagismo, perfil epidemiológico de saúde-doença do Canadá, estudos sobre recaída e intervenções para evitá-las. Pesquisa Qualitativa, ação participativa em pesquisa de promoção da saúde, capital social, preditores da recaída pós-parto, estágios de mudança (modelo transteórico (Prochaska e DiClemente, 1992), revisão bibliográfica sistemática sobre tabagismo e sobre intervenções no período perinatal, fisiopatologia pulmonar da gestante e do bebê. Redução de danos ⁷¹ (
PRESSUPOSTOS CONCEITUAIS	1. Ação participativa. ⁷² 73 2. Capital social e abordagem ecológica. ⁷⁴ 3. Estágios de mudança, modelo transteórico. ⁷⁵ 4. Análise de conteúdo manifesto. ⁷⁶
ORIENTAÇÃO METODOLÓGICA	Estudo piloto, longitudinal, baseado na pesquisa ação (participatory action research - PAR), usado para combinar a investigação científica com educação e ação. A pesquisa foi conduzida por um grupo de membros da comunidade, profissionais de saúde e pesquisadores, para compreender e resolver o problema do tabagismo durante a gestação.
POPULAÇÃO INVESTIGADA (amostra)	42 Mulheres que estavam grávidas ou que haviam tido bebê recentemente, sem complicações maternas ou fetais, com 18 ou mais anos de idade ou menores emancipadas, que vivem nas duas comunidades eleitas para o estudo e que consentiram sua participação por escrito.
FONTES/ MÉTODOS DE COLETA DE DADOS	Dados descritivos e de avaliação foram colhidos em quatro momentos: quando a mulher ingressa no projeto durante a visita domiciliar, na chamada telefônica cerca de 4-5 semanas depois e em dois outros momentos que variaram conforme a data do parto. O status de tabagismo foi coletado usando: auto-declaração do consumo de tabaco, número de cigarros consumidos, e uso de cigarro (mesmo uma tragada) nos últimos sete dias. Informações sobre a ajuda dos componentes da intervenção foram colhidas por entrevistas conduzidas pelos pesquisadores utilizando escalas com cinco pontos (de 1 - não ajudou nem um pouco até 5 - ajudou) além de perguntas abertas. As notas relativas ao serviço, escritas pela enfermeira durante a visita e as chamadas telefônicas também foram consideradas.
TÉCNICAS DE ANÁLISE DE DADOS	Os dados dos questionários e as notas narrativas das enfermeiras de intervenção foram analisadas usando a técnica de Análise de conteúdo manifesto (Field PA, Morse J, The application of qualitative approaches. London: Chapmannn and Hall;1996.). Os dados quantitativos foram analisados utilizando-se análise estatística.
TÉCNICAS DE GARANTIA DE VALIDAÇÃO/	Não mencionada diretamente

⁷¹ Lumley J, Oliver S, Waters E. Interventions for promoting smoking cessation during pregnancy. Cochrane Database System Review. 2001 ;(2):CD001055.

⁷² Dickson G. participatory action research: theory and practice. In:Stewart M, ed. Community nursing: promoting Canadian Health, 2nd edn. 2000; Toronto:Saunders. p 542-563.

⁷³ Green L, O'Neil M, Whetphal M, Morisky D. The challenges of participatory action research for health promotion. Promotion and Education. 1996;3:3-5.

⁷⁴ Hancock T. People, partnerships and human progress: building community capital. Health promotion international. 2001;16:275-280.

⁷⁵ Prochaska JO, Di Clemente CC. Stages of changes in the modification of problem behaviours. In: Herson M, Eisler R, Miller PM, eds. Progresss in Behavior Modification. Sycamore, Illinois: Sycamore Press; 1992. p.183-218.

⁷⁶ Field PA, Morse J, The application of qualitative approaches. London: Chapmannn and Hall;1996.

CONFIABILIDADE	
PRODUTO INTERPRETATIVO	1. Descrição do teor da revisão bibliográfica, da intervenção e de sua implantação; 2. Avaliação da intervenção descritiva com observações sobre os quatro pontos básicos (a que todas as participantes foram submetidas) e os recursos adicionais. 3. Suporte da família e dos amigos. 4. Recomendações para melhorar a intervenção e discussão dos resultados.
PRINCIPAIS ACHADOS	<p>1. Avaliação da intervenção: não houve diferença de avaliação entre as gestantes que receberam a intervenção no período pré-natal e no pós-parto. A maioria achou que os quatro recursos básicos ajudaram, havendo diferenças na opinião sobre o material educativo (ajudou e ajudou um pouco), considerado o melhor da intervenção, a visita domiciliária e a chamada telefônica foram a segunda e terceira intervenção mais apreciada pelas mulheres como sendo de auxílio. Outros pontos: apoio da enfermeira, confiança e encorajamento. Entre as que continuaram a fumar o desafio era grande (p.167, fala 2). Como o médico de cada mulher envolvida havia sido comunicado da pesquisa, embora algumas tenham citado o auxílio do médico no processo, a maioria indicou não haverem ajudado. Este resultado foi atribuído a diferenças de comunicação entre pesquisadores e médicos, que pode ter acontecido após a consulta médica da gestante. 2. Quanto aos recursos adicionais: ninguém usou a linha telefônica de socorro (por preferir falar com um profissional que lhe conheça a desabafar com um possível estranho- p.68 fala1) e uma pessoa usou o suporte em grupo (talvez por limitações logísticas da maternidade e do bebê). Outros serviços de referência usados foram relacionados ao bebê ou nutrição, outras já estavam usando serviços referenciados ou procuraram outros recursos que não faziam parte da referência das enfermeiras. 3. Suporte da família e dos amigos: o ambiente social foi considerado importante na assistência às participantes, com parceiros mudando o comportamento e familiares passando a fumar fora da casa para proteger o bebê, ou ainda parando de fumar. Amigos foram mencionados como importantes e influentes no comportamento. Há referência de amigos que pararam de fumar. Por outro lado a insistência em parar de fumar foi vista como ameaçadora por alguns parceiros, ex-parceiros e familiares, notadamente em situações nas quais o relacionamento estava comprometido. 4. Recomendações para melhorar a intervenção e discussão dos resultados: entre muitos comentários favoráveis, algumas sugestões: preferir a abordagem em partes ou achar que o material fornecido ajudou a ela, ao parceiro e à família. Outras sugestões: seguimento por mais tempo (fala1, p.169), informação sobre outros métodos para parar de fumar tais como redução de danos, deixar de fumar de uma vez, informação e diferenças de gênero na cessação do tabaco (p.169, fala3).</p>
IMPORTÂNCIA DOS ACHADOS	<p>Implicações para a pesquisa: O projeto teve sucesso em manter uma estreita relação com os recursos das duas comunidades, com acesso de mulheres e seus familiares. Segundo as enfermeiras do estudo a relação entre tabagismo e gravidez passou a ser mais bem compreendida e dominada por elas e pelos outros profissionais envolvidos no projeto. Estes resultados necessitam de uma avaliação mais sistemática em futuras pesquisas. Para a pesquisa participativa é um importante impacto haver modificado de conhecimento e intervenções.</p> <p>Implicações para a prática: apesar dos esforços poucos médicos abordaram o programa com suas pacientes, havendo necessidade de outras estratégias para novas pesquisas. Não houve diferenças entre as percepções das gestantes atendidas no pré-natal ou no pós-parto.</p>
FORMATO DO ESTUDO	Convencional
INFORMAÇÕES ADICIONAIS	
CLASSIFICAÇÃO SEGUNDO O MODELO DA	Autocuidado, com ampliação para o fortalecimento comunitário através da pesquisa-ação.

ESFERA DE “EMPOWERMENT PROPOSTA POR LABONTE” (predominante no artigo)		
ABORDAGEM REFERENTE AO PROCESSO EDUCATIVO	Tipo: individual com ampliação para o grupo familiar ou social e com intenções de aumentar o conhecimento e envolvimento dos profissionais envolvidos.	
	Técnica: Intervenção construída segundo o perfil e recursos de dois serviços de enfermagem comunitários de duas comunidades: com quatro pontos básicos oferecidos a todas as participantes: visita domiciliar pela enfermeira da intervenção, seguimento através de chamadas por telefone, pacote de recursos educativos, e carta de felicitações pelos resultados. Também com componentes optativos: linha telefônica de socorro, envolvimento do parceiro e família, acesso fácil à informação, suporte e aconselhamento, referenciamento a recursos da comunidade, nutricionista, enfermeira da comunidade, conselheiro, grupos de suporte, uso de camiseta com mensagem alusiva à cessação do tabagismo.	
	Aspectos considerados relevantes: 1. Avaliação da intervenção: não houve diferença de avaliação entre o período pré-natal e o pós-parto. A maioria achou que os quatro recursos básicos ajudaram. Outros pontos: apoio da enfermeira, confiança e encorajamento. Entre as que continuaram a fumar o desafio era grande (p.167, fala 2). 2. Como o médico de cada mulher envolvida havia sido comunicado da pesquisa, a maioria indicou não haverem ajudado. Quanto aos recursos adicionais: preferir falar com um profissional que conheça a desabafar com um possível estranho (p.68 fala1). Suporte em grupo é difícil por limitações logísticas da maternidade e do bebê. 3. Suporte da família e dos amigos: o ambiente social é importante na assistência às participantes e influencia para a cessação ou para o relapso, dependendo do envolvimento e da relação da mulher com o parceiro, com a família e amigos. 4. Recomendações para melhorar a intervenção e discussão dos resultados: entre muitos comentários favoráveis, algumas sugestões: preferir a abordagem em partes ou achar que o material fornecido ajudou a ela, ao parceiro e à família. Outras sugestões: seguimento por mais tempo (fala1, p.169), informação sobre outros métodos para parar de fumar (redução de danos, deixar o cigarro de uma única vez, informação e diferenças de gênero na cessação do tabaco (p.169, fala 3).	
LOCALIZAÇÃO DE ARTIGOS RELEVANTES PARA A AMOSTRA NAS REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	NÃO	
OBSERVAÇÕES (Possíveis categorias de análise interpretativa dos dados referentes a aspectos da educação)	Ampliação para o grupo familiar ou social, intenções de envolvimento dos profissionais. Intervenção construída segundo o perfil e recursos de dois serviços de enfermagem. Visita, seguimento, recursos educativos, incentivo (carta de felicitações pelos resultados). Disponibilidade acessibilidade e flexibilidade (linha telefônica de socorro, acesso fácil à informação suporte e aconselhamento), envolvimento do parceiro e família, referenciamento a recursos da comunidade, grupos de suporte, uso de camiseta com mensagem alusiva à cessação do tabagismo.	
CLASSIFICAÇÃO DE QUALIDADE DO ESTUDO SEGUNDO OS CRITÉRIOS DO “CRITICAL APPRAISAL SKILLS PROGRAMME” (CASP) ⁷⁷	PONTUAÇÃO	9
	CATEGORIA	A

⁷⁷ Milton Keynes Primary Care Trust, 2002.

ANEXO 11 - Instrumento de detalhamento da amostra bibliográfica⁷⁸ - Artigo 9

ARTIGO 9	The struggle to quit: barriers and incentives to smoking cessation/ A luta para deixar: obstáculos e incentivos para a cessação do tabagismo.
AUTOR (ES)	Disciplina: Ciências Sociais
	Filiação Institucional: School of Social Science, University of Queensland, Sta Lucia, Austrália
	Nome: Jenny Moffatt, Rosemary Whip
PUBLICAÇÃO	Periódico: Health Education Journal
	Ano/ número: 2004 63(2): 101-112
	Local: Inglaterra
	Disponível na internet: http://hej.sagepub.com/cgi/reprint/63/2/101
MODO DE BUSCA	CINAHL (AN: 2004190590)
	Qualificadores/ operadores booleanos: QUALITATIVE STUDIES and SMOKING CESSATION
FONTE FINANCIADORA	Não mencionada.
PROBLEMA DA PESQUISA	<p>Evidências de relação inversa entre a prevalência do tabagismo, nível educacional e status ocupacional, mais intensa em homens que em mulheres, coloca os trabalhadores da classe operária ("blue collar worker")⁷⁹ como grupo de alto risco. Além disso, revisões fazem estreita relação entre o tabagismo dos pais e as doenças respiratórias na infância. Desde 1950 estudam-se estratégias para cessação do tabagismo considerando-se a complexa interação entre fatores fisiológicos, psicológicos, sociais e econômicos. Nos EUA, observou-se a modificação do consumo de cigarro que a partir dos anos 80 ficou mais concentrada nos trabalhadores das classes operárias, levando aos esforços de adaptação dos programas de cessação do tabagismo para grupos de alto risco, como gestantes e classes de menor poder aquisitivo. A maior parte desses programas é dirigida à classe média e a trabalhadores administrativos, com material educativo que requer melhor nível de escolaridade, sendo que os produtos de reposição de nicotina são caros e não são subsidiados pelo governo. Ainda que algum material de auto-ajuda tenha sido desenvolvido para alcançar pessoas com menor habilidade de leitura e que tenham aumentado os serviços de suporte local e de apoio por telefone, aumentando a cessação do tabagismo entre pessoas de baixa renda, alguns operários não são alcançados por esses meios. O desenvolvimento de programas de cessação do tabagismo nos locais de trabalho foi introduzido como parte das políticas de segurança e saúde. Estes alcançam mais sucesso entre os trabalhadores administrativos que entre os operários, com média de 13%.</p> <p>O tabagismo durante a gestação é de risco para uma série de fatores adversos (baixo peso ao nascer, parto prematuro, abortamento e óbito perinatal). Há também os problemas relacionados a exposição precoce</p>

⁷⁸ Guia de tópicos baseado no Guia de tópicos para estudos detalhados: Sandelowski, Barroso/ Writing the proposal for a qualitative research methodology project: Qualitative health research, vol13 nº6 julho, 2003 781-820

⁷⁹ Um trabalhador de colarinho azul é uma expressão idiomática que se refere a um membro da classe trabalhadora, que realiza trabalhos manuais e ganha um salário por hora (classe operária ou trabalhador de fábrica). Trabalhadores de colarinho azul são distinguidos do terceiro setor da indústria de serviços e de trabalhadores de colarinho branco (trabalhadores de escritório), cujo trabalho não é considerado trabalho manual. No entanto, alguns prestadores de serviços também são frequentemente chamados de trabalhadores de colarinho azul. Fonte: "Wikipedia, the free encyclopedia: blue collar worker" disponível em: http://en.wikipedia.org/wiki/Blue-collar_worker

	à fumaça na infância (influencia o intelecto e comportamento). Embora programas de cessação do tabagismo para gestantes sejam considerados efetivos, poucos serviços pré-natal os aplicam rotineiramente. As chances de uma gestante parar de fumar são menores se seu companheiro fuma. Programas com abordagem cognitiva, comportamental e com eventuais componentes farmacológicos tem mais resultado que programas que abordam apenas um aspecto. Pesquisas qualitativas exploraram mais profundamente o comportamento, revelando novos aspectos como as motivações intrínsecas e extrínsecas, além dos benefícios percebidos e das barreiras à cessação do tabagismo, ou parar como um desenvolvimento pessoal ou devido a fatos marcantes (como tornar-se pai).
IMPORTÂNCIA	Espera-se que as informações sobre barreiras e incentivos para a cessação do tabaco que surgiram neste estudo, baseadas nas experiências relatadas por homens da classe operária tenha uma aplicação além deste grupo em particular, para uma maior população de fumantes.
FINALIDADE DA PESQUISA/QUESTÃO NORTEADORA	A pesquisa qualitativa é usada neste estudo para explorar como membros de um grupo de alto risco, que tem um grande incentivo para parar de fumar (paternidade iminente), percebe o fumar e o parar de fumar.
REVISÃO DA LITERATURA	Perfil do tabagista de baixa renda e a relação entre escolaridade, tabagismo passivo dos pais e sua relação com as doenças respiratórias da infância, epidemiologia ocupacional, intervenções de cessação do tabagismo, pesquisas qualitativas sobre visões, percepções, comportamento, aspectos psico-emocionais e crenças em saúde relacionadas ao tema, riscos materno e paterno para a criança, manutenção da abstinência do cigarro após o parto, estudos demográficos de comportamento, câncer de pulmão e sua relação com a pobreza.
PRESSUPOSTOS CONCEITUAIS	1. Teoria Fundamentada nos dados. ⁸⁰ 2. Teorias da personalidade. ⁸¹
ORIENTAÇÃO METODOLÓGICA	Estudo exploratório. A teoria fundamentada nos dados foi usada para a amostragem, coleta de dados e análise visando à compreensão a partir da perspectiva dos participantes. Usou-se a entrevista semi-estruturada permitindo a descoberta do significado, a compreensão do mundo social dos participantes a partir do seu ponto de vista, bem como o contexto social e pessoal de suas crenças e sentimentos ⁸² . As entrevistas foram gravadas.
POPULAÇÃO INVESTIGADA (amostra)	25 homens (9 trabalhadores não qualificados, operadores de máquinas e motoristas de caminhão) que acabaram de participar de um programa de cessação do tabagismo e cujas esposas estão grávidas, foram recrutados em dois hospitais públicos que prestam assistência pré-natal à população de baixa renda em Brisbane, Queensland, Austrália.
FONTES/ MÉTODOS DE COLETA DE DADOS	Este estudo faz parte de um projeto maior, um estudo randomizado controlado que procura desenvolver e avaliar programas com multicomponentes para intervir no tabagismo de homens da classe operária, cujas esposas estão grávidas. Tanto os homens que ao final do programa relatam haverem parado e têm o teste de monóxido de carbono realizado, quanto os que não conseguiram parar foram convidados para este estudo. Após o consentimento, foram entrevistados em casa ou no local de trabalho, conforme sua preferência. A entrevista semi-estruturada tinha questões baseadas na revisão da literatura e no estudo piloto. As entrevistas foram gravadas e transcritas e o software NUD.1ST foi utilizado para gerenciar os dados.

⁸⁰ Lincoln Y, Guba E. Naturalistic Inquiry. Newbury Park: Sage publications, 1985.

⁸¹ Hjelle LA, Ziegler DJ. Personality theories: basic assumptions (3rd edition). Nova Iorque: Mcgraw-Hill, 1992.

⁸² Kidder L. Research methods in social relations. Nova Iorque: Hold, Rinehart and Winston, 1981.

TÉCNICAS DE ANÁLISE DE DADOS	As autoras utilizaram a teoria fundamentada nos dados. Foi usado o método de comparação constante para codificar as transcrições e desenvolver a análise conceitual de cada entrevista, classificando os temas no maior nível de abstração utilizado.
TÉCNICAS DE GARANTIA DE VALIDAÇÃO/CONFIABILIDADE	Não há relato detalhado de como se deu a validação dos resultados.
PRODUTO INTERPRETATIVO	<p>As autoras apresentaram uma figura esquemática contendo três indicadores que diferenciaram aqueles que haviam parado de fumar e aqueles que não haviam parado de fumar. Cada indicador é representado por uma linha contínua em forma de flecha com duas pontas que ligam o maior e menor nível de cada indicador, evidenciando os diferentes graus em que os sujeitos podem estar:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Sensibilização: de alta à baixa. 2. Abordagem para parar: de comportamental à afetiva. 3. Relacionamento com o cigarro: de cultural à direto. <p>Consideraram que uma alta sensibilização, uma abordagem comportamental e uma relação cultural com o cigarro é incentivadora da cessação do tabagismo. Por outro lado, consideraram que uma baixa sensibilização aliada a uma abordagem afetiva e uma relação direta com o cigarro podem ser barreiras à parar de fumar. Após apresentarem os resultados, os confrontam com a literatura.</p>
PRINCIPAIS ACHADOS	<p>As autoras relatam os resultados tendo os temas dos indicadores como referência: 1. Sensibilização: os homens que pararam expressam preocupação consigo e com a sociedade, recordam o modo como começaram a fumar, identificam suas trajetórias de fumantes, as razões para as recaídas. Os que estão fumando demonstravam perspectiva relativa de vida, não falam de sua história nem mencionam mudanças. Alguns sentem haver perdido o controle sobre o tabaco, contam que no início atribuíam qualidades ao cigarro (sofisticado, inteligente) e descrevem sua decepção com as mudanças na sociedade responsabilizando os políticos. 2. Abordagem para parar: os que pararam focam no comportamento, preparando-se para parar, identificando estratégias que ajudam quando aumenta a urgência por fumar, mudando suas rotinas e comemorando o sucesso. Os que não pararam usam abordagens mais afetivas e mais espontâneas para tentar parar. Acreditam que parar é facilitado por um sentimento de estar "pronto para parar" e são mais sensíveis ao apoio dos outros. Relatam raiva e irritabilidade pela abstinência. Experimentam dissonância entre o desejo de fumar e a preocupação de que precisa parar. 3. Relacionamento com o cigarro: o grupo que parou associa o cigarro ao relaxamento e a contextos relacionados ao repertório social (cultural). Para os que não conseguiram parar, o cigarro está mais diretamente associado ao ato de fumar, e faz parte da rotina diária, identificam vários cigarros favoritos e relatam euforia como consequência da reposição de nicotina, batalhas psicológicas de luta contra o desejo de fumar, a perseverança necessária para parar e os sintomas de abstinência, fatores relacionados com a dependência.</p>
IMPORTÂNCIA DOS ACHADOS	<p>Implicações para a pesquisa: este estudo reforça alguns dos achados já relatados na literatura com extensa pesquisa em comportamento do tabagismo. Também fornece novas perspectivas com o potencial de reduzir a prevalência do tabagismo na população.</p> <p>Implicações para a prática: Os resultados oferecem abordagens que podem superar as limitações dos atuais métodos de cessação do tabagismo apontadas no artigo através da incorporação do contexto, cultura e realidades das vidas das pessoas; do uso de histórias que localizem o processo de mudança na vida diária e no apoio que podem dar umas às outras, além do suporte por longo período de tempo.</p>

FORMATO DO ESTUDO	Convencional (revisão de literatura separada do método, resultados separados da discussão)	
INFORMAÇÕES ADICIONAIS		
CLASSIFICAÇÃO SEGUNDO O MODELO DA ESFERA DE “EMPOWERMENT PROPOSTA POR LABONTE” (predominante no artigo)	Autocuidado com perspectiva de desenvolvimento grupal (família).	
ABORDAGEM REFERENTE AO PROCESSO EDUCATIVO	Tipo: Atendimento individual	
	Técnica: A intervenção não está relatada, apenas o modelo do estudo principal, no qual os parceiros que são fumantes são classificados em grupos segundo o status de tabaco das gestantes e são contatados por telefone no período próximo ao parto, para relatarem se pararam de fumar.	
	Abordagens consideradas relevantes: Os indivíduos que pararam expressam PREOCUPAÇÃO CONSIGO E COM A SOCIEDADE, RECORDAM, IDENTIFICAM suas trajetórias de fumantes, as RAZÕES para as recaídas. FOCAM NO COMPORTAMENTO, PREPARAM-SE PARA PARAR, IDENTIFICAM ESTRATÉGIAS, MUDAM SUAS ROTINAS E COMEMORAM O SUCESSO. Associam o cigarro ao RELAXAMENTO e a contextos relacionados ao REPERTÓRIO SOCIAL (cultural). Os que estão fumando demonstravam PERSPECTIVA RELATIVA DE VIDA, NÃO FALAM de sua HISTÓRIA nem MUDANÇAS. Alguns sentem haver PERDIDO O CONTROLE. Atribuíam QUALIDADES ao cigarro (sofisticado, inteligente) e descrevem sua DECEPÇÃO COM AS MUDANÇAS na sociedade. Usam abordagens mais AFETIVAS E MAIS ESPONTÂNEAS PARA TENTAR PARAR. Acreditam que parar é facilitado por um SENTIMENTO DE ESTAR "PRONTO PARA PARAR" e são mais SENSÍVEIS AO APOIO DOS OUTROS. Relatam RAIVA E IRRITABILIDADE pela abstinência. Experimentam DISSONÂNCIA entre o desejo de fumar e a preocupação de que precisa parar. O cigarro faz PARTE DE SUA ROTINA diária, identificam vários CIGARROS FAVORITOS e relatam EUFORIA como consequência da reposição de nicotina, BATALHAS PSICOLÓGICAS DE LUTA contra o desejo de fumar. A PERSEVERANÇA necessária.	
LOCALIZAÇÃO DE ARTIGOS RELEVANTES PARA A AMOSTRA NAS REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	Não	
OBSERVAÇÕES (Possíveis categorias de análise interpretativa dos dados referentes a aspectos da educação)	SENSIBILIZAÇÃO, ABORDAGEM PARA PARAR E RELACIONAMENTO COM O TABAGISMO.	
CLASSIFICAÇÃO DE QUALIDADE DO ESTUDO SEGUNDO OS CRITÉRIOS DO “CRITICAL APPRAISAL SKILLS PROGRAMME” (CASP) ⁸³	PONTUAÇÃO	9
	CATEGORIA	A

⁸³ Milton Keynes Primary Care Trust, 2002.

ANEXO 12 - Instrumento de detalhamento da amostra bibliográfica⁸⁴ - Artigo 10

ARTIGO 10	Context and beliefs about smoking and smoking cessation/ Contexto e crenças sobre tabagismo e cessação do tabagismo.
AUTOR (ES)	Disciplina: Enfermagem
	Filiação Institucional: University of North Carolina at Chapel Hill, Carolina do Norte, EUA da América.
	Nome: Pamela K. Pletsch, Sarah Morgan, Alex Freeman Pieper.
PUBLICAÇÃO	Periódico: MCN. The American journal of maternal child nursing
	Ano/número: 2003. Sep-Oct;28(5):320-5.
	Local: EUA da América
	Acesso: artigo solicitado à BIREME
MODO DE BUSCA	MEDLINE via PubMed (PMID 14501634).
	Qualificadores/ operadores booleanos: naturalistic research and smoking cessation
FONTE FINANCIADORA	American Lung Association of Wisconsin, EUA
PROBLEMA DA PESQUISA	O consumo de cigarro durante a gestação continua sendo um problema para mulheres e crianças nos EUA (12 a 22%), implicando em riscos tais como prematuridade, placenta prévia e baixo crescimento intra-uterino. Crianças que convivem domiciliarmente com tabagistas têm risco aumentado para Síndrome de Morte Súbita na Infância e asma, entre outros problemas respiratórios. Cessar o tabagismo durante a gestação diminui o risco para estes problemas de saúde. Embora campanhas de saúde pública, teorias comportamentais cognitivas, pesquisas fisiológicas e terapias farmacológicas estejam tendo impacto na redução do tabagismo da população em geral, isto não se reflete no tabaco durante a gravidez, que se mantém inalterado. Destaca-se o número de mulheres afro-americanas que fumam (20.8%).
IMPORTÂNCIA	Estudos sobre as mulheres afro-americanas, mostram elevadas taxas de doenças tabaco-relacionadas. Compreender os ambientes familiares e comunitários nos quais as tentativas das mulheres para deixar de fumar ocorreram, poderia oferecer discernimento para melhorar as intervenções de tabagismo. Os autores têm desenvolvido e executado um programa (Smoke Free Families Program, específico para gestantes, consiste em duas visitas e suporte por telefone) que aconselha sobre deixar de fumar e observaram que a mulher enfrenta muitos desafios em sua vida diária
FINALIDADE DA PESQUISA/QUESTÃO NORTEADORA	Objetivos: 1. Descrever o contexto no qual ocorrem as tentativas de parar de fumar. 2. Descrever as crenças das mulheres sobre tabagismo e cessação do tabagismo.
REVISÃO DA LITERATURA	Condição da gestante tabagista e da população afro-americana, processo de mudança através dos cinco estágios de cessação do tabagismo (modelo transteórico de mudança do comportamento em saúde, Prochaska Jo e Velicer WF, 1997); complicações perinatais associadas ao uso de tabaco; doenças respiratórias e exposição fetal ao tabagismo materno, consequências do tabagismo na gravidez, para mãe e bebê; o processo de cessação do tabagismo durante a gestação; protocolo clínico de cessação do tabagismo dos EUA, gerenciamento de

⁸⁴ Guia de tópicos baseado no Guia de tópicos para estudos detalhados: Sandelowski, Barroso/ Writing the proposal for a qualitative research methodology project: Qualitative health research, vol13 nº6 julho, 2003 781-820

	dados e métodos de análise.
PRESSUPOSTOS CONCEITUAIS	1. "Modelo Transteórico de Prochaska e DiClemente" (identificação no indivíduo do estágio em que se encontra para mudar o comportamento). ⁸⁵ 2. Análise temática de conteúdo. ⁸⁶
ORIENTAÇÃO METODOLÓGICA	Estudo exploratório de abordagem qualitativa naturalista descritiva, com dados analisados através da análise temática de conteúdo.
POPULAÇÃO INVESTIGADA (amostra)	15 mulheres afro-americanas de baixa renda, recrutadas a partir de convite feito às 74 mulheres participantes da intervenção (SFF), sendo que oito pertenciam ao grupo de tratamento e sete ao grupo controle (tratamento habitual) do estudo SFF.
FONTES/ MÉTODOS DE COLETA DE DADOS	Convidadas para uma entrevista pessoalmente na clínica ou através de telefone, conforme sua conveniência. A entrevista era do tipo semi estruturada, com perguntas abertas focando nas experiências de fumar e parar de fumar além de eventos ocorridos durante a gravidez e o pós-parto, com a utilização de perguntas de prova durante a entrevista. Não se perguntou sobre haver ou não parado de fumar. Através de um instrumento padronizado foram extraídos do prontuário das entrevistadas os dados relativos a complicações durante a gravidez e outros dados de saúde.
TÉCNICAS DE ANÁLISE DE DADOS	Dois membros do grupo de pesquisadores conduziram a análise temática de conteúdo de modo independente. As discrepância entre os códigos temáticos era discutida até o consenso. O grupo de pesquisadores construiu notas analíticas para fins de auditoria.
TÉCNICAS DE GARANTIA DE VALIDAÇÃO/ CONFIABILIDADE	As entrevistas foram conduzidas por uma enfermeira afro-americana que não estava afiliada ao projeto SFF. A definição das categorias foi estabelecida por dois pesquisadores. Cada entrevista foi codificada em categorias por dois pesquisadores.
PRODUTO INTERPRETATIVO	Os autores dividiram a análise em: 1. Tema do contexto: abordando o cenário pessoal e comunitário vivido pelas participantes bem como os problemas de saúde apontados pelas entrevistadas, que vão além dos relativos à gravidez e do tabagismo como modo de gerenciar o stress. 2. Tema das crenças: onde incluíram os pensamentos e crenças sobre cessação do tabagismo. Apresentam um quadro com recomendações à atuação da enfermeira.
PRINCIPAIS ACHADOS	1. Tema do contexto: aborda o cenário de privação e estresse pessoal e comunitário vivido pelas participantes, que incluem os desafios da maternidade, convivências em ambientes domiciliares perturbadores e em áreas violentas, com sentimentos de isolamento e falta de suporte social, além de recursos econômicos limitados. Manifestam que o cigarro auxilia a gerenciar o stress. Também aborda os problemas de saúde que vão além dos relativos à gestação, alguns deles relacionados ao tabagismo, como bronquites, diabetes, asma, tosse crônica, cardiopatias. Algumas relacionaram seus problemas de saúde ao cigarro. 2. Tema das crenças: destaca-se a importância dada à força de vontade e determinação no processo de cessação do tabagismo. Destacam que apesar da quantidade e qualidade da educação, conhecimento, terapia de reposição de nicotina ou auxílio disponível para parar de fumar um indivíduo não pode parar de fumar sem a vontade pessoal, força de vontade ou determinação de parar. 3. O exame dos prontuários evidenciou consideráveis problemas de saúde no período perinatal.

⁸⁵ Prochaska JO, Velicer WF. The transtheoretical model of health behaviour change. American Journal of Health promotion. 1997;12(1):38-48.

⁸⁶ Ryan GW, Bernard HR in Denzin NK, Lincoln YS. Handbook of Qualitative research, 2nd ed. 2000; New York: Sage. p.769-802.

IMPORTÂNCIA DOS ACHADOS	Implicações para a pesquisa: há necessidade de mais pesquisas que expliquem a relação entre estresse e determinação de mudança de comportamento. Ainda que as teorias comportamentais descrevam estágios e processos de mudança, intenção comportamental e características da dependência e motivação, ainda faz-se necessário compreender a "força de vontade" como um fator para o sucesso da cessação do tabagismo.
	Implicações para a prática: Este estudo entre mulheres afro-americanas de baixa renda traz discernimento sobre suas crenças sobre a cessação do tabaco e o complexo contexto de suas vidas. Neste sentido o tabaco é visto como um apoio ao estresse. Os autores consideram que mesmo havendo a abordagem sobre técnicas de "coping" nos programas convencionais de cessação do tabagismo, o stress experimentado por essas mulheres está frequentemente além do seu próprio controle. Isto contrasta com a visão das próprias mulheres quanto ao processo de parar de fumar, ao qual atribuem a necessidade de determinação e força de vontade. Concluem que para assistir estas mulheres aumentando sua vontade pessoal de cessar o tabagismo é necessário mudar os ambientes nos quais mulheres negras de baixa renda vivem, mudando assim grande parte das fontes de stress. Os autores propõem intervenções em vários níveis, além do programa de tabagismo, com vistas a uma comunidade mais saudável, dentro dos paradigmas da promoção da saúde. Também discutem o papel da enfermeira nesse processo e apresentam um quadro com recomendações à atuação de enfermagem relacionadas aos temas da pesquisa.
FORMATO DO ESTUDO	Convencional (revisão de literatura separada do método, resultados separados da discussão), porém com a discussão misturada às implicações para a prática e a pesquisa.
INFORMAÇÕES ADICIONAIS	
CLASSIFICAÇÃO SEGUNDO O MODELO DA ESFERA DE "EMPOWERMENT PROPOSTA POR LABONTE" (predominante no artigo)	Autocuidado. Embora a discussão dos autores gire em torno das políticas sociais, de etnia e de gênero, o programa atua individualmente.
ABORDAGEM REFERENTE AO PROCESSO EDUCATIVO	Tipo: individual, pró-ativa (domiciliar)
	Técnica: Duas visitas domiciliares e avaliação por telefone. Caráter informativo (riscos do tabagismo na gestação). Aconselhamento livre de juízo e apoiador. Avaliação do estágio de mudança e incentivo e apoio. Apresentação de vídeo, ausculta do coração do feto através de Doppler, com estratégia para envolver a mãe e a família.
	Aspectos considerados relevantes: aconselhamento com proposta de não julgamento (Autonomia). Incentivo a qualquer iniciativa para parar de fumar (redução de danos). Busca pró-ativa. Não há comentários sobre a relação profissionais-usuárias.
LOCALIZAÇÃO DE ARTIGOS RELEVANTES PARA A AMOSTRA NAS REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	Não
OBSERVAÇÕES (Possíveis categorias de análise interpretativa dos dados referentes a aspectos da educação)	1. BARREIRAS: o cenário de PRIVAÇÃO E ESTRESSE pessoal e comunitário vivido pelas componentes da amostra e os PROBLEMAS DE SAÚDE como barreiras a qualquer processo educativo. 2. Tema das crenças: a manifestação de que o CIGARRO AUXILIA A GERENCIAR O STRESS e a FORÇA DE VONTADE e DETERMINAÇÃO no processo de cessação do tabagismo como fortes aspectos a serem considerados: "As entrevistadas destacam que apesar da quantidade e qualidade da educação, conhecimento, terapia de reposição de nicotina ou auxílio disponível para parar de fumar um

	indivíduo não pode parar de fumar sem a vontade pessoal, força de vontade ou determinação de parar".	
CLASSIFICAÇÃO DE QUALIDADE DO ESTUDO SEGUNDO OS CRITÉRIOS DO "CRITICAL APPRAISAL SKILLS PROGRAMME" (CASP) ⁸⁷	PONTUAÇÃO	10
	CATEGORIA	A

⁸⁷ Milton Keynes Primary Care Trust, 2002.

ANEXO 13 - Instrumento de detalhamento da amostra bibliográfica⁸⁸ - Artigo 11

ARTIGO 11	Barriers to smoking cessation in pregnancy: a qualitative study/ Barreiras à cessação do tabagismo na gravidez: um estudo qualitativo.
AUTOR (ES)	Disciplina: Enfermeira, Saúde Pública
	Filiação Institucional: Rotherham Primary Care Trust, Yorkshire, Inglaterra.
	Nome: Angela Mary Tod
PUBLICAÇÃO	Periódico: British Journal of Community Nursing
	Ano/número: 2003. Feb;8(2):56-64.
	Local: Inglaterra
	Acesso: solicitação à BIREME
MODO DE BUSCA	PubMed (PMID: 12589246).
	Qualificadores: nursing and qualitative research and smoking cessation
FONTE FINANCIADORA	South Yorkshire Coalfields health action zone
PROBLEMA DA PESQUISA	O impacto do tabagismo na gravidez já está bem documentado. Seus efeitos incluem: abortamento, comprometimento cognitivo, doenças respiratórias. O governo Britânico desenvolveu serviços públicos especializados na cessação do tabagismo, que, mesmo sendo genéricos, têm responsabilidade sobre determinados grupos, como gestantes. South Yorkshire Coalfields é uma área com elevado índice de tabagismo e de doenças relacionadas ao tabaco onde serviços de cessação de tabaco tiveram impacto positivo (58% em 4 semanas). No entanto há baixa captação de gestantes. Este estudo compõe um corpo de pesquisas em ciências sociais que explorou o comportamento e o significado do tabagismo para mulheres. Basearam-se nos achados de Graham (1976, 1987, citação no artigo), sobre o papel do tabagismo em mulheres de baixa renda, lidando com a pobreza, o stress e o cuidado ao filho.
IMPORTÂNCIA	Ao explorar por que as mulheres não param de fumar e não buscam os serviços de cessação do tabagismo, comparando os resultados a estudos anteriores, este estudo pretende prover dados locais para os serviços de cessação do tabagismo de South Yorkshire Coalfields. Assim poderão ser considerados no desenvolvimento de serviços especializados recém-financiados, provendo serviços acessíveis e aceitáveis localmente, explorando caminhos para profissionais de saúde trabalhar em conjunto nas maternidades.
FINALIDADE DA PESQUISA/QUESTÃO NORTEADORA	Questão norteadora: Por que as mulheres grávidas que fumam não abandonam o cigarro e não procuram os serviços de cessação do tabagismo? 1. Explorar e explicar as barreiras à cessação do tabagismo durante a gestação.
REVISÃO DA LITERATURA	Condição da gestante tabagista, complicações perinatais associadas ao uso de tabaco, doenças respiratórias e exposição fetal ao tabagismo materno, síndrome da morte súbita na infância, consequências do tabagismo na gravidez, para mãe e bebê, o processo de cessação do tabagismo durante a gestação, comportamento aditivo, influências psicológicas e sociais, Iniquidades em saúde na região de South Yorkshire, o impacto do tabagismo em mulheres de baixa renda, preditores de cessação do tabagismo entre mulheres britânicas; estatísticas de doenças coronarianas, protocolo inglês de cessação do tabagismo; revisões sistemáticas sobre o treinamento de profissionais de saúde na cessação do tabagismo, intervenções de enfermagem na

⁸⁸ Guia de tópicos baseado no Guia de tópicos para estudos detalhados: Sandelowski, Barroso/ Writing the proposal for a qualitative research methodology project: Qualitative health research, vol13 nº6 julho, 2003 781-820

	cessação do tabagismo e intervenções para promover a cessação do tabagismo durante a gravidez.
PRESSUPOSTOS CONCEITUAIS	1. Métodos de pesquisa em saúde. ⁸⁹ 2. Análise de dados qualitativos para política de investigação aplicada. ⁹⁰ 3. Pesquisa qualitativa. ⁹¹
ORIENTAÇÃO METODOLÓGICA	Estudo exploratório de abordagem naturalística: abordagem que enfatiza dados ocorridos naturalmente, explorando o fenômeno a partir da perspectiva dos participantes, reconhecendo as influências sociais e culturais (Bowling, 1997, Richie and Spencer, 1994). Foram usados métodos qualitativos para identificar o leque de questões que podem dificultar ou facilitar a mulher grávida a deixar de fumar e a acessar os serviços de cessação do tabagismo. Foram empregadas entrevistas semi-estruturadas e técnicas de análise por agrupamentos.
POPULAÇÃO INVESTIGADA (amostra)	11 mulheres de baixa renda que fumaram durante a gravidez e eram conhecidas nos serviços de maternidade da área pesquisada. O convite para a pesquisa era feito pela obstetrix e foram feitos 300 convites. Destes, apenas 18 responderam, dos quais 11 se propuseram a responder (por telefone). O artigo discorre longamente sobre as dificuldades no recrutamento (como problemas de comunicação, falta de abertura das obstetrixes na abordagem sobre cigarro, vergonha da mulher em mostrar-se como tabagista) sobre as limitações de amostra tão reduzida e da entrevista por telefone, pois trata-se de uma "amostra de conveniência", havendo o risco de não iluminar os aspectos propostos pelo estudo.
FONTES/ MÉTODOS DE COLETA DE DADOS	Entrevista semi-estruturada sobre o histórico de tabagismo e comportamento, história obstétrica, fatores que influenciam a adesão ou a rejeição aos serviços de cessação do tabagismo, conhecimentos e crenças sobre cessação do tabaco e sugestões para a composição de serviços futuros, com a preocupação de não exteriorizar nenhum julgamento. Realizada por telefone, com duração média de 20 minutos. A entrevista foi gravada e transcrita.
TÉCNICAS DE ANÁLISE DE DADOS	A análise dos dados foi conduzida usando análise por agrupamento, uma abordagem pragmática a análise de dados qualitativos que emergiu da política de investigação aplicada (Richie and Spencer 1994), com cinco estágios: familiarização, desenvolvimento de um quadro temático, indexação, catalogação e mapeamento e interpretação.
TÉCNICAS DE GARANTIA DE VALIDAÇÃO/ CONFIABILIDADE	Validação pela própria condução da análise e através da confiabilidade da interpretação dos dados (Lincoln Guba, 1985), com critérios de credibilidade, transferência, dependência e confirmação, usados pela pesquisadora como ferramenta reflexiva, visando a detecção de interpretação inapropriada ou de viés. Usou também a técnica de "realimentação", na qual os assuntos que emergiam durante a entrevista eram checados e esclarecidos com as participantes, de modo que as análises iniciais eram testadas nas entrevistas subsequentes.
PRODUTO INTERPRETATIVO	A autora identificou que todas as participantes tinham ciência dos riscos de fumar (p.58 participante 1) na gravidez, que muitas sentiam culpa (p.58 participante 2) e que todas se esforçaram para mudar o comportamento, diminuindo o consumo de cigarros durante este período. As barreiras que explicam porque as participantes continuaram fumando durante a gravidez foram classificadas em cinco categorias: força de vontade, o papel e o significado de fumar, a influência da família e dos amigos, questões relacionadas aos serviços e

⁸⁹ Bowling A. Research methods in Health: Investigating Health and Health Service. 1997; Philadelphia: Saunders Co.

⁹⁰ Ritchie J, Spencer L. Qualitative data analysis for applied policy research. In: Bryman A, Burgess G eds. Analysing Qualitative Data. 1994; London: Routledge. p177.

⁹¹ Lincoln Y, Guba E. Naturalistic Inquiry. 1985; Beverly Hills: SAGE.

	interpretação e compreensão dos fatos.
PRINCIPAIS ACHADOS	<p>1. Força de vontade: o tabagismo é descrito em um contexto de vício ou dependência (p.59 participante 4 e 2). Algumas participantes manifestaram que não teriam considerado parar se não fosse pela gravidez (p.59 participante 2), de modo que para elas, parar de fumar ou diminuir o cigarro é uma condição temporária. Todas, não importam o que consideravam para si (parar ou continuar) manifestaram a força de vontade como essencial, embora não localizassem tal força de vontade nelas próprias (p.59 participante 11 e 1), apontando o stress da vida como algo que requer energia extra no momento de parar.</p> <p>2. O papel e significado de fumar localizam o tabagismo como ferramenta para lidar com o stress, como prazer e fonte de conforto (p. 60 participante 6), como ajuda para controlar a fome (no sentido de não gastar tanto com comida e não para manter-se magra,(p. 60 participante 11).</p> <p>3. A influência da família e dos amigos aborda as questões relacionadas ao comportamento do casal, onde o parceiro pára de fumar (p. 60 participante 1), mas volta ao ver que a gestante teve uma recaída, ou sobre a provisão ilimitada de cigarros em casa (p.60 participante 2). Também aborda o meio social como forte influência na recaída (participante 11).</p> <p>4. Serviços de saúde: aborda os efeitos deletérios de um aconselhamento investido de julgamento, o que alimentaria o comportamento de fumar da gestante, por estar ficar contrariada (p. 62 participantes 5 e 11). Também comenta a falta de incentivo evidenciada no formato rígido dos serviços (participante 11) e em sua conseqüente inacessibilidade, como barreira à mulheres de baixa renda, com dificuldades no cuidado à seus filhos.</p> <p>5. Interpretação e compreensão dos fatos reserva comentários às crenças sobre fumar e parar de fumar: será que os fatos sobre o risco do tabagismo são de fato reais? "não acontecerá comigo ou o bebê, só acontecerá com os outros (p.62, participante 5)." As alegações de danos são desacreditadas pela experiência pessoal ou de familiares (participante 2), bem como o benefício da cessação do cigarro aparece atrelada ao bebê e não à própria mulher, legitimando a recaída (p.62, participante 6).</p>
IMPORTÂNCIA DOS ACHADOS	<p>Implicações para a pesquisa: Há muita pesquisa relacionada a gestante tabagista. A meta do estudo era iluminar aspectos locais do contexto e da população, permitindo apontar um leque de fatores que influenciam o comportamento das participantes.</p> <p>Implicações para a prática: há necessidade de treinamento para ajudar as equipes de saúde a compreenderem a complexidade das questões relativas a cessação do tabagismo, incluindo as implicações sociais, culturais e do stress, equipando-as a ter expectativas realísticas para prover ajuda com empatia, compreendendo a importância de não induzir a paciente à culpa. Aponta a importância da enfermeira comunitária, desde que atreladas a mudanças organizacionais que facilitem a intervenção.</p>
FORMATO DO ESTUDO	Convencional (revisão de literatura separada do método, resultados separados da discussão)
INFORMAÇÕES ADICIONAIS	
CLASSIFICAÇÃO SEGUNDO O MODELO DA ESFERA DE "EMPOWERMENT PROPOSTA POR LABONTE" (predominante no artigo)	Autocuidado
ABORDAGEM	Tipo: atendimento individual ou em grupo

REFERENTE AO PROCESSO EDUCATIVO	Técnica: Técnica: Aconselhamento realizado em serviços públicos de cessação do tabagismo, conforme cada local.	
	<p>Aspectos considerados relevantes:</p> <p>1. Culpa e ciência do risco com esforço para modificar o comportamento (falas 1 e 2 p.58). Força de vontade não localizada nelas próprias. Gravidez como motivador: parar de fumar ou diminuir o cigarro é uma condição temporária. Stress da vida como algo que requer energia extra no momento de parar.</p> <p>2. Tabagismo como ferramenta para lidar com o stress, como prazer e fonte de conforto, para controlar a fome (no sentido de não gastar tanto com comida e não para manter-se magra).</p> <p>3. A influência da família e dos amigos, comportamento do parceiro, do meio social como influência na recaída.</p> <p>4. Serviços de saúde: efeitos deletérios de um aconselhamento investido de julgamento que alimenta o comportamento de fumar. Formato rígido dos serviços, sua inacessibilidade, como barreira.</p> <p>5. Interpretação e compreensão dos fatos: os fatos sobre o risco do tabagismo são reais? “Só acontecerá com os outros.” As alegações de danos são desacreditadas. O benefício da cessação do cigarro atrelado ao bebê e não à própria mulher.</p>	
LOCALIZAÇÃO DE ARTIGOS RELEVANTES PARA A AMOSTRA NAS REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	NÃO PERSONALIZADA	
OBSERVAÇÕES (Possíveis categorias de análise interpretativa dos dados referentes a aspectos da educação)	CULPA CIÊNCIA DO RISCO, ESFORÇO, FORÇA DE VONTADE (NÃO LOCALIZADA). GRAVIDEZ COMO MOTIVADOR, PARAR DE FUMAR COMO CONDIÇÃO TEMPORÁRIA, STRESS, TABACO COMO FERRAMENTA PARA O STRESS, PRAZER, CONFORTO, CONTROLE DA FOME POR ECONOMIA. FAMÍLIA, PARCEIRO, MEIO SOCIAL TANTO PODEM SER INCENTIVADORES COMO BARREIRAS, FORMATO DOS SERVIÇOS, CRENÇAS	
CLASSIFICAÇÃO DE QUALIDADE DO ESTUDO SEGUNDO OS CRITÉRIOS DO “CRITICAL APPRAISAL SKILLS PROGRAMME” (CASP)⁹²	PONTUAÇÃO	8,75
	CATEGORIA	B

⁹² Milton Keynes Primary Care Trust, 2002.

ANEXO 14 - Instrumento de detalhamento da amostra bibliográfica⁹³ - Artigo 12

ARTIGO 12	Smoking cessation in New Zealand: education and resources for use by midwives for women who smoke during pregnancy/ Cessação do tabagismo na Nova Zelândia: educação e recursos para as mulheres que fumam durante a gravidez, para utilização por parteiras.
AUTOR (ES)	<p>Disciplina: Medicina</p> <p>Filiação Institucional: Susan Pullon, Deborah McLeod, Cheryl Benn: School of Health Sciences, Massey University, Nova Zelândia. Anne Viccars: Bournemouth University, Reino Unido.</p> <p>Sonya White, Thimoty Cookson: Wellington School of Medicine and Health Sciences, University of Otago, Dunedin, Nova Zelândia.</p> <p>Anthony Dowell, Robin Green: estudantes da MEWS (Midwifery education for women who smoke).</p> <p>Nomes: Susan Pullon, Deborah McLeod, Cheryl Benn, Anne Viccars, Sonya White, Thimoty Cookson, Anthony Dowell, Robin Green.</p>
PUBLICAÇÃO	<p>Periódico:</p> <p>Health Promotion International</p> <p>Ano/número: 2003; Dec;18(4):315-25.</p> <p>Local: Inglaterra</p> <p>Acesso pela internet:</p> <p>http://heapro.oxfordjournals.org/cgi/reprint/18/4/315</p>
MODO DE BUSCA	<p>PubMed (PMID: 14695363)</p> <p>Qualificadores/ operadores booleanos:</p> <p>nursing research and health education and tobacco use cessation.</p>
FONTE FINANCIADORA	MEWS significa "Midwifery education for women who smoke" é financiado principalmente pelo Health Research Council of New Zealand, MATPRO (organização de serviços de obstetria).
PROBLEMA DA PESQUISA	A saúde da mãe e do bebê pode ser melhorada com a redução do tabagismo materno e o aumento da duração do aleitamento. Na Nova Zelândia 25% das mulheres fuma na gestação e entre as Maoris (e nos grupos com baixa alfabetização e baixo nível socioeconômicos) os índices podem ser maiores. Mulheres que fumam têm menor tendência a continuar amamentando comparadas às mulheres não fumantes. Embora haja vários programas efetivos descritos na literatura, na Nova Zelândia não havia um programa efetivamente integrado aos serviços rotineiros de maternidade. Neste país no período pré-natal a gestante é acompanhada por uma obstetriz podendo estar com outra obstetriz, ou um clínico geral ou obstetra. Durante este período a obstetriz e a gestante desenvolvem relacionamento próximo, estando, portanto em posição estratégica para conduzir intervenções dentro do contexto familiar, considerando-se ainda que grupos étnicos tenham forte influência da família e que a redução do tabaco do parceiro influencia o sucesso da gestante. O sucesso de programas está associado ao envolvimento dos profissionais. Programas desenhados para grupos específicos (étnicos) têm mais tendência a ter sucesso e serão mais efetivos com material escrito e audiovisual apropriados. .
IMPORTÂNCIA	A saúde da mãe e do bebê pode ser melhorada com a redução do tabagismo materno e o aumento da duração do aleitamento. A incorporação de programa de cessação do tabagismo na rotina de pré-

⁹³ Guia de tópicos baseado no Guia de tópicos para estudos detalhados: Sandelowski, Barroso/ Writing the proposal for a qualitative research methodology project: Qualitative health research, vol13 nº6 julho, 2003 781-820

	natal e de puerpério, junto com o programa de incentivo ao aleitamento materno pode proporcionar maior acesso e adesão por parte de gestantes e mães.
FINALIDADE DA PESQUISA/QUESTÃO NORTEADORA	Este artigo considera o desenvolvimento, uso e avaliação de dois programas independentes de promoção da saúde desenhados para as obstetrizas usarem com suas mulheres: um de educação para a cessação do tabagismo e um programa de promoção do aleitamento materno. Foram desenvolvidos num contexto de estudo de coorte seguido por um estudo randomizado testando a efetividade dos programas aplicados no cuidado obstétrico de rotina. Descreve os recursos educacionais e o material utilizado.
REVISÃO DA LITERATURA	Protocolos de Cessação do tabagismo (EUA e Nova Zelândia), modelo de estágios de mudanças aplicado à gestante ⁹⁴ , metanálise de intervenções para cessar o tabagismo no pré-natal, estudos dos grupos étnicos da Nova Zelândia, amamentação e o risco de morte súbita na infância, panfletos, vídeos e manuais voltados ao fumante, gestante e puérpera, abordagem ecológica, papel das obstetrizas e desenvolvimento de parcerias profissionais, importância do parceiro na cessação do tabagismo da gestante.
PRESSUPOSTOS CONCEITUAIS	Abordagem ecológica ⁹⁵ : Referindo-se à "nova saúde pública" e ao movimento de promoção da saúde, a abordagem ecológica enfatiza ação sobre uma ampla gama de determinantes da saúde, para apoiar mais intervenções eficazes destinadas a manter e promover a saúde das populações.
ORIENTAÇÃO METODOLÓGICA	Estudo longitudinal quantitativo (efetividade na cessação do tabagismo e na duração da amamentação) e qualitativo (avaliação dos programas).
POPULAÇÃO INVESTIGADA (amostra)	61 obstetrizas recrutaram 297 mulheres para o estudo randomizado, das quais 271 foram acompanhadas. Obstetrizas e mulheres (184) responderam questionários sobre os programas. Para as entrevistas individuais a amostra foi intencional (12 mulheres), para proporcionar riqueza de informações: procurou-se manter a proporção dos fatores associados ao tabagismo (idade, etnia, paridade, parceiro tabagista). Também se levantou mudanças no consumo de cigarro, etnia e método de aleitamento no quarto mês de vida.
FONTES/ MÉTODOS DE COLETA DE DADOS	Implantação da fase 1: levantamento de necessidades relacionadas aos dois temas entre as Maoris, com o desenvolvimento dos dois programas com as obstetrizas. Implantação da fase 2: constatação da necessidade de mais recursos educativos e de treinamento das obstetrizas, com confecção de materiais educativos específicos, produção de um vídeo e revisão e validação do material. Após a implantação das fases acima descritas, obstetrizas e mulheres escreveram sobre os programas. Foram realizadas entrevistas individuais com uma amostra das obstetrizas e outras com as mulheres, que receberam uma das abordagens (tabaco ou aleitamento) ou as duas. Neste ponto a amostra foi intencional, para proporcionar riqueza de informações. O interesse desta dissertação reside nos resultados das entrevistas com as mulheres. As entrevistas foram gravadas e transcritas.
TÉCNICAS DE ANÁLISE DE DADOS	Os dados foram analisados por processo de análise temática ⁹⁶ procurando os temas-chave.

⁹⁴ Di Clemente CC, Dolan-Mullen P, Windsor RA. The process of pregnancy smoking cessation: implications for interventions. Tob Contr. 2000;9:16-21.

⁹⁵ Levesque L, Richard L, Potvin L. The ecological approach in tobacco-control practice: Health promotion practitioner characteristics related to using the ecological approach. Am J Health Prom. 2000;14:244-252.

⁹⁶ Rice P, Ezzy D Qualitative research methods. a health focus. 1999; Melbourne:Oxford University Press.

TÉCNICAS DE GARANTIA DE VALIDAÇÃO/ CONFIABILIDADE	Os temas foram comparados e validados por pares.
PRODUTO INTERPRETATIVO	Dividido por programa (cessação do tabaco e aleitamento) e por categoria (obstetrizes e mulheres).
PRINCIPAIS ACHADOS	<p>Para a mulher, o mais importante foi a atitude para a cessação do tabagismo por parte da obstetriz (p.321), com apoio a qualquer mudança, mesmo pequena. Apreciaram a boa informação e suporte contínuo. Mesmo odiando serem repetidamente perguntadas sobre cigarro, consideravam ser "parte do trabalho da obstetriz".</p> <p>Gostaram do tempo dedicado a estudar e compreenderam os recursos educativos (panfletos, chart, video e manual), lembrando de ao menos um dos recursos, com variações de opinião sobre a utilidade dos recursos. Outras acharam importante ter variedade de recursos e referiram necessitar mais tempo para absorver o material. O vídeo foi bem recebido e algumas comentaram não ser "suficientemente assustador". Lembraram do "flip-char"t com o acúmulo de custos do tabagismo e sentiram-se afetadas pela página que mostra os danos do cigarro ao bebê. O manual "Quitbook" foi o mais mencionado.</p>
IMPORTÂNCIA DOS ACHADOS	<p>Implicações para a pesquisa: ainda que as obstetrizes tendam a diminuir a importância do seu papel, considerando a cessação do tabagismo algo fora do seu papel de obstetrizes, as impressões das mulheres sobre o apoio das obstetrizes vão ao encontro de outras pesquisas que destacam a atitude e o papel do profissional de saúde como de influência poderosa.</p> <p>Implicações para a prática: os programas foram considerados efetivos e com recursos apropriados. Mulheres que reduziram ou cessaram o tabagismo estavam mais aptas a amamentar o bebê após o quarto mês de vida.</p>
FORMATO DO ESTUDO	Convencional (revisão de literatura separada do método, resultados separados da discussão)
INFORMAÇÕES ADICIONAIS	
CLASSIFICAÇÃO SEGUNDO O MODELO DA ESFERA DE "EMPOWERMENT PROPOSTA POR LABONTE" (predominante no artigo)	Autocuidado, uma vez que concentra atenção individual na relação da obstetriz e da gestante.
ABORDAGEM REFERENTE AO PROCESSO EDUCATIVO	<p>Tipo: individual.</p> <p>Técnica: programa desenhado para estar incorporado à programação rotineira de visitas pré-natal da obstetriz à gestante, mas com uma visita extra na qual se introduz o programa de cessação do tabagismo que é oferecido a todas as tabagistas (incluindo as que fumavam na concepção). Realiza-se a avaliação do estágio de mudança e do tabagismo do parceiro e apresenta-se o vídeo. As mudanças, dificuldades e recaídas são monitoradas nas visitas subseqüentes.</p>

	<p>Aspectos considerados relevantes:</p> <p>ATITUDE para a cessação do tabagismo por parte da obstetriz (p.321), com APOIO à qualquer mudança, mesmo pequena. Apreciaram a BOA INFORMAÇÃO e SUPORTE CONTÍNUO. Mesmo ODIANDO SEREM REPETIDAMENTE PERGUNTADAS, consideravam ser "PARTE DO TRABALHO da obstetriz". GOSTARAM DOS RECURSOS vídeo foi bem recebido e algumas comentaram NÃO É SUFICIENTEMENTE ASSUSTADOR". Lembraram do flip-chart com o acúmulo de CUSTOS do tabagismo e sentiram-se afetadas pela página que mostra os DANOS AO BEBÊ. O MANUAL "Quitbook" foi o mais mencionado.</p>	
LOCALIZAÇÃO DE ARTIGOS RELEVANTES PARA A AMOSTRA NAS REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	NÃO	
OBSERVAÇÕES (Possíveis categorias de análise interpretativa dos dados referentes a aspectos da educação)	Relação profissional-paciente, material educativo, pressão para parar, recursos audiovisuais e escritos, manuais, expectativa de imagens assustadoras, custo do cigarro, danos ao bebê.	
CLASSIFICAÇÃO DE QUALIDADE DO ESTUDO SEGUNDO OS CRITÉRIOS DO "CRITICAL APPRAISAL SKILLS PROGRAMME" (CASP)⁹⁷	PONTUAÇÃO	8
	CATEGORIA	B

⁹⁷ Milton Keynes Primary Care Trust, 2002.

ANEXO 15 - Instrumento de detalhamento da amostra bibliográfica⁹⁸ - Artigo 13

ARTIGO 13	Pregnant women's perception of the implementation of smoking cessation advice/ Percepção de mulheres grávidas sobre a implementação do aconselhamento para a cessação do tabagismo.
AUTOR (ES)	Disciplina: Obstetriz
	Filiação Institucional: Center for Nursing Research, University of Ulster, Belfast, Irlanda.
	Nomes: Nyree McCurry, Kate Thompson, Kader Parahoo, Elaine O'Doherty, Anne-Marie Doherty
PUBLICAÇÃO	Periódico: Health Education Journal
	Ano/número: 2002;61 (1): 20-31
	Local: Inglaterra
	Acesso pela internet: http://hej.sagepub.com/cgi/content/abstract/61/1/20
MODO DE BUSCA	CINAHL (AN: 2003019874)
	Qualificadores/ operadores booleanos: qualitative studies + health education + smoking cessation
FONTE FINANCIADORA	Não há referências
PROBLEMA DA PESQUISA	<p>Como problema de saúde reconhecido pela comunidade médica, há a prioridade em se inserir protocolos de cessação do tabagismo na rotina dos serviços de saúde. No entanto estudos indicam que apenas uma em cada dez consultas para fumantes tem abordagem de cessação do tabagismo, parecendo que os protocolos não foram implantados de modo consistente.</p> <p>Muitas gestantes tendem a modificar o seu comportamento devido às pressões sociais para que deixem de fumar e às preocupações que têm sobre a gravidez. Embora algumas deixem de fumar antes de sua primeira visita pré-natal, no Reino Unido, cerca de 30% continuam a fazê-lo. Embora mulheres grávidas tenham grande contato com os serviços de saúde (o que cria oportunidade de intervenção), são poucos os serviços que incorporaram à rotina programas de cessação do tabagismo, como parte dos cuidados no pré-natal, sendo que há estudos indicando que as mulheres desejam receber tal atendimento. Por outro lado, embora se afirme a importância do aconselhamento por profissionais de saúde, alguns estudos o colocam em questão como tendo tanta efetividade quanto os manuais de auto ajuda ou de baixa efetividade. No Norte da Irlanda 25% das gestantes fumam. Este estudo é parte de um projeto de quatro fases desenhado para melhorar a prática no campo da cessação do tabagismo na gestação a fim de atingir a meta de redução da taxa de tabagismo em 1% ao ano, na área (Northern Health and Social Services Board). As fases um e dois do projeto resultaram no desenvolvimento de protocolos para profissionais de saúde que fornecem orientação na cessação do tabagismo. A fase três do projeto explorou a implantação destes guias junto aos profissionais de saúde. A fase quatro (este artigo) investiga a visão das tabagistas e dos profissionais de saúde, vistas como fundamentais para se conseguir as melhores práticas.</p>
IMPORTÂNCIA	Para se alcançar a redução das taxas de tabagismo entre gestantes, faz-se necessário o reconhecimento das questões fundamentais relacionadas ao cigarro e à gravidez. O "Smoking and Pregnancy Steering Group" foi criado para identificar a relação entre vulnerabilidade

⁹⁸ Guia de tópicos baseado no Guia de tópicos para estudos detalhados: Sandelowski, Barroso/ Writing the proposal for a qualitative research methodology project: Qualitative health research, vol13 nº6 julho, 2003 781-820

	social e comportamento para o tabagismo a falta de consistência entre as condutas dos trabalhadores sociais e da saúde e a necessidade de se embasar as intervenções em procedimentos comprovadamente efetivos.
FINALIDADE DA PESQUISA/QUESTÃO NORTEADORA	Este estudo busca a visão da gestante quanto à eficácia e relevância dos protocolos implantados pelos profissionais na área de abrangência do Northern Health and Social Services Board, norte da Irlanda.
REVISÃO DA LITERATURA	Custos do tabagismo na assistência perinatal, efeitos do tabagismo na mãe e no bebê, modelos de intervenção em tabagismo, perfil epidemiológico de saúde-doença do Canadá, estudos sobre recaída e intervenções para evitá-las. Pesquisa Qualitativa, ação participativa em pesquisa de promoção da saúde, capital social, preditores da recaída pós-parto, estágios de mudança, revisão bibliográfica sistemática sobre tabagismo e sobre intervenções no período perinatal, fisiopatologia pulmonar da gestante e do bebê.
PRESSUPOSTOS CONCEITUAIS	1. Modelo Transteórico. ⁹⁹
ORIENTAÇÃO METODOLÓGICA	Não explicitado claramente, estudo longitudinal de abordagem qualitativa e quantitativa, com análise dos dados pela identificação de temas emergentes.
POPULAÇÃO INVESTIGADA (amostra)	25 mulheres convidadas das quais 15 efetivamente participaram. A saturação foi obtida com 15 entrevistas. As demais mulheres faltaram nos encontros, ou tiveram abortamentos ou partos prematuros.
FONTES/ MÉTODOS DE COLETA DE DADOS	Os participantes foram captados a partir de três cenários (uma unidade hospitalar de maternidade, um grupo de obstetrizes e um grupo de clínicos. Durante as dez semanas do estudo toda gestante tabagista era convidada a participar do estudo. A abordagem inicial era feita por profissionais de saúde e os contatos subsequentes por pesquisadores. Todas as entrevistas foram gravadas e realizadas nas residências das gestantes, segundo sua disponibilidade. A entrevista continha tópicos como: dados demográficos, implantação dos protocolos consumo de cigarro, existência de suporte social e métodos de intervenção.
TÉCNICAS DE ANÁLISE DE DADOS	As entrevistas gravadas foram transcritas e os temas que emergiram foram identificados. Os autores consideram que embora as 15 entrevistadas tivessem perfil semelhante às não entrevistadas, estas não podem ser vistas como representantes das gestantes tabagistas, embora os resultados dêem alguma indicação da visão da gestante tabagista sobre a intervenção dos profissionais de saúde.
TÉCNICAS DE GARANTIA DE VALIDAÇÃO/ CONFIABILIDADE	Não mencionada diretamente
PRODUTO INTERPRETATIVO	Produto descritivo, com exemplos das entrevistas: 1. Situação quanto ao consumo de cigarro. 2. Os protocolos de intervenção. 3. Visão sobre os protocolos de intervenção. 4. Visão sobre os profissionais de saúde. 5. Discussão.
PRINCIPAIS ACHADOS	Produto descritivo, com exemplos das entrevistas: 1. Situação quanto ao consumo de cigarro: início precoce, culpa por não parar, algumas tentaram diminuir o número de cigarros consumidos para cerca de metade. Continuaram a fumar por vício, hábito ou stress (especialmente no final da gravidez)

⁹⁹ Prochaska JO, DiClemente CC. Transtheoretical therapy: Toward a more integrative model of change. *Psychotherapy: theory, research and practice*. 1982;19:276-288.

	<p>2. Os protocolos de intervenção: mencionam que alguns profissionais perguntaram sobre o cigarro e desejo de parar, mas não usaram as outras etapas (p.24 fala 2: "ele não falou e eu não mencionei") . Afirmaram que foram mais aconselhadas que "fortemente persuadidas a parar", entendendo que não é possível persuadir alguém a parar (isto tem que ser com você), p.24, fala 4 - ver semelhante no artigo da Tod AM. Os médicos tendem a deixar a aplicação dos protocolos com as obstetrias (o doutor deixa quase tudo para a obstetria) tendo um papel superficial (interpretado como transferência de responsabilidade). Mulheres acessam os riscos do cigarro, primeiro sem falar sobre sua própria preocupação. As que se preocupam afirmam que isto não foi suficiente para impedi-las de fumar (informação- p.25 fala 1 "saber que há riscos não detém você"). 3. Visão sobre os protocolos de intervenção: As mulheres pareceram gostar da orientação e informação recebidas, sentindo o reforço da mensagem: p.25 fala2- "Me fez pensar, a decisão de parar está com a pessoa (p.25 fala 3- reforço da autonomia e da força de vontade). Consideram o aconselhamento como parte inevitável do cuidado pré-natal (p.25 fala4), mas consideram que vale a pena. Consideram o médico a pessoa de mais influência, como dando a última palavra. 4. Visão sobre os profissionais de saúde: consideram-nos como auxiliares e amistosos, com destaque para a atitude positiva da obstetria e algumas expressões de negatividade dos médicos, observados como com tendência a fazer julgamento e serem de difícil acesso. "eu mentiria para o médico... mas diria à obstetria a verdade" (p.26 fala1).</p>
IMPORTÂNCIA DOS ACHADOS	<p>Implicações para a pesquisa: Comenta o viés de que as mulheres que quiseram participar não representam as gestantes, pois as que não quiseram são provavelmente fumantes severas cuja opinião poderia ser diferente. Também comentam que o fato das participantes saberem que se tratava de pesquisa sobre a avaliação de protocolo, pode tê-las feito oferecer respostas socialmente desejáveis.</p>
	<p>Implicações para a prática: Destaca a importância de se conduzir intervenções baseadas nos estágios de mudança de modo personalizado, o que favoreceria a mudança. Com a constatação que de fato as gestantes transitam entre os vários estágios durante uma mesma gestação, as intervenções refletiriam as circunstâncias das mudanças.</p>
FORMATO DO ESTUDO	Convencional (revisão de literatura separada do método, resultados separados da discussão).
INFORMAÇÕES ADICIONAIS	
CLASSIFICAÇÃO SEGUNDO O MODELO DA ESFERA DE "EMPOWERMENT PROPOSTA POR LABONTE" (predominante no artigo)	Autocuidado.
ABORDAGEM REFERENTE AO PROCESSO EDUCATIVO	Tipo: individual
	<p>Técnica: Intervenção construída segundo protocolo atendendo os seguintes passos: 1. Pergunte sobre o consumo de cigarro a cada contato. 2. Avalie a intenção de parar de fumar. 3. Demonstre fortemente a urgência em para de fumar. 4. Ofereça o seu suporte com o abandono do cigarro. 5. Estabeleça saber sobre os perigos de fumar na gravidez. 6. Ofereça informações sobre os riscos de fumar e destaque bem os benefícios de parar. 7. Ajude na formulação de um plano para parar de fumar. Identifique serviços de suporte que são acessíveis. 9. Eduque o parceiro/ família sobre os riscos do tabagismo ativo e passivo.</p>

	<p>Aspectos considerados relevantes:</p> <p>1. Situação quanto ao consumo de cigarro: início precoce, culpa, desejo de parar, tentaram diminuir o número de cigarros. Continuaram a fumar por vício, hábito ou stress.</p> <p>2. Os protocolos de intervenção: mencionam que alguns profissionais perguntaram, mas não usaram as outras etapas (p.24 fala 2."êle não falou e eu não mencionei") . Afirmaram que foram mais aconselhadas que "fortemente persuadidas a parar", entendendo que não é possível persuadir alguém a parar (isto tem que ser com você), p.24, fala 4-ver-selhante so artigo da Tod AM. Os médicos deixam a aplicação dos protocolos com as obstetrizes ("o doutor deixa quase tudo para a obstetriz") tendo um papel superficial (interpretado como transferência de responsabilidade). Mulheres acessam os riscos do cigarro, sem falar sobre sua própria preocupação, afirmando que isto não foi suficiente para impedi-las de fumar (informação- p.25 fala 1 "saber que há riscos não detém você").</p> <p>3. Visão sobre os protocolos de intervenção: As mulheres pareceram gostar da orientação e informação recebidas, sentindo o reforço da mensagem: p25 fala2-"Me fez pensar" a decisão de parar está com a pessoa (p.25 fala 3-reforço da autonomia e da força de vontade).Aconselhamento como parte inevitável do cuidado pré-natal (p.25 fala4), que vale a pena. Considera o médico a pessoa de mais influência, como dando a última palavra.</p> <p>4. Visão sobre os profissionais de saúde: consideram-nos como auxiliares e amistosos, com destaque para a atitude positiva da obstetriz e algumas expressões de negatividade dos médicos, observados como com tendência a fazer julgamento e serem de difícil acesso. "Eu mentiria para o médico... mas diria à obstetriz a verdade" (p.26 fala1).</p>	
LOCALIZAÇÃO DE ARTIGOS RELEVANTES PARA A AMOSTRA NAS REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	NÃO	
OBSERVAÇÕES (Possíveis categorias de análise interpretativa dos dados referentes a aspectos da educação)	<p>INÍCIO PRECOCE, CULPA, DESEJO DE PARAR. STRESS, VÍCIO, HÁBITO, CONHECEM O RISCO, MAS A INFORMAÇÃO NÃO É SUFICIENTE (IT'S UP TO YOU", NÃO PODEM SER PERSUADIDAS A PARAR. PROFISSIONAIS NÃO APLICAM O PROTOCOLO, TRANSFEREM RESPONSABILIDADE, PODEM JULGAR OU PARECER INACESSÍVEIS. VÊEM AS INFORMAÇÕES COMO REFORÇO, ACONSELHAMENTO COMO INEVITÁVEL, GENTILEZA E APOIO X JULGAMENTO E INACESSIBILIDADE DO MÉDICO EM CONTRASTE COM A CONFIANÇA NA OBSTETRIZ</p>	
CLASSIFICAÇÃO DE QUALIDADE DO ESTUDO SEGUNDO OS CRITÉRIOS DO "CRITICAL APPRAISAL SKILLS PROGRAMME" (CASP)¹⁰⁰	PONTUAÇÃO	9
	CATEGORIA	A

¹⁰⁰ Milton Keynes Primary Care Trust, 2002.

ANEXO 16 - Instrumento de detalhamento da amostra bibliográfica ¹⁰¹ - Artigo 14

ARTIGO 14	Women's experiences of smoking during and after pregnancy as ascertained two to three years after birth/ Experiências de tabagismo das mulheres, durante e após a gravidez, apuradas de dois a três anos após o parto.
AUTOR (ES)	<p>Disciplina: obstetriz</p> <p>Filiação Institucional:</p> <p>Lena Lendahls, Laila Öhman: Lyckeby Health Centre, Lyckeby, Suécia.</p> <p>Jerker Liljestrand: The World Bank, Health, Nutrition and Population.</p> <p>Anders Håkansson: Dpartment of Community Medicine, Malmö University Hospital, Malmö, Suécia</p> <p>Nome: Lena Lendahls, Laila Öhman, Jerker Liljestrand, Anders Håkansson</p>
PUBLICAÇÃO	<p>Periódico: Midwifery</p> <p>Ano/ número: 2002;18(3): 214-222</p> <p>Local: Escócia</p> <p>Acesso pela internet: http://www.sciencedirect.com/science?_ob=PublicationURL&_tokey=%23TOC%236957%232002%23999819996%23347076%23FLP%23&_cdi=6957&_pubType=J&_auth=y&_acct=C000049650&_version=1&_urlVersion=0&_userid=5674931&md5=987104c47c463b5870b9242ae595e932 </p>
MODO DE BUSCA	<p>CINAHL (AN: 2003066271)</p> <p>Qualitative studies and smoking cessation</p>
FONTE FINANCIADORA	Não mencionado, talvez, Banco Mundial (pelo co-autor)
PROBLEMA DA PESQUISA	Gravidez é uma oportunidade de reflexão sobre estilo de vida para os pais, pois desejando o melhor para os seus filhos, estão abertos a aconselhamento. Quase toda gestante que fuma preocupa-se com os riscos para o bebê, expressa forte desejo de parar, também relatando grande diminuição no consumo de cigarro, principalmente no início da gravidez. Haver começado a fumar tardiamente, não ter tido filhos anteriormente, ter um alto nível de escolaridade e ter um parceiro não tabagista estão associados à habilidade de parar de fumar durante a gravidez. Estudos mostram que intervenções centradas no paciente, com conhecimento de sua situação social e pontos de vista, são mais efetivas na cessação do tabagismo que dar a informação e pedir que mude seu comportamento. Intervenções durante a gravidez podem diminuir o consumo de cigarro e aumentar o peso ao nascer. Desde 1984 há um projeto longitudinal para promover o não-tabaco durante a gravidez, no sudeste da Suécia (Blekinge) que consiste em obstetristas e obstetras treinados que atuam nas clínicas de pré-natal. Para avaliar o programa, faz-se um questionário anual com todas as parturientes de cada ano, em setembro. Os resultados dos últimos cinco anos demonstram efetividade do programa.
IMPORTÂNCIA	Estudos mostram que intervenções centradas no paciente, com conhecimento de sua situação social e pontos de vista, são mais efetivas na cessação do tabagismo que dar a informação e pedir que mude seu comportamento. Intervenções durante a gravidez podem diminuir o consumo de cigarro e aumentar o peso ao nascer.

¹⁰¹ Guia de tópicos baseado no Guia de tópicos para estudos detalhados: Sandelowski, Barroso/ Writing the proposal for a qualitative research methodology project: Qualitative health research, vol13 nº6 julho, 2003 781-820

FINALIDADE DA PESQUISA/QUESTÃO NORTEADORA	O objetivo deste estudo foi descrever as experiências de ser uma gestante tabagista; identificar o que faz uma mulher grávida parar de fumar; aprender se há alguma coisa, alguém, em qualquer momento, em conexão com a gravidez, que torna mais fácil parar ou diminuir os hábitos de tabagismo.
REVISÃO DA LITERATURA	Modelos e avaliações de intervenção para a cessação do tabagismo, pesquisa qualitativa, hermenêutica, fenomenologia, tabagismo passivo, influência do parceiro, motivação e preditores para a gestante parar de fumar, redução de danos, abordagem centrada no paciente, revisão bibliográfica sistemática dos riscos do tabaco na gravidez e de intervenções, terapia cognitiva.
PRESSUPOSTOS CONCEITUAIS	1. Fenomenologia. ¹⁰² 2. Pesquisa qualitativa. ¹⁰³
ORIENTAÇÃO METODOLÓGICA	Estudo exploratório de abordagem fenomenológica interpretativa (Holloway, 1997, Heidegger 1962).
POPULAÇÃO INVESTIGADA (amostra)	A partir do quadro de parturientes do ano de 1991, foram selecionadas as primeiras seis que responderam ao questionário de avaliação de 1994, de cada um dos seguintes grupos (total 24 mulheres): A - deixou de fumar na gravidez e após dois anos continua sem fumar; B - mas fumou em dois anos após o parto; C - deixou de fumar próximo ao parto e ficou sem fumar em média por três meses. D - Fumou durante a gravidez e continua fumando dois anos após o parto.
FONTES/ MÉTODOS DE COLETA DE DADOS	Entrevista semi-estruturada, com perguntas abertas, realizadas por uma das autoras, na casa da participante ou na clínica, segundo sua preferência. As entrevistas foram gravadas e transcritas.
TÉCNICAS DE ANÁLISE DE DADOS	O material foi analisado pelas autoras de modo independente com os seguintes passos: leitura superficial (visão geral); estudo em profundidade com leitura de cada sentença, discussão do conteúdo entre as duas principais autoras para dividir os temas e subtemas.
TÉCNICAS DE GARANTIA DE VALIDAÇÃO/ CONFIABILIDADE	Para aumentar a validação, as entrevistas foram lidas uma vez mais pelas autoras em conjunto para interpretar os achados como um todo, além de avaliação por pares não envolvidos com o estudo.
PRODUTO INTERPRETATIVO	Embora tenham inicialmente pensado haver diferenças nas respostas dos quatro grupos, observaram que as poucas diferenças eram relativas à pessoa e seu número de gestações, mais do que o grupo ao qual pertenciam. Por isso o resultado foi apresentado como um todo, separado pelos temas emergidos na análise: histórico de tabagismo, hábitos de fumar durante a gestação e amamentação, perdas e ganhos, papel das obstetrias e médicos da clínica pré-natal, papel de outros médicos e enfermeiras.
PRINCIPAIS ACHADOS	1. Histórico de tabagismo: cigarro como identidade, influência dos próprios pais no hábito da mulher (p.217 B3), cigarro como estilo de vida, a importância do café e do álcool, como relaxante, conforto, companhia, as relações sociais com fumantes, incômodo com a propaganda anti-tabaco, sentimento de manipulação pelo cigarro, falha em parar devido aos sintomas de abstinência, haver exagero sobre os danos do cigarro. 2. Hábitos de fumar durante a gestação e amamentação: o foco no bebê e a amamentação aumentam a

¹⁰² Bergum V. Being a phenomenological researcher. In: Morse J ed. Qualitative nursing research: a contemporary dialogue. 1991; London: Sage Publications
 Heidegger M. Being and time, translated by Macquarrie J, Robinson E. 1962; Oxford: Basil Blackwell.

¹⁰³ Holloway I. Basics concepts of qualitative research. 1997; Oxford: Blackwell Science Ltd.
 e Lincoln Y, Guba E. Naturalistic Inquiry. 1985; Newbury Park CA: Sage.

	<p>motivação para parar de fumar (movimento do bebê, ouvir o coração, ver o bebê) e mesmo com sintomas de abstinência, algumas não queriam prejudicar o bebê, outras encontraram apoio da família em fumar alguns cigarros para não se sentir mal (p.218 D6). Mulheres que fumaram em outras gestações tendem a diminuir o cigarro e a controlar o horário de fumar de modo a não coincidir com a amamentação. 3. Perdas e ganhos: mulheres que pararam de fumar expressam satisfação por não terem exposto seus bebês e têm atitude positiva diante da propaganda. Relatam a importância do ambiente de apoio. Vantagens mencionadas: cheiram melhor e sentem melhor o sabor, melhor forma física e estar livre do vício. Preocupavam-se em dar exemplo aos filhos, seja permanecendo sem fumar, seja não fumando em frente à eles. Como desvantagem, o medo de ganhar peso foi citado por muitas mulheres como justificativa para continuar a fumar. Parceiro fumante influencia na continuação do vício. 4. Papel das obstetrizes e médicos da clínica pré-natal: há expectativa que eles abordem sobre cigarro no pré-natal e a maioria recebeu orientação para parar de fumar através da obstetriz, com variações de desempenho, desde apenas perguntar (visto como desapontante) até suporte. Algumas não querem discutir o assunto em outras gestações. Há relato de anuência da obstetriz sobre o tabaco (para a gestante se sentir melhor). 5. Papel de outros médicos e enfermeiras: Uma relatou que lhe mostraram a placenta na sala de parto. Outra comentou o combinado de horário para fumar, aprendido na maternidade. 25% das mulheres relataram abordagem na clínica de puericultura. Uma mãe com bebê com otite nunca foi perguntada, enquanto outra recebeu a resposta: "você fuma? Então deixe o cigarro", sem orientação de como fazê-lo. Outra relata o apoio da enfermeira para manter-se sem fumar.</p>
IMPORTÂNCIA DOS ACHADOS	<p>Implicações para a pesquisa: A obstetriz tem um papel importante na cessação do tabagismo. Muitas mulheres sentem falta do suporte dos médicos, enfermeiros e equipe do hospital. Há necessidade de se uniformizar a abordagem entre os diversos profissionais.</p>
	<p>Implicações para a prática: mulheres que fumam na primeira consulta de pré-natal, em geral são tabagistas severas. Em geral vivem com um tabagista e acham difícil parar. Ter a gravidez confirmada, conversar com a obstetriz, ouvir os sons do feto, aumenta a motivação para parar ou reduzir o tabaco. Em consequência deste estudo o distrito estudado tem agora um programa contínuo para ajudar mulheres a pararem de fumar.</p>
FORMATO DO ESTUDO	Convencional (revisão de literatura separada do método, resultados separados da discussão).
INFORMAÇÕES ADICIONAIS	
CLASSIFICAÇÃO SEGUNDO O MODELO DA ESFERA DE "EMPOWERMENT PROPOSTA POR LABONTE" (predominante no artigo)	Autocuidado com perspectiva de desenvolvimento grupal (família)
ABORDAGEM REFERENTE AO PROCESSO EDUCATIVO	Tipo: Atendimento individual
	Técnica: Aconselhamento para a cessação do tabagismo realizado por obstetrizes e obstetras durante as consultas de pré-natal para aumentar o conhecimento do risco de fumar na gravidez e na amamentação.
	Significado do cigarro, falha em parar, apoio da família, influência do parceiro, foco no bebê, vantagens e desvantagens em parar de fumar, relação profissional-gestante.
LOCALIZAÇÃO DE ARTIGOS RELEVANTES PARA A AMOSTRA NAS REFERÊNCIAS	NÃO

BIBLIOGRÁFICAS					
OBSERVAÇÕES (Possíveis categorias de análise interpretativa dos dados referentes a aspectos da educação)	<p>Significados: identidade, estilo de vida, relaxante, conforto, companhia. influência dos pais no hábito da mulher (p.217 b3), a importância do café e do álcool as relações sociais com fumantes, incômodo com a propaganda antitabaco, sentimento de manipulação pelo cigarro, falha em parar devido aos sintomas de abstinência, haver exagero sobre os danos do cigarro. aumentam a motivação: o foco no bebê e amamentação. apoio da família em fumar alguns cigarros diminuir o cigarro e a controlar o horário de fumar de modo a não coincidir com a amamentação perdas e ganhos: mulheres que pararam: satisfação por não terem exposto seus bebês, atitude positiva diante da propaganda. importância do ambiente de apoio. vantagens mencionadas: cheiram melhor e sentem melhor o sabor, melhor forma física e estar livre do vício. exemplo aos filhos como desvantagem, o medo de ganhar peso. parceiro fumante influencia na continuação do vício. relação profissional - paciente: há expectativa abordem sobre cigarro no pré-natal orientação para parar de fumar através da obstetriz, o médico não dá suporte, encaminha para a obstetriz relato de anuência da obstetriz sobre o tabaco (para a gestante se sentir melhor). relatos divergentes e não sistematizada de outros profissionais.</p>				
	CLASSIFICAÇÃO DE QUALIDADE DO ESTUDO SEGUNDO OS CRITÉRIOS DO “CRITICAL APPRAISAL SKILLS PROGRAMME” (CASP) ¹⁰⁴	<table> <tr> <th>PONTUAÇÃO</th> <th>10</th> </tr> <tr> <td>CATEGORIA</td> <td>A</td> </tr> </table>	PONTUAÇÃO	10	CATEGORIA
PONTUAÇÃO	10				
CATEGORIA	A				

¹⁰⁴ Milton Keynes Primary Care Trust, 2002.

ANEXO 17 - Tabela dos periódicos identificados nas bases de dados segundo a principal área de atuação, o país de origem e a frequência de citações cadastradas.

Nome do periódico	Área principal	País de origem	N	%
Nicotine Tob Res	saúde pública	Inglaterra	47	7,4
Tob Control	dependência de álcool e drogas	Inglaterra	22	3,5
Prev Med	saúde pública	EUA	18	2,8
Patient Educ Couns	educação em saúde enfermagem	Irlanda	15	2,4
Health Educ Res	educação em saúde	Inglaterra	10	1,6
Salud pública Méx.	saúde pública	México	10	1,6
Addiction	dependência de álcool e drogas	Inglaterra	9	1,4
BMJ	medicina	Inglaterra	9	1,4
Am J Public Health	saúde pública	EUA	7	1,1
J. Bras. pneumol.	pneumologia medicina	Brasil	7	1,1
Pediatrics	pediatria medicina	EUA	7	1,1
Addict Behav	ciências do comportamento	Inglaterra	6	0,9
Am J Health Behav	ciências do comportamento	EUA	6	0,9
Am J Prev Med	saúde pública	EUA	6	0,9
Cad Saude Publica	saúde pública	Brasil	6	0,9
Health Promot Int	saúde pública	Inglaterra	6	0,9
Rev. méd. Chile.	medicina	Chile	6	0,9
Ann Intern Med	interna medicina	EUA	5	0,8
Aust N Z J Public Health	saúde pública	Austrália	5	0,8
Br Dent J	odontologia	Inglaterra	5	0,8
MCN Am J Matern Child Nurs	materno infantil enfermagem	EUA	5	0,8
Midwifery	obstetrícia enfermagem	Escócia	5	0,8
Rev. saúde pública	saúde pública	Brasil	5	0,8
Rev. panam. salud pública	saúde pública	EUA	5	0,8
J Fam Pract	saúde da família medicina	EUA	5	0,8
Am J Health Promot	saúde pública	EUA	4	0,6
East Mediterr Health J	medicina	Egito	4	0,6
J Adv Nurs	enfermagem	Inglaterra	4	0,6
Qualitative Health Research	serviços de saúde	EUA	4	0,6
Soc Sci Med	serviços de saúde	Inglaterra	4	0,6
Archives of family medicine	saúde da família medicina	EUA	3	0,5
Arch Bronconeumol	pneumologia medicina	Espanha	3	0,5
Asian Pac J Cancer Prev	oncologia medicina	Tailândia	3	0,5
Bol Asoc Med P R	medicina	Porto Rico	3	0,5
Cancer	oncologia medicina	EUA	3	0,5
Cancer Causes Control	oncologia medicina	Inglaterra	3	0,5
Chest	pneumologia medicina	EUA	3	0,5
Cuad. méd.-soc.	medicina	Chile	3	0,6
Drug Alcohol Rev	dependência de álcool e drogas	Inglaterra	3	0,5
Evidencia aten. primaria	atenção primária	Argentina	3	0,5

Nome do periódico	Área principal	País de origem	N	%
Journal of Cancer Education	oncologia educação	EUA	3	0,5
J Gerontol Nurs	gerontologia enfermagem	EUA	3	0,5
J Obstet Gynecol Neonatal Nurs	obstetrícia ginecologia perinatologia enfermagem	EUA	3	0,5
J Natl Med Assoc	medicina	EUA	3	0,5
Nurs Res	enfermagem	EUA	3	0,5
Prev Chronic Dis	saúde pública	EUA	3	0,5
Public Health Rep	saúde pública	EUA	3	0,5
Res Nurs Health	serviços de saúde enfermagem	EUA	3	0,5
Respir Med	pneumologia medicina	Inglaterra	3	0,5
Rev bras de psiquiatr	psiquiatria medicina	Brasil	3	0,5
Rev. cuba. med. gen. integr.	medicina	Cuba	3	0,6
São Paulo med. j.	medicina	Brasil	3	0,5
Rev. urug. cardiol.	cardiologia medicina	Uruguay	3	0,5
Rev Mal Respir	pneumologia medicina	França	3	0,5
Santé Publique	saúde pública	França	3	0,5
Saudi Med J	medicina	Arábia Saudita	3	0,5
Soz Praventivmed	medicina social	Suíça	3	0,5
Am J Addict	psiquiatria medicina	EUA	3	0,5
J Clin Psychiatry	psiquiatria medicina	EUA	3	0,5
N Y State Dent J	odontologia	EUA	3	0,5
Acad Emerg Med	medicina	EUA	2	0,3
ACM arq catarin med	medicina	Brasil	2	0,3
Age Ageing	gerontologia	Inglaterra	2	0,3
Ann Fam Med	saúde da família medicina	EUA	2	0,3
Ann Rheum Dis	reumatologia medicina	Inglaterra	2	0,3
Ann R Coll Surg Engl	cirurgia medicina	Inglaterra	2	0,3
Aust J Rural Health	saúde pública enfermagem	Austrália	2	0,3
BMC Public Health	promoção da saúde	Austrália	2	0,3
Br J Health Psychol	saúde pública	Inglaterra	2	0,3
Cancer Epidemiol Biomarkers Prev	psicologia	Inglaterra	2	0,3
Crit Care Nurs Clin North Am	oncologia medicina	EUA	2	0,3
Drug Alcohol Depend	paciente crítico enfermagem	EUA	2	0,3
Ethn Dis	dependência de álcool e drogas	Irlanda	2	0,3
Eur J Cardiovasc Prev Rehabil	saúde pública	EUA	2	0,3
Eur J Public Health	cardiologia medicina	Inglaterra	2	0,3
Fam Pract	epidemiologia	Inglaterra	2	0,3
Health Care Women Int	saúde da família medicina	Inglaterra	2	0,3
Health Commun	saúde da mulher enfermagem	EUA	2	0,3
Health Educ J	serviços de saúde	EUA	2	0,3
Health Psychol	educação em saúde	EUA	2	0,3
J Gynecol Obstet Biol Reprod (Paris)	psicologia	EUA	2	0,3
J Clin Oncol	obstetrícia e ginecologia medicina	França	2	0,3

Nome do periódico	Área principal	País de origem	N	%
J Community Health	oncologia medicina	EUA	2	0,3
J Community Health Nurs	saúde pública	EUA	2	0,3
J Consult Clin Psychol	enfermagem	EUA	2	0,3
J Cult Divers	psicologia	EUA	2	0,3
J Epidemiol Community Health	ciências sociais enfermagem	EUA	2	0,3
J Gen Intern Med	epidemiologia	Inglaterra	2	0,3
J Health Psychol	interna medicina	EUA	2	0,3
J Public Health Manag Pract	psicologia	Inglaterra	2	0,3
J Am Acad Nurse Pract	saúde pública	EUA	2	0,3
J Am Dent Assoc	enfermagem	EUA	2	0,3
J Am Geriatr Soc	odontologia	EUA	2	0,3
J Am Pharm Assoc (Wash)	gerontologia	EUA	2	0,3
J Vasc Nurs	farmacologia	EUA	2	0,3
Rev Prat	doença vascular enfermagem	EUA	2	0,3
Lancet	medicina	França	2	0,3
Lung Cancer	medicina	Inglaterra	2	0,3
Matern Child Health J	oncologia medicina	Irlanda	2	0,3
Med Care	obstetrícia, ginecologia e saúde da mulher	EUA	2	0,3
Medicina (B.Aires)	serviços de saúde	EUA	2	0,3
Med Clin (Barc)	medicina	Argentina	2	0,3
Medsurg Nurs	medicina	Espanha	2	0,3
Minn Med	cirurgia enfermagem	EUA	2	0,3
Pharmacotherapy	medicina	EUA	2	0,3
Psychol Addict Behav	farmacologia	EUA	2	0,3
P. R. health sci. j.	psicologia	EUA	2	0,3
Respir Care	saúde pública	Porto Rico	2	0,3
Rev. cuba. enferm.	pneumologia medicina	EUA	2	0,3
Rev bras de enferm respir	enfermagem	Chile	2	0,3
Rev. bras. otorrinolaringol	pneumologia enfermagem	Brasil	2	0,3
Rev. Asoc. Méd. Argent.	otorrinolaringologia medicina	Brasil	2	0,3
Rev. latinoam. enferm	medicina	Argentina	2	0,3
Subst Use Misuse	enfermagem	Brasil	2	0,3
Swiss Med Wkly	dependência de álcool e drogas	EUA	2	0,3
Tex Dent J	pneumologia medicina	Suíça	2	0,3
Am J Manag Care	odontologia	EUA	2	0,3
J Neurosci Nurs	serviços de saúde	EUA	2	0,3
West Indian med. j.	neurologia enfermagem	EUA	2	0,3
AAOHN J	medicina	Jamaica	1	0,2
Acta Oncol	do trabalho enfermagem	EUA	1	0,2
Acta paul. enferm	oncologia medicina	Suécia	1	0,2
Adv Nurse Pract	enfermagem	Brasil	1	0,2
Alethéia	enfermagem	EUA	1	0,2
Am Heart J	psicologia	Brasil	1	0,2
Am J Community Psychol	cardiologia medicina	EUA	1	0,2
Am J Health Educ	psicologia	EUA	1	0,2

Nome do periódico	Área principal	País de origem	N	%
Am J Health Syst Pharm	educação em saúde	EUA	1	0,2
Am J Orthod Dentofacial Orthop	farmacologia	EUA	1	0,2
Anesth Analg	odontologia	EUA	1	0,2
Ann Emerg Med	anestesia medicina	EUA	1	0,2
Appl Nurs Res	medicina	EUA	1	0,2
Arch Inst Pasteur Tunis	enfermagem	EUA	1	0,2
Arch Pediatr Adolesc Med	saúde pública	Tunísia	1	0,2
Arch Intern Med	pediatria medicina	EUA	1	0,2
Arch Psychiatr Nurs	interna medicina	EUA	1	0,2
Arch Womens Ment Health	psiquiatria enfermagem	EUA	1	0,2
Arch. argent. dermatol	psicologia	Austria	1	0,2
Arch alerg imunol clin	dermatologia medicina	Argentina	1	0,2
Arq. bras. cardiol.	alergia medicina	Chile	1	0,2
Arq. ciências saúde UNIPAR	cardiologia medicina	Brasil	1	0,2
Arq. méd. ABC.	ciências biomédicas e da saúde	Brasil	1	0,2
Asia Pac J Public Health	medicina	Brasil	1	0,2
Aten Primaria.	saúde pública	China	1	0,2
Aust Health Rev	atenção primária	Espanha	1	0,2
Bol. inf. medicam. (Santiago de Chile)	serviços de saúde/hospitais/enfermagem	Austrália	1	0,2
Br J Ophthalmol	farmacologia	Chile	1	0,2
Br J Community Nurs	oftalmologia medicina	Inglaterra	1	0,2
Br J Nurs	enfermagem	Inglaterra	1	0,2
Can J Public Health	enfermagem	Inglaterra	1	0,2
Can J Cardiovasc Nurs	saúde pública	Canadá	1	0,2
Can Respir J	cardiologia enfermagem	Canadá	1	0,2
Cancer Nurs	pneumologia medicina	Canadá	1	0,2
Cent Eur J Public Health	oncologia enfermagem	EUA	1	0,2
Child Care Health Dev	saúde pública	República Tcheca	1	0,2
Ciênc. saúde coletiva	pediatria medicina	Inglaterra	1	0,2
Cienc. enferm	saúde coletiva	Brasil	1	0,2
Clin Evid.	enfermagem	Chile	1	0,2
Clin Excell Nurse Pract	interna medicina	Inglaterra	1	0,2
Clin Pediatr (Phila)	enfermagem	EUA	1	0,2
Clinics	pediatria medicina	EUA	1	0,2
Clin Geriatr Med	medicina	Brasil	1	0,2
Croat Med J	geriatria medicina	EUA	1	0,2
Curr Opin Pulm Med	medicina	Croácia	1	0,2
Dent Update	pneumologia medicina	EUA	1	0,2
Diabetes Care	odontologia	Inglaterra	1	0,2
Eur J Cardiovasc Nurs	endocrinologia medicina	EUA	1	0,2
Eur J Clin Nutr	cardiologia enfermagem	Holanda	1	0,2
Eur J Dent Educ	nutrição	Inglaterra	1	0,2
Eur J Epidemiol	odontologia	Dinamarca	1	0,2

Nome do periódico	Área principal	País de origem	N	%
Eur J Vasc Endovasc Surg	obstetrícia e ginecologia medicina	Irlanda	1	0,2
Evid Based Nurs	cirurgia medicina	Inglaterra	1	0,2
Evid. actual. práct. ambul.	enfermagem	Inglaterra	1	0,2
Expert Rev Cardiovasc Ther	atenção primária	Argentina	1	0,2
Health Place	cardiologia medicina	Inglaterra	1	0,2
Health Soc Care Community	epidemiologia	Inglaterra	1	0,2
Health Promot Pract	serviços de saúde	Inglaterra	1	0,2
Heart	saúde pública	EUA	1	0,2
Home Healthc Nurse	cardiologia medicina	Inglaterra	1	0,2
Intensive Care Med	enfermagem	EUA	1	0,2
Intern Med J	cuidado intensivo medicina	EUA	1	0,2
Int J Nurs Stud	interna medicina	Austrália	1	0,2
Invest. educ. enferm.	enfermagem	Inglaterra	1	0,2
Issues Ment Health Nurs	enfermagem	Colombia	1	0,2
JAMA	saúde mental enfermagem psicologia	EUA	1	0,2
J. bras. med.	medicina	EUA	1	0,2
J Mal Vasc.	medicina	Brasil	1	0,2
J Addict Nurs	doença vascular medicina	França	1	0,2
J Aging Health	psiquiatria enfermagem	Reino Unido	1	0,2
J Cardiopulm Rehabil	gerontologia	EUA	1	0,2
J Clin Nurs	reabilitação	EUA	1	0,2
J Contin Educ Nurs	enfermagem	Inglaterra	1	0,2
J Dent Hyg	enfermagem	EUA	1	0,2
J Drug Educ	odontologia	EUA	1	0,2
J Health Care Poor Underserved	dependência de álcool e drogas	EUA	1	0,2
J Health Commun	serviços de saúde	EUA	1	0,2
J Holist Nurs	serviços de saúde	Inglaterra	1	0,2
J Midwifery Womens Health	enfermagem	EUA	1	0,2
J Natl Black Nurses Assoc	saúde da mulher/ obstetrícia enfermagem	EUA	1	0,2
J Neurosurg	ciências sociais enfermagem	EUA	1	0,2
J Nurs Scholarsh	neurocirurgia medicina	EUA	1	0,2
J Occup Health	enfermagem	EUA	1	0,2
J Psychosoc Nurs Ment Health Serv	trabalho medicina	Japão	1	0,2
J Public Health Dent	psicologia enfermagem	EUA	1	0,2
J Am Med Inform Assoc	odontologia	EUA	1	0,2
J Am Med Womens Assoc	informática medicina	EUA	1	0,2
J Egypt Soc Parasitol	mulheres médicas medicina	EUA	1	0,2
J Miss State Med Assoc.	parasitologia	Egito	1	0,2
J Natl Cancer Inst	medicina	EUA	1	0,2
J N J Dent Assoc	oncologia medicina	EUA	1	0,2
J R Soc Health	odontologia	EUA	1	0,2
Presse Med	saúde pública	Inglaterra	1	0,2
Encephale	medicina	França	1	0,2

Nome do periódico	Área principal	País de origem	N	%
Mayo Clin Proc	neurologia medicina	França	1	0,2
Med Anthropol Q	medicina	EUA	1	0,2
Med Sci Monit	antropologia ciencias sociais	EUA	1	0,2
Med. interna Méx	medicina	Polônia	1	0,2
Mil Med	interna medicina	México	1	0,2
Monaldi Arch Chest Dis.	militar medicina	EUA	1	0,2
Neurology	pneumologia medicina	Itália	1	0,2
N J Med	neurologia medicina	EUA	1	0,2
N C Med J.	medicina	EUA	1	0,2
Nurs Older People	medicina	EUA	1	0,2
Nurs Stand	gerontologia enfermagem	Inglaterra	1	0,2
Nurs Times	enfermagem	Inglaterra	1	0,2
Obstet Gynecol	enfermagem	Inglaterra	1	0,2
Odontostomatol Trop	obstetrícia, ginecologia e saúde da mulher	EUA	1	0,2
Paediatr Respir Rev	odontologia	Senegal	1	0,2
Pediatr Nurs	pneumologia pediátrica medicina	Inglaterra	1	0,2
Pharmacology	pediatria enfermagem	Inglaterra	1	0,2
Pharm World Sci	farmacologia	Suíça	1	0,2
Proc AMIA Symp	farmacologia	Holanda	1	0,2
Pró-fono	informática medicina	EUA	1	0,2
Psikhe	reabilitação	Brasil	1	0,2
Public Health	psicologia	Brasil	1	0,2
RBM rev. bras. med.	saúde pública	Inglaterra	1	0,2
Respirology	medicina	Brasil	1	0,2
Rev. bras. ativ. fís. saúde	pneumologia medicina	Austrália	1	0,2
Rev. bras. cineantropom. desempenho hum.	educação física	Brasil	1	0,2
Rev. bras. educ. méd	educação física	Brasil	1	0,2
Rev. bras. epidemiol	medicina	Brasil	1	0,2
Rev. chil. nutr	epidemiologia medicina	Brasil	1	0,2
Rev. chil. obstet. Gineco	nutrição	Chile	1	0,2
Rev. chil. salud pública	obstetrícia ginecologia medicina	Chile	1	0,2
Rev. Assoc. Med. Bras.	saúde pública	Chile	1	0,2
Rev. AMRIGS	medicina	Brasil	1	0,2
Rev. Enferm. UERJ	medicina	Brasil	1	0,2
Rev. enferm. Hosp. Ital	enfermagem	Brasil	1	0,2
Rev Ateneo Argent Odontol	enfermagem	Argentina	1	0,2
Rev. Hosp. Clin. Univ. Chile	odontologia	Argentina	1	0,2
Rev. méd. Maule.	medicina	Chile	1	0,2
Rev. méd. Urug	medicina	Chile	1	0,2
Rev. medica electron.	medicina	Uruguay	1	0,2
Rev Epidemiol Sante Publique	medicina	Cuba	1	0,2
RN	epidemiologia	França	1	0,2
Scand Cardiovasc J	enfermagem	EUA	1	0,2

Nome do periódico	Área principal	País de origem	N	%
Scand J Caring Sci	cardiologia medicina	Suécia	1	0,2
Scand J Public Health Suppl	enfermagem	Suécia	1	0,2
Semin Oncol Nurs	saúde pública medicina social	Finlândia	1	0,2
Singapore Med J	oncologia enfermagem	EUA	1	0,2
Subst Abus.	medicina	Singapura	1	0,2
Surgery	dependência de álcool e drogas	EUA	1	0,2
Texto & contexto enferm	cirurgia medicina	EUA	1	0,2
Thai J Nurs Res	enfermagem	Brasil	1	0,2
Am J Clin Nutr	enfermagem	Tailândia	1	0,2
Australian Healt Promot Update	nutrição	EUA	1	0,2
Aust N Z J Obstet Gynaecol	obstetrícia e ginecologia medicina	Austrália	1	0,2
Br J Gen Pract	saúde da família medicina	Inglaterra	1	0,2
Diabetes Educ	endocrinologia enfermagem	EUA	1	0,2
Eur Respir J	pneumologia medicina	Suíça	1	0,2
J Adolesc Health	pediatria medicina	EUA	1	0,2
J Asthma	pneumologia alergia medicina	EUA	1	0,2
J Nurs Educ	educação enfermagem	EUA	1	0,2
J Nurs Res	enfermagem	China	1	0,2
J Sch Health	serviços de saúde enfermagem	EUA	1	0,2
J Am Osteopath Assoc	ortopedia medicina	EUA	1	0,2
J Assoc Nurses AIDS Care	aids enfermagem	EUA	1	0,2
J La State Med Soc	medicina	EUA	1	0,2
Med Clin North Am	medicina	EUA	1	0,2
ScientificWorldJournal	medicina	Inglaterra	1	0,2
Tumori	oncologia medicina	Itália	1	0,2
University of Florida	enfermagem	EUA	1	0,2
West J Nurs Res	enfermagem	EUA	1	0,2
Wiad Lek	medicina	Polônia	1	0,2
Wien Klin Wochenschr	medicina	Austria	1	0,2
Women Health	obstetrícia, ginecologia e saúde da mulher	EUA	1	0,2
Yonsei Med J	medicina	Coréia do Sul	1	0,2
Total			634	100

ANEXO 18 - Artigos excluídos a partir do título - organizados por base de dados/autor**MEDLINE**

- Allen B Jr, Unger JB. Sociocultural correlates of menthol cigarette smoking among adult African. *Nicotine Tob Res* 2007 Apr; 9(4):447-51. PMID: 17454699
- Bentz CJ, Bayley KB, Bonin KE, Fleming L, Hollis JF, Hunt JS, et al. Provider feedback to improve 5A's tobacco cessation in primary care: a cluster randomized clinical trial. *Nicotine Tob Res* 2007 Mar; 9(3):341-9. PMID: 17365766.
- Corbridge SJ, Berry JK. Chronic obstructive pulmonary disease. *AAOHN* 2007 May; 55(5):181-4. PMID: 17526294.
- Englert HS, Diehl HA, Greenlaw RL, Willich SN, Aldana S. The effect of a community-based coronary risk reduction: the Rockford CHIP. *Prev Med* 2007 Jun; 44(6):513-9. Epub 2007 Feb 12. PMID: 17383717.
- Halbert CH, Gandy OH Jr, Collier A, Shaker L. Beliefs about tobacco use in African Americans. *Ethn Dis* 2007 Winter; 17(1):92-8. PMID: 17274216.
- Hanssen TA, Nordrehaug JE, Eide GE, Hanestad BR. Improving outcomes after myocardial infarction: a randomized controlled trial evaluating effects of a telephone follow-up intervention. *Eur J Cardiovasc Prev Rehabil* 2007 Jun; 14(3):429-37. PMID: 17568244.
- Hesketh T, Lu L, Jun YX, Mei WH. Smoking, cessation and expenditure in low income Chinese: cross sectional Survey. *BMC Public Health* 2007 Mar 4; 7:29. PMID: 17335587.
- Horn K, Dino G, Hamilton C, Noerachmanto N. Efficacy of an emergency department-based motivational teenage smoking intervention. *Prev Chronic Dis* 2007 Jan; 4(1):A08. Epub 2006 Dec 15. PMID: 17173716.
- Hoving C, Mudde AN, de Vries H. Effect of recruitment method and setting on the composition of samples consisting of adult smokers. *Patient Educ Couns* 2007 Jan; 65(1):79-86. Epub 2006 Jul 26. PMID: 16872796.
- Leung GM, Chan SS, Johnston JM, Chan SK, Woo PP, Chi I, et al. Effectiveness of an elderly smoking cessation counseling training program for social workers: a longitudinal study. *Chest* 2007 Apr; 131(4):1157-65. PMID: 17426223.
- McIvor A, Little P. Chronic obstructive pulmonary disease. *BMJ* 2007. Apr 14; 334(7597):798. PMID: 17431268.
- Newstead J, von Dadelszen P, Magee LA. Preeclampsia and future cardiovascular risk. *Expert Rev Cardiovasc Ther* 2007 Mar; 5(2):283-94. PMID: 17338672.
- Okuyemi KS, Cox LS, Nollen NL, Snow TM, Kaur H, Choi W, et al. Baseline characteristics and recruitment strategies in a randomized clinical trial of African-American light smokers. *Am J Health Promot*. 2007 Jan-Feb; 21(3): 183-91. PMID: 17233236.
- Reinert B, Carver V, Range LM, Campbell C. Faith-based leaders' opinions before and after a youth tobacco prevention workshop. *J Cult Divers* 2007 Winter; 13(4):177-80. PMID: 17338486.
- Segaar D, Bolman C, Willemsen M, De Vries H. Identifying determinants of protocol adoption by midwives: a comprehensive approach. *Health Educ Res* 2007 Feb; 22(1):14-26. Epub 2006 Jun 1. PMID: 16740677.
- Sillesen H, Madelung S, Eldrup N, Roed M. Organising a nurse-driven PAD rehabilitation clinic within the vascular surgical department: what is required and are treatment goals reached--a prospective study? *Eur J Vasc Endovasc Surg* 2007 Jan; 33(1):26-32. Epub 2006 Oct 25. PMID: 17070079.
- Sturmer G, Dias-da-Costa JS, Olinto MT, Menezes AM, Gigante DP, Macedo S. Non-pharmacological management of hypertension in Southern Brazil. *Cad Saude Publica* 2007 Aug; 22(8):1727-37. Epub 2006 Jul 7. PMID: 16832544.
- Unrod M, Smith M, Spring B, DePue J, Redd W, Winkel G. Randomized controlled trial of a computer-based, tailored intervention to increase smoking cessation counseling by primary care physicians. *J Gen Intern Med* 2007 Apr; 22(4):478-84. PMID: 17372796.
- Wetter DW, Mazas C, Daza P, Nguyen L, Fouladi RT, Li Y, Cofta-Woerpel L. Reaching and treating Spanish-speaking smokers through the National Cancer Institute's Cancer Information Service. A randomized controlled trial. *Cancer* 2007 Jan 15; 109(2 Suppl):406-13. PMID: 17149758.

- Ahluwalia JS, Okuyemi K, Nollen N, Choi WS, Kaur H, Pulvers K, Mayo MS. The effects of nicotine gum and counseling among African American light smokers: a 2 x 2 factorial design. *Addiction* 2006 Jun; 101(6):883-91. PMID: 16696632.
- Anderson D, Mizzari K, Kain V, Webster J. The effects of a multimodal intervention trial to promote lifestyle factors associated with the prevention of cardiovascular disease in menopausal and postmenopausal Australian women. *Health Care Women Int* 2006 Mar; 27(3):238-53. PMID: 16524854.
- Baigalmaa D, Nishimura A, Ito K. Smoking cessation rate 12 months after a group counseling program in Mongolia. *Asian Pac J Cancer Prev* 2006 Jul-Sep; 7(3): 399-402. PMID: 17059330.
- Barbour B, Salameh P, Ziadeh F. Smoking among Lebanese mothers: knowledge, attitudes and practices. *East Mediterr Health J* 2006 May-Jul; 12(3-4): 405-16. PMID: 17037710.
- Blalock JA, Robinson JD, Wetter DW, Cinciripini PM. Relationship of DSM-IV-based depressive disorders to smoking cessation and smoking reduction in pregnant smokers. *Am J Addict* 2006 Jul-Aug; 15(4):268-77. PMID: 16867921.
- Borland R, Yong HH, Cummings KM, Hyland A, Anderson S, Fong GT. Determinants and consequences of smoke-free homes: findings from the International Tob Control (ITC) Four Country Survey. *Tob Control* 2006 Jun; 15 Suppl 3:iii71-6. PMID: 16754946.
- Chang G, McNamara TK, Haimovici F, Hornstein MD. Problem drinking in women evaluated for infertility. *Am J Addict* 2006 Mar-Apr; 15(2):174-9. PMID: 16595356.
- Condon C, McCarthy G. Lifestyle changes following acute myocardial infarction: patients perspectives. *Eur J Cardiovasc Nurs* 2006 Mar; 5(1):37-44. PMID: 16055382.
- Dake JA, Price JH, Jordan TR. Pediatricians' practices regarding smoking cessation among parents of their patients. *Am J Health Behav* 2006 Sep-Oct; 30(5):503-12. PMID: 16893313.
- Ferketich AK, Khan Y, Wewers ME. Are physicians asking about tobacco use and assisting with cessation? Results from the 2001-2004 national ambulatory medical care survey (NAMCS). *Prev Med* 2006 Dec; 43(6):472-6. PMID: 16920185.
- Gleeson S, Mitchell B, Pasquarella C, Reardon E, Falsone J, Berman L. Comparison of FEV6 and FVC for detection of airway obstruction in a community hospital pulmonary function laboratory. *Respir Med* 2006 Aug; 100(8):1397-401. Epub 2006 Jan 4. PMID: 16388944.
- Hammett CJ, Prapavessis H, Baldi JC, Varo N, Schoenbeck U, Ameratunga R, et al. Effects of exercise training on 5 inflammatory markers associated with cardiovascular risk. *Am Heart J* 2006 Feb; 151(2):367.e7-367.e16. PMID: 16442901.
- Hokanson JM, Anderson RL, Hennrikus DJ, Lando HA, Kendall DM. Integrated tobacco cessation counseling in a diabetes self-management training program: a randomized trial of diabetes and reduction of tobacco. *Diabetes Educ* 2006 Jul-Aug; 32(4):562-70. PMID: 16873594.
- Holtrop JS, Corser W, Jones G, Brooks G, Holmes-Rovner M, Stommel M. Health behavior goals of cardiac patients after hospitalization. *Am J Health Behav* 2006 Jul-Aug; 30(4):387-99. PMID: 16787129.
- Hu S, Pallonen U, McAlister AL, Howard B, Kaminski R, Stevenson G, et al. Knowing how to help tobacco users. Dentists' familiarity and compliance with the clinical practice guideline. *J Am Dent Assoc* 2006 Feb; 137(2):170-9. PMID: 16521382.
- Hyland A, Laux FL, Higbee C, Hastings G, Ross H, Chaloupka FJ, et al. Cigarette purchase patterns in four countries and the relationship with cessation: findings from the International Tob Control (ITC) Four Country Survey. *Tob Control* 2006 Jun; 15 Suppl 3:iii71-5. PMID: 16754948.
- Hund LM, Farrelly MC, Allen JA, Chou RH, St Claire AW, Vallone DM, et al. Findings and implications from a national study on potential reduced exposure products (PREPs). *Nicotine Tob Res* 2006 Dec; 8(6):791-7. PMID: 17132527.
- Hyland A, Borland R, Li Q, Yong HH, McNeill A, Fong GT, et al. Individual-level predictors of cessation behaviours among participants in the Tob Control 2006 Jun; 15 Suppl 3:iii83-94. PMID: 16754952.
- Johnson NW, Lowe JC, Warnakulasuriya KA. Tobacco cessation activities of UK dentists in primary care: signs of improvement. *Br Dent J* 2006 Jan 28; 200(2): 85-9. PMID: 16444223.
- Kilfoy BA, Prokhorov AV, Hudmon KS. Pharmacy placement of nonprescription nicotine replacement therapy products and community pharmacists' counseling for product use. *J Am Pharm Assoc (Wash)* 2006 Nov-Dec; 46(6):723-8. PMID: 17176688.

- Lando HA. Reflections on 30+ years of smoking cessation research: from the individual to the world. *Drug Alcohol Rev* 2006 Jan; 25(1): 5-14. PMID: 16492572.
- McEwen A, West R, Preston A. Triggering anti-smoking advice by GPs: mode of action of an intervention stimulating smoking cessation advice by GPs. *Patient Educ Couns* 2006 Jul; 62(1):89-94. Epub 2005 Jul 14. PMID: 16023821.
- McMurry TB. A comparison of pharmacological tobacco cessation relapse rates. *J Community Health Nurs* 2006 Spring; 23(1):15-28. PMID: 16445361.
- Pederson LL, Blumenthal DS, Dever A, McGrady G. A web-based smoking cessation and prevention curriculum for medical students: why, how, what, and what next. *Drug Alcohol Rev* 2006 Jan; 25(1):39-47. PMID: 16492576.
- Price JH, Jordan TR, Dake JA. Perceptions and use of smoking cessation in nurse-midwives' practice. *J Midwifery Womens Health* 2006 May-Jun; 51(3): 208-15. PMID: 16647673.
- Richmond R. Reflections on smoking cessation research. *Drug Alcohol Rev* 2006 Jan; 25(1):1-3. PMID: 16492571.
- Rigotti NA, Park ER, Regan S, Chang Y, Perry K, Loudin B, et al. Efficacy of telephone counseling for pregnant smokers: a randomized controlled trial. *Obstet Gynecol* 2006 Jul; 108(1):83-92. PMID: 16816060.
- Steinberg MB, Alvarez MS, Delnevo CD, Kaufman I, Cantor JC. Disparity of physicians' utilization of tobacco treatment services. *Am J Health Behav* 2006 Jul-Aug; 30(4):375-86. PMID: 16787128.
- Swartz LH, Noell JW, Schroeder SW, Ary DV. A randomised control study of a fully automated internet based smoking cessation programme. *Tob Control* 2006 Feb; 15(1):7-12. PMID: 16436397.
- Underner M, Ingrand P, Allouch A, Laforgue AV, Migeot V, Defossez G, et al. Influence of smoking among family physicians on their practice of giving minimal smoking cessation advice. *Rev Mal Respir* 2006 Nov; 23(5Pt 1):426-9. PMID: 17314741.
- Vokes NI, Bailey JM, Rhodes KV. "Should I give you my smoking lecture now or later?" Characterizing emergency physician smoking discussions and cessation counseling. *Ann Emerg Med* 2006 Oct; 48(4):406-14, 414.e1-7. Epub 2006 Jun 30. PMID: 16997676.
- Yankie VM, Price HM, Nanfito ER, Jasinski DM, Crowell NA, Heath J. Providing smoking cessation counseling: a national survey among nurse anesthetists. *Crit Care Nurs Clin North Am* 2006 Mar; 18(1): 123-9, xiv. PMID: 16546015.
- Young D, Borland R, Hammond D, Cummings KM, Devlin E, Yong HH, et al. Prevalence and attributes of roll-your-own smokers in the International Tobacco. *Tob Control* 2006 Jun; 15 Suppl 3:iii76-82. PMID: 16754951.
- No authors listed. Summaries for patients. The relationship of smoking behavior and death in persons 40 to 70 years of age. *Ann Intern Med* 2006 Mar 21; 144(6):112. PMID: 16549848.
- Almas K, Al Wazzan K, Al Hussain I, Al-Ahdal KY, Khan NB. Temporomandibular joint status, occlusal attrition, cervical erosion and facial pain among substance abusers. *Odontostomatol Trop* 2005 Mar; 30(117):27-33. PMID: 17654885.
- Barta SK, Stacy RD. The effects of a theory-based training program on nurses' self-efficacy and behavior for smoking cessation counseling. *J Contin Educ Nurs* 2005 May-Jun; 36(3):117-23. PMID: 16022031.
- Bolman C, Sino C, Hekking P, van Keimpema A, van Meerbeeck J. Willingness of pulmonologists to guide COPD patients in smoking cessation. *Patient Educ Couns* 2005 Apr; 57(1):126-33. PMID: 15797162.
- California Acute Stroke Pilot Registry Investigators. The impact of standardized stroke orders on adherence to best practices. *Neurology* 2005 Aug 9; 65(3):360-5. PMID: 16087898.
- Collins RL, D'Angelo S, Stearns SD, Campbell LR. Training pediatric residents to provide smoking cessation counseling to parents. *ScientificWorldJournal* 2005 May 13;5:410-9. PMID: 15915295.
- Condliffe L, McEwen A, West R. The attitude of maternity staff to and smoking cessation interventions with childbearing women in London. *Midwifery* 2005 Sep; 21(3): 233-40. PMID: 16055241.
- de Leon J, Susce MT, Diaz FJ, Rendon DM, Velasquez DM. Variables associated with alcohol, drug, and daily smoking cessation in patients. *J Clin Psychiatry* 2005; 66(11):1447-55. PMID: 16420083.

Eichner JE, Cravatt K, Beebe LA, Blevins KS, Stoddart ML, Bursac Z, et al. Tobacco use among American Indians in Oklahoma: an epidemiologic view. *Public Health Rep.* 2005; Mar-Apr; 120(2):192-9. PMID: 15842122.

Errard-Lalande G, Halimi A. What measures can be taken to reduce the number of smoking adolescents and young women? *J Gynecol Obstet Biol Reprod (Paris)* 2005 Apr;34 Spec No 1:3S303-17. PMID: 15980805.

Fritsch K, Jacot ML, Klarer A, Wick F, Bruggmann P, Krause M, Thurnheer R. Adherence to the Swiss guidelines for management of COPD: experience of a Swiss teaching hospital. *Swiss Med Wkly* 2005 Feb 19;135(7-8):116-21. PMID: 15832228.

Grange G, Vayssiere C, Borgne A, Ouazana A, L'Huillier JP, Valensi P, et al. Description of tobacco addiction in pregnant women. *Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol* 2005 Jun 1;120(2):146-51. PMID: 15925042.

Herbert R, Coleman T, Britton J. U.K. general practitioners' beliefs, attitudes, and reported prescribing of nicotine replacement therapy in pregnancy. *Nicotine Tob Res* 2005 Aug;7(4):541-6. PMID: 16085525.

Jeffries SK, Choi W, Butler J, Harris KJ, Ahluwalia JS. Strategies for recruiting African-American residents of public housing developments into a randomized controlled trial. *Ethn Dis* 2005 Autumn; 15(4):773-8. PMID: 16259507.

Kim JR, Lee MS, Hwang JY, Lee JD. Efficacy of a smoking cessation intervention using the AHCPR guideline tailored. *Health Promot Int* 2005 Mar; 20(1):51-9. PMID: 15681592.

Lawrence T, Aveyard P, Cheng KK, Griffin C, Johnson C, Croghan E. Does stage-based smoking cessation advice in pregnancy result in long-term quitters? 18-month postpartum follow-up of a randomized controlled trial. *Addiction* 2005 Jan; 100(1):107-16. PMID: 15598198.

MacLaughlin EJ, MacLaughlin AA, Snella KA, Winston TS, Fike DS, Raehl CR. Osteoporosis screening and education in community pharmacies using a team approach. *Pharmacotherapy* 2005 Mar; 25(3):379-86. PMID: 15843285.

Nagle AL, Hensley MJ, Schofield MJ, Koschel AJ. A randomised controlled trial to evaluate the efficacy of a nurse-provided intervention for hospitalised smokers. *Aust N Z J Public Health* 2005 Jun; 29(3):285-91. PMID: 15991780.

Parna K, Rahu K, Barengo NC, Rahu M, Sandstrom PH, Jormanainen VJ, et al. Comparison of knowledge, attitudes and behaviour regarding smoking among Estonian. *Soz Praventivmed* 2005; 50(6):378-88. PMID: 16398100.

Petty TL. Benefits of and barriers to the widespread use of spirometry. *Curr Opin Pulm Med* 2005 Mar; 11(2):115-20. PMID: 15699782.

Rodgers A, Corbett T, Bramley D, Riddell T, Wills M, Lin RB, et al. Do u smoke after txt? Results of a randomised trial of smoking cessation using mobile phone text messaging. *Tob Control* 2005 Aug; 14(4):255-61. PMID: 16046689.

Rosenberg RI, Zirkle DL, Neuwelt EA.. Program self-evaluation: the evolution of an injury prevention foundation. *J Neurosurg* 2005 May; 102(5):847-9. PMID: 15926708.

Smeltzer SC, Zimmerman VL. Health promotion interests of women with disabilities. *J Neurosci Nurs* 2005 Apr; 37(2):80-6. PMID: 15902949.

Sol BG, van der Bijl JJ, Banga JD, Visseren FL. Vascular risk management through nurse-led self-management programs. *J Vasc Nurs.* 2005 Mar; 23(1): 20-4. PMID: 15741961.

Soto Mas FG, Papenfuss RL, Jacobson HE, Hsu CE, Urrutia-Rojas X, Kane WM. Hispanic physicians' tobacco intervention practices: a cross-sectional survey study. *BMC Public Health.* 2005 Nov 14; 5:120. PMID: 16287500

Tan NC, Cheah SL, Teo EK. A qualitative study of health-seeking behavior of Hepatitis B carriers. *Singapore Med J* 2005 Jan;46(1):6-10. PMID: 15633001.

Wolfenden L, Wiggers J, Knight J, Campbell E, Spigelman A, Kerridge R, et al. Increasing smoking cessation care in a preoperative clinic: a randomized controlled trial. *Prev Med* 2005 Jul; 41(1):284-90. Epub 2004 Dec 30. PMID: 15917023.

No authors listed. Summaries for patients. Development of type 2 diabetes among people participating in a program to promote healthy behaviors. *Ann Intern Med* 2005 Mar 1; 142(5): 117. PMID: 15738445.

Bansal MA, Cummings KM, Hyland A, Giovino GA. Stop-smoking medications: who uses them, who misuses them, and who is misinformed about them? *Nicotine Tob Res* 2004 Dec; 6 Suppl 3:S303-10. PMID: 15799593.

Chen X, Li X, Stanton B, Mao R, Sun Z, Zhang H et al. Patterns of cigarette smoking among students from 19 colleges and universities in Jiangsu Province, China: a latent class analysis. *Drug Alcohol Depend* 2004 Nov 11; 76(2):153-63. PMID: 15488339.

Brucker G, Josseran L. Smoking behavior in France: recent developments. *Rev Prat* 2004 Nov 15; 54(17):1871-6. PMID: 15655910.

Duckett K. The right assessments = the right PPS payment. *Home Health Nurse* 2004 May; 22(5):312-6. PMID: 15131419.

Evins AE, Cather C, Rigotti NA, Freudenreich O, Henderson DC, Olm-Shipman CM, et al. Two-year follow-up of a smoking cessation trial in patients with schizophrenia: increased rates of smoking cessation and reduction. *J Clin Psychiatry* 2004;65(3):307-11; quiz 452-3. PMID: 15096068.

Gray N. The ethics of policies for the prevention of tobacco disease. *Acta Oncol* 2004; 43(1):8-10. PMID: 15068313.

Hajjar RR. Cancer in the elderly: is it preventable? *Clin Geriatr Med* 2004 May; 20(2):293-316. PMID: 15182883.

Hesselink AE, Penninx BW, van der Windt DA, van Duin BJ, de Vries P, Twisk JW, et al. Effectiveness of an education programme by a general practice assistant for asthma and COPD patients: results from a randomised controlled trial. *Patient Educ Couns* 2004 Oct; 55(1):121-8. PMID: 15476999.

Hudmon KS, Kroon LA, Corelli RL, Saunders KC, Spitz MR, Bates TR, et al. Training future pharmacists at a minority educational institution: evaluation of the Rx for change tobacco cessation training program. *Cancer Epidemiol Biomarkers Prev* 2004 Mar;13(3):477-81. PMID: 15006926.

Jee SH, Samet JM, Ohrr H, Kim JH, Kim IS. Smoking and cancer risk in Korean men and women. *Cancer Causes Control* 2004 May; 15(4):341-8. PMID: 15141135.

Johnson JL, Kalaw C, Lovato CY, Baillie L, Chambers NA. Crossing the line: adolescents' experiences of controlling their tobacco use. *Qual Health Res*. 2004 Nov; 14(9):1276-91. PMID: 15448300.

Joseph AM, Arikian NJ, An LC, Nugent SM, Sloan RJ, Pieper CF; GIFT Research Group. Results of a randomized controlled trial of intervention to implement smoking guidelines in Veterans Affairs medical centers: increased use of medications. *Med Care* 2004 Nov; 42(11):1100-10. PMID: 15586837.

Katz DA, Muehlenbruch DR, Brown RL, Fiore MC, Baker TB; AHRQ Smoking Cessation Guideline Study Group. Effectiveness of implementing the agency for healthcare research and quality. *J Natl Cancer Inst* 2004 Apr 21; 96(8): 594-603. PMID: 15100337.

Katz DA, Brown RB, Muehlenbruch DR, Fiore MC, Baker TB; AHRQ Smoking Cessation Guideline Study Group. Implementing guidelines for smoking cessation: comparing the efforts of nurses and medical assistants. *Am J Prev Med* 2004 Dec; 27(5):411-6. PMID: 15556742.

Kavcova E, Kocan I, Squier C. Tob Control and the role of the medical community in the Slovak Republic. *Eur J Dent Educ* 2004 Feb; 8 Suppl 4:46-50. PMID: 14725654.

Krantz MJ, Havranek EP, Mehler PS, Haynes DK, Long CS. Impact of a cardiac risk reduction program in vulnerable patients hospitalized with coronary artery disease. *Pharmacotherapy*. 2004 Jun; 24(6):768-75. PMID: 15222667.

Lebargy F. Addiction and drug associated behavior. Management, substitutive therapy and abstinence: alcohol, tobacco, psycho-active and illicit substances. Part I. *Tobacco Rev Prat* 2004 Jun 15; 54(11):1225-32. PMID: 15496032.

Patten CA, Offord KP, Hurt RD, Sanderson CL, Thomas JL, Quigg SM, et al. Training support persons to help smokers quit: a pilot study. *Am J Prev Med* 2004 Jun; 26(5):386-90. PMID: 15165654.

Rodu B, Cole P. The burden of mortality from smoking: comparing Sweden with other countries in the European Union. *Eur J Epidemiol* 2004; 19(2):129-31. PMID: 15074568.

Smedslund G, Fisher KJ, Boles SM, Lichtenstein E. The effectiveness of workplace smoking cessation programmes: a meta-analysis of recent studies. *Tob Control* 2004 Jun; 13(2):197-204. PMID: 15175541.

Underner M, Laforgue AV, Chabaud F, Meurice JC. Influence of doctors' smoking habits on minimal advice for smoking cessation. A survey of 369 general practitioners in the department of Vienne, France. *Presse Med* 2004 Aug 28; 33(14 Pt 1):927-9. PMID: 15509045.

Warner DO, Sarr MG, Offord KP, Dale LC. Anesthesiologists, general surgeons, and tobacco interventions in the perioperative period. *Anesth Analg* 2004 Dec; 99(6):1766-73. PMID: 15562069.

Watson L, Vestbo J, Postma DS, Decramer M, Rennard S, Kiri VA, et al. Gender differences in the management and experience of Chronic Obstructive Pulmonary Disease. *Respir Med* 2004 Dec; 98(12): 1207-13. PMID: 15588042.

Zernig G, De Wit H, Telser S, Nienhusmeier M, Wakonigg G, Sturm K, et al. Subjective effects of slow-release bupropion versus caffeine as determined in a quasi-naturalistic setting. *Pharmacology* 2004 Apr; 70(4):206-15. PMID: 15001822.

No authors listed. Summaries for patients. Matching nicotine replacement treatment to particular smokers. *Ann Intern Med* 2004 Mar 16; 140(6):147. PMID: 15023734

Aboul-Fotouh A, Kamal Ael A, Mohamed MK, El-Setouhy M, Israel E. University advocacy on tobacco prevention in Egypt: partnership between Ain Shams. *J Egypt Soc Parasitol* 2003. PMID: 15119473.

Al-Haddad NS, Al-Habeeb TA, Abdelgadir MH, Al-Ghamdy YS, Qureshi NA. Smoking patterns among primary health care attendees, Al-Qassim region, Saudi Arabia. *East Mediterr Health J* 2003 Sep-Nov;9(5-6):911-22. PMID: 16450521.

Bremberg S, Nilstun T, Kovac V, Zwitter M. GPs facing reluctant and demanding patients: analysing ethical justifications. *Fam Pract* 2003 Jun; 20(3): 254-61. PMID: 12738693.

Brown AF, Mangione CM, Saliba D, Sarkisian CA. California Healthcare Foundation/American Geriatrics Society Panel on Improving Care for Elders with Diabetes Guidelines for improving the care of the older person with diabetes mellitus. *Journal of the American Geriatrics Society* 2003 May;51(5 Suppl Guidelines):S265-80. PMID: 12694461.

Chan S, Lam TH. Preventing exposure to second-hand smoke. *Semin Oncol Nurs* 2003 Nov; 19(4):284-90. PMID: 14702863.

Coleman T, Wynn A, Barrett S, Wilson A.. Discussion of NRT and other antismoking interventions in UK general practitioners' routine consultations. *Nicotine Tob Res* 2003 Apr;5(2):163-8. PMID: 12745488.

Cox LS, Clark MM, Jett JR, Patten CA, Schroeder DR, et al. Change in smoking status after spiral chest computed tomography scan screening. *Cancer* 2003 Dec 1;98(11):2495-501. PMID: 14635086.

Dalal HM. Achieving national service framework standards for cardiac rehabilitation and secondary prevention. *BMJ* 2003.

Ellerbeck EF, Choi WS, McCarter K, Jolicoeur DG, Greiner A, Ahluwalia JS. Impact of patient characteristics on physician's smoking cessation strategies. *Prev Med* 2003 Apr; 36(4):464-70. PMID: 12649055.

Ellingsen I. Dietary and antismoking advice and ischemic heart disease mortality in men with normal or high fasting triacylglycerol concentrations: a 23-y follow-up study. *Am J Clin Nutr* 2003.

Etter JF, le Houezec J, Landfeldt B. Impact of messages on concomitant use of nicotine replacement therapy and cigarettes: a randomized trial on the Internet. *Addiction* 2003 Jul;98(7):941-50. PMID: 12814500.

Grimshaw G, Stanton A, Blackburn C, Andrews K, Grimshaw C, Vinogradova Y, et al. Patterns of smoking, quit attempts and services for a cohort of 15- to 19 years old. *Child Care Health Dev* 2003 Nov; 29(6): 457-64. PMID: 14616903.

Houriham F, Krass I, Chen T. Rural community pharmacy: a feasible site for a health promotion and screening service for cardiovascular risk factors. *Aust J Rural Health* 2003. Jan; 11(1):28-35. PMID: 12603444.

Ivers RG, Farrington M, Burns CB, Bailie RS, D'Abbs PH, Richmond RL, et al. A study of the use of free nicotine patches by Indigenous people. *Aust N Z J Public Health* 2003 Oct; 27(5):486-90. PMID: 14651391.

Krahn M, Chapman KR. Economic issues in the use of office spirometry for lung health assessment. *Can Respir J* 2003 Sep; 10(6):320-6. PMID: 14530824.

Llovera I, Ward MF, Ryan JG, LaTouche T, Sama A. A survey of the emergency department population and their interest in preventive health education. *Acad Emerg Med* 2003 Feb; 10(2):155-60. PMID: 12574014.

- McLeod D, Benn C, Pullon S, Vickers A, White S, Cookson T, Dowell A. The midwife's role in facilitating smoking behaviour change during pregnancy. *Midwifery* 2003 Dec; 19(4): 285-97. PMID: 14623508.
- Ribisl KM. The potential of the internet as a medium to encourage and discourage youth tobacco use. *Tob Control* 2003 Jun; 12 Suppl 1:i48-59. PMID: 12773785.
- Rikard-Bell G, Groenlund C, Ward J. Australian dental students' views about smoking cessation counseling and their skills as counselors. *J Public Health Dent.* 2003 Summer; 63(3):200-6. PMID: 12962475.
- Schnoll RA, Zhang B, Rue M, Krook JE, Spears WT, Marcus AC, et al. Brief physician-initiated quit-smoking strategies for clinical oncology settings: a trial coordinated by the Eastern Cooperative Oncology Group. *J Clin Oncol* 2003 Jan 15; 21(2):355-65. PMID: 12525530.
- Thorogood M, Hillsdon M, Summerbell C. Cardiovascular disorders. Changing behaviour. *Clin Evid.* 2003 Dec; (10):95-117. PMID: 12603872.
- Ussher M, West R, McEwen A, Taylor A, Steptoe A. Efficacy of exercise counselling as an aid for smoking cessation: a randomized controlled trial. *Addiction* 2003 Apr; 98(4):523-32. PMID: 12653822.
- Worcester MU, Stojcevski Z, Murphy B, Goble AJ. Long-term behavioral outcomes after attendance at a secondary prevention clinic for cardiac patients. *J Cardiopulm Rehabil* 2003 Nov-Dec; 23(6):415-22. PMID: 14646788.
- Xiangyang T, Lan Z, Xueping M, Tao Z, Yuzhen S, Jagusztyn M. Beijing health promoting universities: practice and evaluation. *Health Promot Int.* 2003 Jun; 18(2):107-13. PMID: 12746382.
- Batra V, Patkar A, Weibel S, Pincock G, Leone F. Public health implications of voters' attitudes regarding statewide tobacco policy. *Chest.* 2002 Jul; 122(1): 295-8. PMID: 12114373.
- Bernstein SL, Becker BM. Preventive care in the emergency department: diagnosis and management of smoking and smoking-related illness in the emergency department: a systematic review. *Acad Emerg Med* 2002 Jul; 9(7): 720-9. PMID: 12093715.
- Bier ID, Wilson J, Studt P, Shakleton M. Auricular acupuncture, education, and smoking cessation: a randomized, sham-controlled trial. *Am J Public Health* 2002 Oct; 92(10):1642-7. PMID: 12356614.
- Colditz GA. Disseminating research findings into public health practice. *Cancer Causes Control* 2002 Aug; 13(6):503-4. PMID: 12195638.
- Corrigan M, Cupples ME, Stevenson M. Quitting and restarting smoking: cohort study of patients with angina in primary care. *BMJ* 2002 Apr 27; 324 (7344): 1016-7. PMID: 11976245.
- Downes EJ. Are you watching out for your patients? *N Y State Dent J* 2002 Aug-Sep; 68(7):32. PMID: 12243091.
- Foulds J, Burke M, Richardson D, Kazimir E. Tobacco dependence treatment services in New Jersey. *N. J. Med.* 2002 Mar; 99(3):23-8. PMID: 11915195.
- Frijling BD, Lobo CM, Hulscher ME, van Drenth BB, Braspenning JC, Prins A, et al. Provision of information and advice in cardiovascular care: clinical performance of general practitioners. *Patient Educ Couns* 2002 Oct-Nov; 48(2): 131-7. PMID: 12401416.
- Gordon MM, Thomson EA, Madhok R, Capell HA. Can intervention modify adverse lifestyle variables in a rheumatoid population? Results of a pilot study. *Ann Rheum Dis* 2002 Jan; 61(1):66-9. PMID: 11779763.
- Hajek P, Taylor TZ, Mills P. Brief intervention during hospital admission to help patients to give up smoking after myocardial infarction and bypass surgery: randomised controlled trial. *BMJ* 2002 Jan 12; 324(7329): 87-9. PMID: 11786452.
- Hall W. The prospects for immunotherapy in smoking cessation. *Lancet* 2002 Oct 5; 360(9339):1089-91. PMID: 12384004.
- Hovell MF, Meltzer SB, Wahlgren DR, Matt GE, Hofstetter CR, Jones JA, et al. Asthma management and environmental tobacco smoke exposure reduction in Latino children: a controlled trial. *Pediatrics* 2002 Nov; 110(5): 946-56. PMID: 12415035.
- Kalinowski P, Jedrzejewska B. Prospective health care workers' opinions of effectiveness of anti-tobacco policy in Poland. *Wiad Lek* 2002; 55 Suppl 1:201-6. PMID: 15002242.
- Kerr AR, Cruz GD. Oral cancer. Practical prevention and early detection for the dental team. *N Y State Dent J* 2002 Aug-Sep; 68(7):44-54. PMID: 12243093.

- Le Louarn A, Gerard S. Pharmacists' role in smoking cessation activities in Alsace. *Sante Publique* 2002 Jun; 14(2):121-34. PMID: 12375518.
- Margolis JA, Meshack AF, McAlister AL, Narendran S, Hu S. Smoking cessation activities in Texas: the role of dentists. *Tex Dent J* 2002 Dec; 119 (12): 1176-82. PMID: 12592739.
- Mehta RH, Montoye CK, Gallogly M, Baker P, Blount A, Faul J, et al. Steering Committee of the American College of Cardiology. Improving quality of care for acute myocardial infarction: The Guidelines Applied in Practice (GAP) Initiative. *JAMA* 2002 Mar 13; 287(10):1269-76. PMID: 11886318.
- Moller AM, Villebro N, Pedersen T, Tonnesen H. Effect of preoperative smoking intervention on postoperative complications: a randomised clinical trial. *Lancet* 2002 Jan 12; 359(9301):114-7. PMID: 11809253.
- Narevic E, Schoenberg NE. Lay explanations for Kentucky's "Coronary Valley". *J Community Health* 2002 Feb; 27(1):53-62. PMID: 11845941.
- Simoyan OM, Badner VM, Freeman KD. Tobacco cessation services in dental offices. Are we doing all we can? *N Y State Dent J* 2002 Aug-Sep; 68(7): 34-40. PMID: 12243092.
- Sorensen G, Stoddard AM, LaMontagne AD, Emmons K, Hunt MK, Youngstrom R, et al. A comprehensive worksite cancer prevention intervention: behavior change results from a randomized controlled trial (United States). *Cancer Causes Control*. 2002 Aug; 13(6):493-502. PMID: 12195637.
- Swartz SH, Cowan TM, DePue J, Goldstein MG. Academic profiling of tobacco-related performance measures in primary care. *Nicotine Tob Res* 2002; 4 Suppl 1:S38-44. PMID: 11945218.
- Walsh MN, Simpson RJ Jr, Wan GJ, Weiss TW, Alexander CM, Markson LE, et al. Do disease management programs for patients with coronary heart disease make a difference? Experiences of nine practices. *Am J Manag Care*. 2002 Nov; 8(11):937-46. PMID: 12437309.
- Westenberg L. Aboriginal teenage pregnancies compared with non-Aboriginal in South Australia 1995-1999. *Aust N Z J Obstet Gynaecol* 2002.
- Youssef RM, Moubarak II. Patterns and determinants of treatment compliance among hypertensive patients. *East Mediterr Health J* 2002 Jul-Sep; 8(4-5):579-92. PMID: 15603041.
- No authors listed. Summaries for patients. Continued cigarette smoking and the risk for a second heart attack. *Ann Intern Med* 2002 Sep 17; 137(6):134. PMID: 12230381.
- No authors listed. Summary for patients. Effect of a training program for resident physicians in improving success rate in helping patients quit smoking. *Ann Intern Med* 2002 Mar 19; 136(6):131. PMID: 11900514.
- Anto JM, Vermeire P, Vestbo J, Sunyer J. Epidemiology of chronic obstructive pulmonary disease. *Eur Respir J* 2001 May; 17(5):982-94. PMID: 11488336.
- Eckert T, Junker C. Motivation for smoking cessation: what role do doctors play? *Swiss Med Wkly* 2001 Sep 8;131(35-36):521-6. PMID: 11727671.
- Fakhfakh R, Hsairi M, Belaaj R, Ben Romdhane H, Achour N. Epidemiology and prevention of smoking in Tunisia: current situation and. *Arch Inst Pasteur Tunis* 2001;78(1-4):59-67. PMID: 14658240.
- Harwell TS, Gohdes D, Moore K, McDowall JM, Smilie JG, Helgersson SD. Cardiovascular disease and risk factors in Montana American Indians and. *Am J Prev Med* 2001 Apr; 20(3):196-201. PMID: 11275446.
- Jacobs JE, van de Lisdonk EH, Smeele I, van Weel C, Grol RP. Management of patients with asthma and COPD: monitoring quality of life and the relationship to subsequent GP interventions. *Fam Pract*. 2001 Dec; 18(6): 574-80. PMID: 11739339.
- Jain A, Davis MM. Recent advances: Paediatrics. *BMJ* 2001 Jun 16; 322 (7300): 1469-72. PMID: 11408306.
- Ketola E, Makela M, Klockars M. Individualised multifactorial lifestyle intervention trial for high-risk cardiovascular patients in primary care. *Br J Gen Pract*. 2001 Apr; 51(465):291-4. PMID: 11458482.
- Kiechl-Kohlendorfer U, Peglow UP, Kiechl S, Oberaigner W, Sperl W. Epidemiology of sudden infant death syndrome (SIDS) in the Tyrol before and after an intervention campaign. *Wien Klin Wochenschr*. 2001 Jan 15; 113(1-2): 27-32. PMID: 11233464.
- Konrady AO, Brodskaya IS, Soboleva AV, Polunicheva YV. Benefits of the implementation of structured educational program in hypertension management. *Med Sci Monit*. 2001 May-Jun; 7(3):397-402. PMID: 11386015.

Lennox AS, Osman LM, Reiter E, Robertson R, Friend J, McCann I, et al. Cost effectiveness of computer tailored and non-tailored smoking cessation letters in general practice: randomised controlled trial. *BMJ* 2001 Jun 9; 322 (7299):1396. PMID: 11397745.

McHugh F, Lindsay GM, Hanlon P, Hutton I, Brown MR, Morrison C, Wheatley DJ. Nurse led shared care for patients on the waiting list for coronary artery bypass surgery: a randomised controlled trial. *Heart* 2001 Sep; 86(3):317-23. PMID: 11514487.

Nafziger AN, Erb TA, Jenkins PL, Lewis C, Pearson TA. The Otsego-Schoharie healthy heart program: prevention of cardiovascular disease in the rural US. *Scand J Public Health Suppl* 2001; 56:21-32. PMID: 11681560.

Pelkonen M, Kankkunen P. Nurses' competence in advising and supporting clients to cease smoking: a survey among Finnish nurses. *J Clin Nurs*. 2001 Jul; 10(4):437-41. PMID: 11822490.

Pieterse ME, Seydel ER, DeVries H, Mudde AN, Kok GJ. Effectiveness of a minimal contact smoking cessation program for Dutch general practitioners: a randomized controlled trial. *Prev Med* 2001 Feb; 32(2):182-90. PMID: 11162345.

Rikard-Bell G, Ward J. Australian dentists' educational needs for smoking cessation counseling. *Journal of Cancer Education* 2001 Summer;16(2):80-4. PMID: 11440067.

Roberts J, McKeown K. Clinical governance for nurses: smoking cessation interventions. *Nurs Stand* 2001 Jun 20-26; 15(40):33-6. PMID: 12206073.

Sheahan SL, Musialowski R. Clinical implications of respiratory system changes in aging. *J Gerontol Nurs*. 2001 May; 27(5):26-34; PMID: 11915271.

Wolfsen CR, Barker JC, Mitteness LS. Smoking and health: views of elderly nursing home residents. *J Gerontol Nurs* 2001 Aug; 27(8):6-12. PMID: 11817439.

Agence Nationale d'Accreditation et d'Evaluation en Sante. Management of patients with essential hypertension. Clinical recommendations and economic data. Guidelines April 2000. Recommendations of the ANAES. *J Mal Vasc*. 2000 Dec; 25(5):366-376. PMID: 11148400.

Ashford A, Gemson D, Sheinfeld Gorin SN, Bloch S, Lantigua R, Ahsan H, et al. Cancer screening and prevention practices of inner-city physicians. *Am J Prev Med*. 2000 Jul; 19(1):59-62. PMID: 10865165.

Basnyat PS, Moseley LG, al-Rawi M, Galland RB, Lewis MH. Smoking--do vascular surgeons practise what they preach? *Ann R Coll Surg Engl* 2000 Nov; 82(6):424-7. PMID: 11103164.

Borum ML. A comparison of smoking cessation efforts in African Americans by resident physicians in a traditional and primary care internal medicine residency. *J Natl Med Assoc* 2000 Mar; 92(3):131-5. PMID: 10745643.

Bowman MA, Dignan M, Crandall S, Baier M. Changes in functional status related to health maintenance visits to family physicians. *J Fam Pract* 2000 May; 49(5):428-33. PMID: 10836774.

Canga N, De Irala J, Vara E, Duaso MJ, Ferrer A, Martinez-Gonzalez MA. Intervention study for smoking cessation in diabetic patients: a randomized controlled trial in both clinical and primary care settings. *Diabetes Care* 2000 Oct; 23(10):1455-60. PMID: 11023136.

Demark-Wahnefried W, Peterson B, McBride C, Lipkus I, Clipp E. Current health behaviors and readiness to pursue life-style changes among men and women diagnosed with early stage prostate and breast carcinomas. *Cancer* 2000 Feb 1; 88(3):674-84. PMID: 10649263.

Ferguson GT, Enright PL, Buist AS, Higgins MW. Office spirometry for lung health assessment in adults: a consensus statement from the National Lung Health Education Program. *Respir Care*. 2000 May; 45(5):513-30. PMID: 10813228.

Gerstenkorn A. Nicotine dependence among the population of a big Polish city. *Sozial- und Präventivmedizin* 2000; 45(6):279-82. PMID: 11210599.

Guillin O, Krebs MO, Bourdel MC, Olie JP, Loo H, Poirier MF. Validation of the French translation and factorial structure of the Tiffany and Drobes Smoking Urge Questionnaire. *Encephale* 2000 Nov-Dec; 26(6): 27-31. PMID: 11217535.

Manthorpe R, Benoni C, Jacobsson L, Kirtava Z, Larsson A, Liedholm R, et al. Lower frequency of focal lip sialadenitis (focus score) in smoking patients. Can tobacco diminish the salivary gland involvement as judged by histological. *Ann Rheum Dis* 2000 Jan; 59(1):54-60. PMID: 10627428.

McCann MF, Macpherson LM, Gibson J. The role of the general dental practitioner in detection and prevention of oral cancer: a review of the literature. *Dent Update* 2000 Oct; 27(8):404-8. PMID: 11218536.

Mehta RH, Das S, Tsai TT, Nolan E, Kearly G, Eagle KA. Quality improvement initiative and its impact on the management of patients with acute myocardial infarction. *Arch Intern Med*. 2000 Nov 13; 160(20):3057-62. PMID: 11074734.

Moore PA, Orchard T, Guggenheimer J, Weyant RJ. Diabetes and oral health promotion: a survey of disease prevention behaviors. *J Am Dent Assoc*. 2000 Sep; 131(9):1333-41. PMID: 10986835.

Nguyen BH, Nguyen KP, McPhee SJ, Nguyen AT, Tran DQ, Jenkins CN. Promoting cancer prevention activities among Vietnamese physicians in California. *J Cancer Educ*. 2000 Summer; 15(2):82-5. PMID: 10879896.

Richman PB, Dinowitz S, Nashed AH, Eskin B, Sylvan E, Allegra C, et al. The emergency department as a potential site for smoking cessation intervention: a randomized, controlled trial. *Acad Emerg Med* 2000 Apr; 7(4): 348-53. PMID: 10805622.

Smith PO, Griebler J, Payne TJ, Crews KM. Physician-based tobacco dependence interventions: review and clinical practice recommendations. *J Miss State Med Assoc*. 2000 Sep; 41(9):722-9. PMID: 11014057.

CINAHL

Preechawong S. Thai nurses and tobacco cessation activities in clinical practice. *Thai Journal of Nurs Res* 2007; 11(1): 62-72.

Simmons VN. Secondary smoking prevention in a university setting: a randomized comparison of an experiential, theory-based intervention and a standard didactic intervention for increasing cessation motivation. *Health Psychol* 2007; 26 (3): 268-77.

Yousey Y. Family attitudes about tobacco smoke exposure of young children at home. *MCN Am J Matern Child Nurs*. 2007; 32(3): 178-183.

Carlini B, Patrick D, Halperin A, Santos V. Viewpoint. The tobacco industry's response to the COMMIT trial: an analysis of Legacy tobacco documents. *Public Health Rep*. 2006; 121(5): 501-508.

Herzig K, Huynh D, Gilbert P, Danley D, Jackson R, Gerbert B. Comparing prenatal providers approaches to four different risks: alcohol, tobacco, drugs, and domestic violence. *Women & Health* 2006; 43(3): 83-101.

Matheson M, Abeysena C, Raven J, Skoric B, Johns D, Abramson M, et al. How have we been managing chronic obstructive pulmonary disease in Australia? *Internal Medicine Journal* 2006; 36(2): 92-99.

Beldon A, Crozier S. Health promotion in pregnancy: the role of the midwife. *Journal of the Royal Society for the Promotion of Health* [serial on the Internet]. (2005, Sep), [cited December 16, 2007];125(5):216-220.

Fairall L, Zwarenstein M, Bateman E, Bachmann M, Lombard C, Majara B, et al. Effect of educational outreach to nurses on tuberculosis case detection and primary care of respiratory illness: pragmatic cluster randomised controlled trial. *BMJ: British Medical Journal* [serial on the Internet]. (2005, Oct 01), [cited December 16, 2007];331(7519):750-754.

Johansson K, Bendtsen P, Åkerlind I. Advice to patients in Swedish primary care regarding alcohol and other lifestyle habits: how patients report the actions of GPs in relation to their own expectations and satisfaction with the consultation. *European Journal of Public Health* [serial on the Internet]. (2005, Dec), [cited December 16, 2007];15(6):615-620.

Netemeyer R, Andrews J, Burton S. Effects of antismoking advertising-based beliefs on adult smokers' consideration of quitting. *American Journal of Public Health* [serial on the Internet]. (2005, June), [cited December 16, 2007];95(6):1062-1066.

Shelley D, Cantrell J, Faulkner D, Haviland L, Heaton C, Messeri P. Physician and dentist tobacco use counseling and adolescent smoking behavior: results from the 2000 National Youth Tobacco Survey. *Pediatrics* [serial on the Internet]. (2005, Mar), [cited December 16, 2007];115(3):719-725.

Dulak S. Heart disease. *RN* 2004; 67(11): 42-8, 2p.

McSweeney JC. Research for practice. Women's inhibitors and facilitators associated with making behavioral changes after myocardial infarction. *Medsurg Nurs* 2004; 13 (1): 49-56. CINAHL AN: 2004045889.

Carpenter K, Watson J, Raffety B, Chabal C. Teaching brief interventions for smoking cessation via an interactive computer-based tutorial. *Journal of Health Psychol* 2003; 8(1): 149-160.

- Chalmers K, Seguire M, Brown J. Health promotion and Tob Control: student nurses' perspectives. *Journal of Nursing Education* 2003; 42(3): 106-112.
- Gerbert B, Berg-Smith S, Mancuso M, Caspers N, McPhee S, Null D, et al. Using innovative video doctor technology in primary care to deliver brief smoking and alcohol intervention. *Health Promotion Practice* 2003; 4(3):249-261
- Kennison L. Smoking and pregnancy: reconciling incompatibilities [dissertation]. University of Florida 2003.
- Kirk-Gardner R, Steven D. Hearts for Life: a community program on heart health promotion. *Canadian Journal of Cardiovascular Nursing* 2003; 13(1): 5-10.
- No authors listed. Preventing the uptake of smoking in our youth. Australian
- Pletsch P, Doerr B, Irwin D. Focus group interviews: a method for creating partnerships with African-American women in the design of research informed consent. *J Natl Black Nurses Assoc* 2001; 12(1): 42-47.
- DeJong W, Hoffman K. A content analysis of television advertising for the Massachusetts Tob Control Program media campaign, 1993-1996 (including commentary by Biener L). *Journal of Public Health Management & Practice* 2000; 6(3):27-44.
- Erickson P, Kaplan C. Maximizing qualitative responses about smoking in structured interviews. *Qual Health Res* 2000; 10(6): 829-840.
- Fiore M. US Public Health Service clinical practice guideline: treating tobacco use and dependence. *Respiratory Care* 2000; 45(10): 1200-1262.

LILACS

- Caputo VG, Bordin IA. Problemas de saúde mental entre jovens grávidas e não-grávidas / Mental health problems among pregnant and non-pregnant youth. *Rev. saúde pública = J. public health* 2007; 41(4):573-581. LILACS ID: 453407.
- Marchesini AM, Prá-Baldi ZP, Mesquita F, Bueno R, Buchalla CM. Hepatites B e C em usuários de drogas injetáveis vivendo com HIV em São Paulo, Brasil / Hepatitis B and C among injecting drug users living with HIV in São Paulo, Brazil. *Rev. saúde pública = J. public health* 2007; 41(supl.2):57-63. LILACS ID: 470608.
- Marcopito LF, Coutinho AP, Valencich DMO, Moraes MA, Brumini R, Ribeiro SA. Exposição ao tabagismo e atitudes: comparação entre inquéritos realizados na população adulta do município de São Paulo em 1987 e 2002 / Exposition to smoking and attitudes: comparison between inquiries applied to adult population in São Paulo City. *Arq. bras. cardiol.* 2007; 89(5):333-340. LILACS ID: 470061.
- Peixoto SV, Firmo JOA, Lima-Costa MF. Fatores associados ao índice de cessação do hábito de fumar em duas diferentes populações adultas (Projetos Bambuí e Belo Horizonte) / Factors associated with smoking cessation in two different adult populations (Bambuí and Belo Horizonte Projects). *Cad Saude Publica* 2007; 23(6):1319-1328. LILACS ID: 452236.
- Priuli RMA, Moraes MS. Adolescentes em conflito com a lei / Adolescents in conflict with the law. *Ciênc. saúde coletiva* 2007; 12(5):1185-1192. LILACS ID: 459447.
- Rondina RC, Gorayeb R, Botelho C. Características psicológicas associadas ao comportamento de fumar tabaco / Psychological characteristics associated with tobacco smoking behavior. *J. Bras. pneumol.* 2007; 33(5): 592-601. LILACS ID: 467495.
- Sansores RH, Ramírez-Venegas A, Einosa-Martínez M, Viegas CAA, Andrade APA, Silvestre RS. Características do tabagismo na categoria médica do Distrito Federal / Characteristics of smoking among physicians in the Federal District of Brazil. *J. Bras. pneumol.* 2007; 33(1): 76-80. LILACS ID: 452355.
- Souza DPO, Silveira Filho DX. Uso recente de álcool, tabaco e outras drogas entre estudantes adolescentes trabalhadores e não trabalhadores / Recent use of alcohol, tobacco, and other drugs among working and nonworking adolescents. *Rev. bras. epidemiol.* 2007; 10(2):276-287. LILACS ID: 455569.
- Tassinari WS. Contexto sócio-econômico e percepção da saúde bucal em uma população de adultos no Rio de Janeiro, Brasil: uma análise multinível / Socioeconomic context and perceived oral health in

an adult population in Rio de Janeiro, Brazil: a multilevel analysis. *Cad Saude Publica* 2007; 23(1):127-136.

Araujo RB, Oliveira MS, Mansu, MA. A validação brasileira do Questionnaire of Smoking Urges / Brazilian validation of the Questionnaire of Smoking Urges. *Cad Saude Publica* 2006; 22(10):2157-2167. LILACS ID: 434034.

Armendares PE, Reynales Shigematsu LM. Política fiscal y control del tabaco: una oportunidad única para beneficiar a la salud pública y al erario / Fiscal policy and Tob Control: a unique opportunity to benefit public health and the public treasury. *Salud pública Méx.* 2006; 48(supl.1):s167-s172. LILACS ID: 431324.

Balbani APS, Montovani JC, Carvalho LR. Tabagismo, abandono do fumo e os otorrinolaringologistas do estado de São Paulo / Smoking, smoking cessation and otorhinolaryngologists in the state of Sao Paulo, Brazil. *Rev. bras. otorrinolaringol* 2006; 72(1):96-103. LILACS ID: 434986.

De Lorenzi DRS. Fatores associados à qualidade de vida após menopausa / Factors related to quality of life in post-menopause. *Rev. Assoc. Med. Bras.* 2006; 52(5):312-317.

Fernández E, Villalbí, JR, Córdoba R. Lecciones aprendidas en el control del tabaquismo en España / Lessons learned from Tob Control in Spain. *Salud pública Méx.* 2006; 48(supl.1):s148-s154. LILACS ID: 431316.

Guedes DP, Santos CA, Lopes CC. Estágios de mudança de comportamento e prática habitual de atividade física em universitários / Stages of behavior change and habitual physical activity in college students. *Rev. bras. cineantropom. desempenho hum.* 2006; 8(4). LILACS ID: 469792.

Hassmiller KM. The association between smoking and tuberculosis. *Salud pública Méx.* 2006; 48(supl.1):s201-s216. LILACS ID: 431321.

Mazoni CG, Bisch NK, Freese L, Ferigolo M, Barros H. Aconselhamento telefônico reativo para cessação do consumo do tabaco: relato de caso / Reactive telephone counseling for cessation of the consumption of the tobacco: case study Aletheia 2006; (24):137-148. LILACS ID: 447762.

Otero UB et all. Ensaio clínico randomizado: efetividade da abordagem cognitivo-comportamental e uso de adesivos transdérmicos de reposição de nicotina, na cessação de fumar, em adultos residentes no Município do Rio de Janeiro, Brasil / Randomized clinical trial: effectiveness of the cognitive-behavioral approach and the use of nicotine replacement transdermal patches for smoking cessation among adults in Rio de Janeiro, Brazil. *Cad Saude Publica* 2006; 22(2):439-449. LILACS ID: 421412.

Silva AB, Jr. Fatores de risco para síndromes coronarianas e descrição dos questionários de qualidade de vida Mac New QLMI e SF-36 / Risk factors for coronary syndromes and description of the Mac New QLMI and SF-36 life quality questionnaires. *Arq. ciências saúde UNIPAR* 2006;10(1):49-54.

Thrasher JF, Chaloupka F, Hammond D, Fong G, Borland R, Hastings G, Cummings M. Evaluación de las políticas contra el tabaquismo en países latinoamericanos en la era del Convenio Marco para el Control del Tabaco / Evaluating Tob Control policy in Latin American countries during the era of the Framework Convention on Tob Control. *Salud pública Méx.* 2006;48(supl.1):s155-s166. LILACS ID: 431317.

Balbani APS, Montovani JC. Métodos para abandono do tabagismo e tratamento da dependência da nicotina / Methods for smoking cessation and treatment of nicotine dependence. *Rev. bras. otorrinolaringol* 2005; 71(6): 820-827. LILACS ID: 441335.

Becker IC, Coutinho MSSA, Pereira MR, Freitas P, Ronsoni R, Sehnem Junior L. Prevalência do tabagismo na população urbana de Tubarão - SC / smoking prevalency in Tubarão's urban population. *ACM arq. catarin. med.* 2005; 34(3):37-44. LILACS ID: 451326.

Bianco E. Tema Especial: tabaco, salud y sociedad / Strategies for Tob Control and its rationale. *Cuad. méd.-soc. (Santiago de Chile)* 2005; 45(3):175-186. LILACS ID: 425155.

Bianco Fonsalía, Eduardo A. Cesación de tabaquismo / Smoking cessation. *Rev. urug. cardiol.* 2005; 20(1):4-4. LILACS ID: 448399.

Castro ME, Rolim MO, Mauricio TF. Prevenção da hipertensão e sua relação com o estilo de vida de trabalhadores / Prevention of hypertension and its relation to the lifestyle of workers. *Acta paul. enferm* 2005; 18(2):184-189. LILACS ID: 430862.

Chatkin JM, Silva VD, Fritscher C, Fiterman J, Reck C. Histiocitose de células de Langerhans: rápida resolução após cessação do tabagismo / Langerhans-cell histiocytosis: rapid resolution after smoking cessation. *J. Bras. pneumol.* 2005;31(2):173-176. LILACS ID: 404388.

Deheinzelin D, Lourenço MTC, Costa CL, Younes RN. The level of nicotine dependence is an independent risk factor for cancer: a case control study. *Clinics* 2005; 60(3):221-226. LILACS ID: 402752.

Figueroa JP. High risk health behaviours among adult Jamaicans. *West Indian med. j.* 2005; 54(1):70-76.

Ipinza Riveros MI. Análisis del proyecto de ley para la implementación del "convenio marco de la OMS para el control del tabaco / Analysis of the proposed law for implementing the WHO framework agreement for the control of tobacco. *Cuad. méd.-soc. (Santiago de Chile)* 2005; 45(2):109-116. LILACS ID: 429166.

Lacerda A. Efeitos ototóxicos da exposição ao monóxido de carbono: uma revisão / Ototoxic effects of carbon monoxide exposure: a review. *Pró-fono* 2005; 17(3):403-412.

Méndez Neira HA, Nieto Rodríguez AM. El tabaco como factor de riesgo de fracaso en un implante / Tobacco as a risk factor for a dental implant failure. *Rev. Ateneo Argent. Odontol* 2005; 44(2):26-31. LILACS ID: 417911.

Müller FW. El médico y el tabaco / Doctors and tobacco. *Rev. Asoc. Méd. Argent.* 2005; 118(3):25-26. LILACS ID: 419576.

Araneda JC, Cumsille Garib F. Consumo de drogas en población escolar de Chile en alumnos de 8º básico a 4º medio, 2003 / Drug use in chilean school population ranging from 8th grade basic education to 4th year middle school, 2003. *Rev. chil. salud pública* 2004; 8(2):63-71. LILACS ID: 393936.

Ferrero F et al. Prevalencia del consumo de tabaco en médicos residentes de pediatría en Argentina / Prevalence of tobacco use among pediatric residents in Argentina. *Rev. panam. salud pública = Pan am. j. public health.* 2004; 15(6):395-399. LILACS ID: 388253.

Leopércio W, Gigliotti A.. Tabagismo e suas peculiaridades durante a gestação: uma revisão crítica / Smoking and its peculiarities during pregnancy: a critical review. *J. Bras. pneumol.* 2004; 30(2):176-185. LILACS ID: 360387.

Rozov T, Fiss E, Catherino P, Perestrelo MI, Nomura M. Hábito de fumar das gestantes e parturientes de um hospital universitário e seus conhecimentos sobre os efeitos do fumo em fetos e lactentes / Smoking habits in pregnant and postpartum women at university hospital and their knowledge about the effects of tobacco smoke on fetus and children. *Arq. méd. ABC* 2004; 29(1):28-36. LILACS ID: 457899.

Morán Sánchez F. Percepción de padres y profesores de los factores de riesgo para el uso de drogas lícitas e ilícitas en los escolares / Parents and teachers perception of the risky factors for legal and illegal drugs consumption among students. *Rev. latinoam. enferm* 2004; 12(n.esp): 352-358.

Séquier A, Stoeber A, Gourgou S, Lence JJ, Bonifaci C, Sancho-Garnier H. Métodos educativos en la prevención del tabaquismo, en escolares del Departamento del Herault, Francia. *Salud pública Méx.* 2004; 44(supl.1): s93 -s100. LILACS ID: 464236.

Terrasa S, Kopitowski K. Evaluación del riesgo cardiovascular global (segunda parte) / Evaluation of global vascular risk (second part). *Evid. actual. práct. ambul.* 2004; 7(2):52-55.

Vazquez FC. Percepción de los estudiantes de enfermería en cuanto al comportamiento de fumar en México / Perception of nursing students concerning smoking behavior in México. *Texto & contexto enferm* 2004; 13(2):203-208

Bolet Astoviza M, Socarrás Suárez MM. Algunas reflexiones sobre el tabaquismo como factor de riesgo para diferentes enfermedades / Some reflections on smoking as a risk factor in several diseases. *Rev. cuba. med. gen. integr.* 2003; 19(4). LILACS ID: 386936.

Busquets JM, García HA, Trinidad-Pinedo J, Baez A.. Clinicopathologic characteristics of head and neck squamous cell carcinoma in Puerto Ricans. *P. R. health sci. j.* 2003; 22(3):259-264. LILACS ID: 355998.

Chor D, Faerstein E, Alves MGM, Lopes CS. How reproducible is self-reported information on exposure to smoking, drinking, and dietary patterns? Evidence among Brazilian adults in the Pró-Saúde Study. *São Paulo med. j.* 2003; 121(2):63-66. LILACS ID: 342144.

Martin EC, Cataldo Neto A, Chatkin JM. O tabagismo e a formação médica / Tobacco and medical education. *Rev. bras. educ. méd* 2003; 27(3):177-183. LILACS ID: 384907.

Osorio SX, Rivas Riveros E, Jara BJ. Prevalencia de tabaquismo en enfermeras de la IX Región, Chile / Prevalence of smoking among nurses in the ninth region of Chile. *Rev. méd. Chile* 2003; 131(3):269-274. LILACS ID: 342313.

Sánchez P, Lisanti N. Prevalencia de tabaquismo y actitud hacia ese hábito entre médicos del Azuay, Ecuador / The prevalence of and attitudes toward smoking among physicians in Azuay, Ecuador. *Rev. panam. salud pública = Pan am. j. public health* 2003; 14(1):25-30. LILACS ID: 341976.

Valdés Salgado R. El Convenio Marco para el Control del Tabaco. *Salud pública Méx.* 2003; 45(3):153-154. LILACS ID: 349858.

Vasconcellos-Silva PR, Castiel LD, Rivera FJU. Assessing an Internet health information site by using log analysis: the experience of the National Cancer Institute of Brazil. *Rev. panam. salud pública = Pan am. j. public health* 2003; 14(2):134-137. LILACS ID: 349611.

Zoraida Rivero GZ, Ruiz HI. Dejar de fumar: etapas, mitos y ventajas / Smoking cessation. *Rev. medica electron.* 2003; 25(6). LILACS ID: 394236.

Gil Dib R, Bello Silva S. Lanzamiento de GOLD en Chile / Launching of GOLD in Chile. *Rev. chil. enferm. respir* 2002; 18(2):81-82. LILACS ID: 321520.

Granollers Mercader S. Guía clínica para el tratamiento del tabaquismo / Clinical guide for the treatment of smoking. *Rev. enferm. Hosp. Ital* 2002; (15): 19-22, abr. 2002. LILACS ID: 335342.

Gutiérrez Clavería M. Enfermedad pulmonar obstructiva crónica: propuesta de manejo simple del paciente estable / Chronic obstructive pulmonary disease: proposal of basic management of the stable patient. *Rev. chil. enferm. Respir* 2002; 18(3):182-188. LILACS ID: 323306.

Peruga A. Tres medidas fundamentales para revitalizar el control del tabaquismo en las Américas / Three measures to control of smoking in Americas. *Rev. panam. salud pública = Pan am. j. public health* 2002; 11(2): 72-75. LILACS ID: 323749.

Sotomayor LH, Behn Theune V, Cruz Pedreros M, Naveas González R, Sotomayor FC, Fernández AP, et al. Tabaquismo en académicos, no académicos y estudiantes de la Universidad de Concepción / Prevalence of smoking among academic, non-academic workers and students of the Universidad de Concepción. *Rev. méd. Chile* 2002; 128(9):977-84. LILACS ID: 274630.

Stengel FM. Efectos del tabaquismo en la cicatrización de heridas / Effects of tobacco on wound healing. *Arch. argent. dermatol* 2002; 52(1):1-4. LILACS ID: 310972.

Barros MVG. Comportamentos de risco, auto-avaliação do nível de saúde e percepção de estresse entre trabalhadores da indústria / Health risk behaviors, health status self-assessment and stress perception among industrial workers. *Rev. saúde pública = J. public health* 2001; 35(6):554-563.

Benetti M. Alterações na qualidade de vida em coronariopatas acometidos de infarto agudo do miocárdio, submetidos a diferentes tipos de tratamentos / Modification of quality of life in coronary patients who experienced acute myocardial infarction, under different kinds of treatment. *Rev. bras. ativ. fís. Saúde* 2001; 6(3):27-33.

Blümel MJE, Prado AJ. Pautas clínicas en el tratamiento del climaterio / Clinical guidelines in climaterium treatment. *Rev. chil. obstet. Gineco* 2001; 66(6):554-566. LILACS ID: 313359.

Carbajal HA et al. Variables asociadas a hipertensión arterial en una region de la Argentina / Associated variables to hypertension in a region of Argentina. *Medicina (B.Aires)* 2001; 61(6):801-9. LILACS ID: 300781.

Cendon S, Bueno MAS, Romaldini H. Tabagismo: táticas para o abandono / Strategy of quitting smoking. *RBM rev. bras. med.* 2001; 58(3):141-142. LILACS ID: 324116.

Céspedes Lantigua LA, Lorenzo Rodríguez A, Castañer Herrera JF, Pérez Coronel PP. Consideraciones y papel del médico de familia en la desestimulación del hábito de fumar / Considerations and role of the family physician in the desestimulation of smoking. *Rev. cuba. med. gen. integr.* 2001; 17(6):606-610. LILACS ID: 340552.

Haggström FM, Chatkin JM, Cavalet-Blanco D, Rodin V, Fritsher CC. Tratamento do tabagismo com bupropiona e reposição nicotínica / Smoking cessation with bupropion and nicotine replacement. *J. Bras. pneumol.* 2001; 27(5):255-261. LILACS ID: 339753.

Marques ACPR. Consenso sobre o tratamento da dependência de nicotina / Consensus on the treatment of nicotine dependence. *Rev. bras. Psiquiatr.* 2001; 23(4):200-214.

Menezes A, Palma E, Holthausen R, Oliveira R, Oliveira OS, Devens Eduardo, et al. Evolução temporal do tabagismo em estudantes de medicina, 1986, 1991, 1996 / Trends in smoking habits

among medical students in 1986, 1991, 1996. *Rev. saúde pública = J. public health.* 2001; 35(2):165-9. LILACS ID: 283223.

Otaño Fabelo Y, Peña Remigio A, Alvarez Malpica G. Prevención de hábitos tóxicos desde la infancia / Prevention of toxic habits since childhood. *Rev. cuba. enferm.* 2001; 17(3):173-181. LILACS ID: 329891.

Ramadan PA, Araújo FB, Ferreira Junior M. A 12-month follow-up of an influenza vaccination campaign based on voluntary adherence: report on upper-respiratory symptoms among volunteers and non-volunteers. *São Paulo med. j.* 2001; 119(4):142-145. LILACS ID: 302320.

Schoj V. Intervenciones para reducir el aumento de peso al dejar de fumar / Interventions to reduce the increase of weight when letting smoke. *Evidencia aten. primaria* 2001; 4(6):175-177. LILACS ID: 322885.

Valença AM, Nardi AE, Nascimento I, Mezzasalma MA, Lopes FL; Zin W. Transtorno de pânico e tabagismo / Panic disorder and smoking. *Rev. bras. psiquiatr.* 2001; 23(4):229-232. LILACS ID: 316789.

Calvo Vargas CG, Flores López A. Los periódicos como medio de educación para el control de las enfermedades cardiovasculares / Newspapers as an educational mean for controlling cardiovascular diseases. *Med. interna Méx* 2000; 16(2):63-68. LILACS ID: 304488.

García-Palmieri MR, Santos C. Dejar de fumar / Smoking cessation. *Bol Asoc Med P R* 2000; 92(1/3):15-17. LILACS ID: 411344.

Isolan L, Nogueira L, Ferreira ED, Chaves MLF. Bupropiona para o tratamento da cessação do hábito de fumar / Bupropion for the treatment of smoking cessation. *Rev. AMRIGS* 2000; 44(1/2):74-8. LILACS ID: 285253.

Montoya Aguilar C, Salinas M. Factores del tabaquismo: reflexiones en torno al ensayo de una encuesta / Smoking factors: reflections in a questionnaire essay. *Cuad. méd.-soc. (Santiago de Chile)* 2000; 41(1/2):27-39. LILACS ID: 300218.

Novello MB, Novello LB, Novello LB. Relação entre a parada do hábito de fumar e a mudança de peso / Relation between stopped of the habit to smoke and the change of weight. *ACM arq. catarin. med.* 2000; 29(1/4):10-13. LILACS ID: 308020.

Romero CT. La rehabilitación cardíaca como punto de partida en la prevención secundaria de la enfermedad coronaria / Cardiac rehabilitation as a first step in the secondary prevention of coronary heart disease. *Rev. méd. Chile* 2000; 128(8): 923-34. LILACS ID: 270916.

Rosenbluth H. Anfebutamona bupropion / Anfebutamona bupropion. *Bol. inf. medicam. (Santiago de Chile)* 2000; 17(1):2-4. LILACS ID: 296127.

Schoj V. Bupropion: nuevos usos para viejas drogas / Bupropion: new uses for old drugs. *Evidencia aten. Primaria* 2000; 3(6):181-2. LILACS ID: 286641.

Schoj V. Guía de manejo del tabaquismo: ¿cuál es la evidencia y qué estrategias se recomiendan para ayudar a nuestros pacientes a dejar de fumar? / Guide to the management of smoking: which is the evidence and what strategies are recommended to help our patients to leave smoking?. *Evidencia aten. Primaria* 2000; 3(5):143-7. LILACS ID: 286633.

Vio del Rio F. Promoción de salud en la transición epidemiológica de Chile / Health promotion in the Chilean epidemiological transition. *Rev. chil. Nutr* 2000; 27(1):21-9.

Zagolín BM, Sierra SM, Readi VA. Tabagismo: repercusión y métodos de control / Smoking: repercution and control method. *Rev. Hosp. Clin. Univ. Chile* 2000; 11(1):48-56. LILACS ID: 277848.

ANONIMO. Dejar de fumar / Smoking cessation. *Bol Asoc Med P R* 2000; 92(1-3):1-2. LILACS ID: 411348.

ANEXO 19 - Citações excluídas a partir da leitura dos resumos - organizados por base de dados/ ano/ autor.

MEDLINE

Babar ZU, Bukhari NI, Sarwar W, Efendie B, Pereira R, Mohamed MH. A preliminary study on the effect of pharmacist counseling on awareness of and willingness to quit smoking in Malaysian population. *Pharm World Sci*. 2007 Jun;29(3):101-3. Epub 2007 Feb 7. PMID: 17288012.

Barron J, Petrilli F, Strath L, McCaffrey R. Successful interventions for smoking cessation in pregnancy. *MCN Am J Matern Child Nurs* 2007 Jan-Feb;32(1):42-7. PMID: 17308457.

Boyle RG, Solberg LI, Asche SE, Maciosek MV, Boucher JL, Pronk NP. Proactive recruitment of health plan smokers into telephone counseling. *Nicotine Tob Res*. 2007 May;9(5):581-9. PMID: 17454714.

Donze J, Ruffieux C, Cornuz J. Determinants of smoking and cessation in older women. *Age Ageing* 2007 Jan;36(1):53-7. PMID: 17264137.

Gershon Grand RB, Hwang S, Han J, George T, Brody AL. Short-term naturalistic treatment outcomes in cigarette smokers with substance abuse and/or mental illness. *J Clin Psychiatry* 2007 Jun;68(6):892-8; quiz 980-1. PMID: 17592914.

O'Hegarty M, Pederson LL, Yenokyan G, Nelson D, Wortley P. Young adults' perceptions of cigarette warning labels in the United States and Canada. *Prev Chronic Dis*. 2007 Apr;4(2):A27. Epub 2007 Mar 15. PMID: 17362618.

Peters E, Romer D, Slovic P, Jamieson KH, Wharfield L, Mertz CK, et al. The impact and acceptability of Canadian-style cigarette warning labels among U.S. smokers and nonsmokers. *Nicotine Tob Res* 2007 Apr;9(4): 473-81. PMID: 17454702.

Reid RD, Pipe AL, Quinlan B, Oda J. Interactive voice response telephony to promote smoking cessation in patients with heart disease: a pilot study. *Patient Educ Couns*. 2007 Jun;66(3):319-26. Epub 2007 Mar 1. PMID: 17336026.

Rushford N, Murphy BM, Worcester MU, Goble AJ, Higgins RO, Le Grande MR, et al. Recall of information received in hospital by female cardiac patients. *Eur J Cardiovasc Prev Rehabil*. 2007 Jun;14(3):463-9. PMID: 17568250.

Tait RJ, Hulse GK, Waterreus A, Flicker L, Lautenschlager NT, Jamrozik K, et al. Effectiveness of a smoking cessation intervention in older adults. *Addiction* 2007 Jan;102(1):148-55. PMID: 17207132.

Weber D, Wolff LS, Orleans T, Mockenhaupt RE, Massett HA, Vose KK. Smokers' attitudes and behaviors related to consumer demand for cessation counseling in the medical care setting. *Nicotine Tob Res*. 2007 May;9(5):571-80. PMID: 17454713.

Al-Turki YA. Smoking habits among medical students in Central Saudi Arabia. *Saudi Med J* 2006 May;27(5):700-3. PMID: 16680263.

An LC, Perry CL, Lein EB, Klatt C, Farley DM, Bliss RL, et al. Strategies for increasing adherence to an online smoking cessation intervention for college students. *Nicotine Tob Res* 2006 Dec;8 Suppl 1:S7-12. PMID:17491165.

Aveyard P, Lawrence T, Cheng KK, Griffin C, Croghan E, Johnson C. A randomized controlled trial of smoking cessation for pregnant women to test the effect of a transtheoretical model-based intervention on movement in stage and interaction with baseline stage. *Br J Health Psychol* 2006 May;11(Pt 2):263-78. PMID: 16643698.

Baumann SB, Sayette MA. Smoking cues in a virtual world provoke craving in cigarette smokers with severe mental illnesses. *Psychol Addict Behav* 2006 Dec;20(4): 484-9. PMID: 17176184.

Boland M, Fitzpatrick P, Scallan E, Daly L, Herity B, Horgan J, Bourke G. Trends in medical student use of tobacco, alcohol and drugs in an Irish. *Drug Alcohol Depend* 2006 Nov 8; 85(2):123-8. PMID: 16735098.

Boldemann C, Gilljam H, Lund KE, Helgason AR. Smoking cessation in general practice: the effects of a quitline. *Nicotine Tob Res* 2006 Dec;8(6):785-90. PMID: 17132526.

Campbell E, Walsh RA, Sanson-Fisher R, Burrows S, Stojanovski E. A group randomised trial of two methods for disseminating a smoking cessation programme to public antenatal clinics: effects on patient outcomes. *Tob Control* 2006. Apr;15(2):97-102. PMID: 16565456.

Daza P, Cofta-Woerpel L, Mazas C, Fouladi RT, Cinciripini PM, Gritz ER, et al. Racial and ethnic differences in predictors of smoking cessation. *Subst Use Misuse* 2006;41(3):317-39. PMID: 16467009.

de Vries H, Bakker M, Mullen PD, van Breukelen G. The effects of smoking cessation counseling by midwives on Dutch pregnant women and their partners. *Patient Educ Couns* 2006 Oct;63(1-2):177-87. PMID: 16406475.

Elizabeth Jesse D, Graham M, Swanson M. Psychosocial and spiritual factors associated with smoking and substance use during pregnancy in African American and White low-income women. *J Obstet Gynecol Neonatal Nurs* 2006 Jan-Feb;35(1):68-77. PMID: 16466354.

Ellingsen I, Hjerkin EM, Arnesen H, Seljeflot I, Hjermann I, Tonstad S. Follow-up of diet and cardiovascular risk factors 20 years after cessation of intervention in the Oslo Diet and Antismoking Study. *Eur J Clin Nutr* 2006 Mar;60(3):378-85. PMID: 16306931.

Etter JF. A list of the most popular smoking cessation web sites and a comparison of their quality. *Nicotine Tob Res* 2006 Dec; 8 Suppl 1:S27-34. PMID: 17491168.

Flocke SA, Gordon LE, Pomiecko GL. Evaluation of a community health promotion resource for primary care practices. *Am J Prev Med*. 2006 Mar;30(3):243-51. PMID: 16476641.

Herrera-Sanchez B, Mansilla-Dominguez JM, Perdigon-Florencio P, Bermejo-Caja C. Effectiveness of clinical counseling after increasing physical activity. A prospective randomized study. *Med Clin (Barc)* 2006 Mar 18;126 (10): 61-3. PMID: 16750124.

Hu KK, Woodall ED, Do HH, Tu SP, Thompson B, Acorda E, et al. Tobacco knowledge and beliefs in Chinese American men. Questionnaire as a measure of cigarette dependence. *Asian Pac J Cancer Prev* 2006 Jul-Sep;7(3):434-8. PMID: 17059339.

Huang CL, Lin HH, Wang HH. Psychometric evaluation of the Chinese version of the Fagerstrom Tolerance Questionnaire as a measure of cigarette dependence. *J Adv Nurs* 2006 Sep;55(5):596-603. PMID: 16907791.

Ivers RG, Castro A, Parfitt D, Bailie RS, D'Abbs PH, Richmond RL. Evaluation of a multi-component community tobacco intervention in three remote Australian Aboriginal communities. *Aust N Z J Public Health* 2006 Apr; 30(2):132-6. PMID: 16681333.

Kadowaki T, Kanda H, Watanabe M, Okayama A, Miyamatsu N, Okamura T, et al. Are comprehensive environmental changes as effective as health education for smoking cessation? *Tob Control* 2006 Feb; 15(1):26-9. PMID: 16436400

Klesges RC, DeBon M, Vander Weg MW, Haddock CK, Lando HA, Relyea GE, et al. Efficacy of a tailored Tob Control program on long-term use in a population of U.S. military troops. *J Consult Clin Psychol* 2006 Apr; 74(2):295-306. PMID: 16649874.

Laaksonen M, Rahkonen O, Martikainen P, Karvonen S, Lahelma E. Smoking and SF-36 health functioning. *Prev Med* 2006 Mar; 42(3):206-9. Epub 2006 Jan 27. PMID: 16443264.

Nasry HA, Preshaw PM, Stacey F, Heasman L, Swan M, Heasman PA. Smoking cessation advice for patients with chronic periodontitis. *Br Dent J* 2006 Mar 11;200(5):272-5. PMID: 16528334.

Quist-Paulsen P, Bakke PS, Gallefoss F. Does smoking cessation improve quality of life in patients with coronary heart disease? *Scand Cardiovasc J* 2006 Feb;40(1):11-6. PMID: 16448992.

Schofield I. Supporting older people to quit smoking. *Nurs Older People* 2006 Jul;18(6):29-33; PMID: 16878810.

Shahab L, Hall S, Marteau T. Showing smokers with vascular disease images of their arteries to motivate cessation: a pilot study. *Br J Health Psychol*. 2007 May;12(Pt 2):275-83. PMID: 17456286.

Siahpush M, McNeill A, Borland R, Fong GT. Socioeconomic variations in nicotine dependence, self-efficacy, and intention to quit across four countries: findings from the International Tob Control (ITC). *Tob Control* 2006 Jun;15 Suppl 3:iii71-5. PMID: 16754950.

Smith S. Smoking cessation and health inequality: an equity audit. *Nurs Times* 2006 Jan; 17-23; 102(3):38-40. PMID: 16440975.

Stoddard JL, Augustson EM, Mabry PL. The importance of usability testing in the development of an internet-based smoking cessation treatment resource. *Nicotine Tob Res* 2006 Dec;8 Suppl 1:S87-93. PMID: 17491175.

Stoddard JL, Augustson EM. Smokers who use internet and smokers who don't: data from the Health Information and National Trends Survey (HINTS). *Nicotine Tob Res* 2006 Dec;8 Suppl 1:S77-85. PMID: 17491174.

Takahashi K, Saso H, Saka H, Saso H, Iwata M, Hashimoto I, et al. A pilot study on inducement of smoking cessation by a simple 5A (asking, advice, assess, assist, and arrange) approach at outpatient clinics. *Asian Pac J Cancer Prev* 2006 Jan-Mar;7(1):131-5. PMID: 16629531.

Tanaka H, Yamato H, Tanaka T, Kadowaki T, Okamura T, Nakamura M, et al. Effectiveness of a low-intensity intra-worksite intervention on smoking cessation in Japanese employees: a three-year intervention trial. *J Occup Health* 2006 May;48(3):175-82. PMID: 16788278.

Thorndike FP, Friedman-Wheeler DG, Haaga DA. Effect of cognitive behavior therapy on smokers' compensatory coping skills. *Addict Behav* 2006 Sep; 31(9):1705-10. Epub 2006 Jan 19. PMID: 16427745.

Vidrine DJ, Arduino RC, Gritz ER. Impact of a cell phone intervention on mediating mechanisms of smoking cessation in individuals living with HIV/AIDS. *Nicotine Tob Res* 2006 Dec;8 Suppl 1:S103-8. PMID: 17491177.

Woolf SH, Krist AH, Johnson RE, Wilson DB, Rothenmich SF, Norman GJ, et al. A practice-sponsored Web site to help patients pursue healthy behaviors: an ACORN study. *Ann Fam Med* 2006 Mar-Apr; 4(2):148-52. Erratum in: *Ann Fam Med*. 2006 Jul-Aug;4(4):371. PMID: 16569718.

Yam FK, Akers WS, Ferraris VA, Smith K, Ramaiah C, Camp P, Flynn JD. Interventions to improve guideline compliance following coronary artery bypass grafting. *Surgery*. 2006 Oct; 140(4):541-7. Epub 2006 Sep 6. PMID: 17011901.

Yun S, Chanetsa F, Kelsey A, Zhu BP. Active and passive smoking among asthmatic Missourians: implications for health education. *Prev Med* 2006 Apr 42(4): 286-90. PMID: 16488000.

Abrahamsson A, Springett J, Karlsson L, Hakansson A, Ottosson T. Some lessons from Swedish midwives' experiences of approaching women smokers in antenatal care. *Midwifery* 2005 Dec;21(4):335-45. PMID: 16024146.

Barengo NC, Sandstrom HP, Jormanainen VJ, Myllykangas MT. Attitudes and behaviours in smoking cessation among general practitioners in Finland 2001. *Soz Praventivmed* 2005;50(6):355-60. PMID: 16398097

Bock BC, Niaura RS, Neighbors CJ, Carmona-Barros R, Azam M. Differences between Latino and non-Latino White smokers in cognitive and behavioral characteristics relevant to smoking cessation. *Addict Behav* 2005 May;30(4):711-24. PMID: 15833576.

Boyle RG, Solberg LI, Asche SE, Boucher JL, Pronk NP, Jensen CJ. Offering telephone counseling to smokers using pharmacotherapy. *Nicotine Tob Res* 2005 Apr;7 Suppl 1:S19-27. PMID: 16036266.

Bricker JB, Leroux BG, Robyn Andersen M, Rajan KB, Peterson AV Jr. Parental smoking cessation and children's smoking: mediation by antismoking actions. *Nicotine Tob Res* 2005 Aug;7(4):501-9. PMID: 16085521.

Burkhalter JE, Springer CM, Chhabra R, Ostroff JS, Rapkin BD. Tobacco use and readiness to quit smoking in low-income HIV-infected persons. *Nicotine Tob Res* 2005 Aug;7(4):511-22. PMID: 16085522.

Conklin CA, Perkins KA, Sheidow AJ, Jones BL, Levine MD, Marcus MD. The return to smoking: 1-year relapse trajectories among female smokers. *Nicotine Tob Res* 2005 Aug;7(4):533-40. PMID: 16085524.

Conroy MB, Majchrzak NE, Silverman CB, Chang Y, Regan S, Schneider LI, et al. Measuring provider adherence to tobacco treatment guidelines: a comparison of electronic medical record review, patient survey, and provider survey. *Nicotine Tob Res* 2005 Apr;7 Suppl 1:S35-43. PMID: 16036268.

Conroy MB, Majchrzak NE, Regan S, Silverman CB, Schneider LI, Rigotti NA. The association between patient-reported receipt of tobacco intervention at a primary care visit and smokers' satisfaction with their health care. *Nicotine Tob Res* 2005 Apr;7 Suppl 1:S29-34. PMID: 16036267.

Dijkstra A. Working mechanisms of computer-tailored health education: evidence from smoking cessation. *Health Educ Res* 2005 Oct;20(5):527-39. PMID: 15701665.

Emmons KM, Puleo E, Park E, Gritz ER, Butterfield RM, Weeks JC, et al. Peer-delivered smoking counseling for childhood cancer survivors increases rate of cessation: the partnership for health study. *J Clin Oncol* 2005 Sep 20;23(27):6516-23. PMID: 16116148.

Everett KD, Gage J, Bullock L, Longo DR, Geden E, Madsen RW. A pilot study of smoking and associated behaviors of low-income expectant fathers. *Nicotine Tob Res* 2005 Apr;7(2):269-76. PMID: 16036284.

Giacomoni C, Magnan A, Hubert A, Stojcic I, Dande A. Young people's perceptions of tobacco-related cancer. *Sante Publique* 2005;17(2):199-209. PMID: 16001562.

Houston TK, Scarinci IC, Person SD, Greene PG. Patient smoking cessation advice by health care providers: the role of ethnicity, socioeconomic status, and health. *Am J Public Health* 2005 Jun;95(6):1056-61. PMID: 15914833.

Huang CL. Evaluating the program of a smoking cessation support group for adult smokers: a longitudinal pilot study. *J Nurs Res* 2005 Sep; 13(3):197-205. PMID: 16237631.

Ji M, Hofstetter CR, Hovell M, Irvin V, Song YJ, Lee J, Park H, Paik HY. Smoking cessation patterns and predictors among adult Californians of Korean descent. *Nicotine Tob Res* 2005 Feb;7(1):59-69. PMID: 15804678.

Joseph AM, Bliss RL, Zhao F, Lando H. Predictors of smoking reduction without formal intervention. *Nicotine Tob Res* 2005 Apr;7(2):277-82. PMID: 16036285.

Lung ZH, Kelleher MG, Porter RW, Gonzalez J, Lung RF. Poor patient awareness of the relationship between smoking and periodontal diseases. *Br Dent J* 2005 Dec 10;199(11):731-7. PMID: 16341187.

Madan AK, Barden CB, Beech B, Fay K, Sintich M, Beech DJ. Multivariate analysis of factors associated with smoking cessation in women. *J La State Med Soc* 2005 Mar-Apr;157(2):112-5. PMID: 16022278.

Maher JE, Boysun MJ, Rohde K, Stark MJ, Pizacani BA, Dilley J, et al. Are Latinos really less likely to be smokers? Lessons from Oregon. *Nicotine Tob Res* 2005 Apr;7(2):283-7. PMID: 16036286.

Ong KC, Cheong GN, Prabhakaran L, Earnest A. Predictors of success in smoking cessation among hospitalized patients. *Respirology* 2005 Jan;10(1):63-9. PMID: 15691240.

Pursell R, Galland RB. Do specialist registrars fail smokers? *Ann R Coll Surg Engl* 2005 May;87(3):196-8. PMID:15901382.

Sanchez JP, Meacher P, Beil R. Cigarette smoking and lesbian and bisexual women in the Bronx. *J Community Health* 2005 Feb;30(1):23-37. PMID: 15751597.

Sauerbeck LR, Khoury JC, Woo D, Kissela BM, Moomaw CJ, Broderick JP. Smoking cessation after stroke: education and its effect on behavior. *J Neurosci Nurs* 2005 Dec;37(6):316-9, 325. PMID: 16396084.

Sheahan SL, Free TA. Counseling parents to quit smoking. *Pediatr Nurs* 2005 Mar-Apr;31(2):98-102, 105-9. PMID: 15934562.

Sorensen G, Gupta PC, Sinha DN, Shastri S, Kamat M, Pednekar MS, Ramakrishnan S. Teacher tobacco use and tobacco use prevention in two regions in India: qualitative research findings. *Prev Med* 2005 Aug;41(2):424-32. PMID:15917037.

Suplee PD. The importance of providing smoking relapse counseling during the postpartum hospitalization. *J Obstet Gynecol Neonatal Nurs* 2005 Nov-Dec;34(6):703-12. PMID: 16282228.

Wardman AE, Khan NA. Registered Indians and tobacco taxation: a culturally-appropriate strategy? *Can J Public Health* 2005 Nov-Dec;96(6):451-3. PMID: 16350872.

Weinstein ND, Marcus SE, Moser RP. Smokers' unrealistic optimism about their risk. *Tob Control* 2005 Feb;14(1):55-9. PMID: 15735301.

Worley LL, Connors NA, Crone CC, Williams VL, Bokony PA. Building a residential treatment program for dually diagnosed women with their children. *Arch Womens Ment Health* 2005 Jun;8(2):105-11. Epub 2005 May 11. PMID: 15883650.

Yu DK, Wu KK, Abdullah AS, Chai SC, Chai SB, Chau KY, et al. Smoking cessation among Hong Kong Chinese smokers attending hospital as outpatients: impact of doctors' advice, successful quitting and intention to quit. *Asia Pac J Public Health* 2005;16(2):115-20. PMID: 15624789.

Alberg AJ, Stashefsky MR, Burke A, Rasch KA, Stewart N, Kline JA, et al. The influence of offering free transdermal nicotine patches on quit rates in a local health department's smoking cessation program. *Addict Behav* 2004 Dec;29(9):1763-78. PMID: 15530720.

Andrews JO, Heath J, Graham-Garcia J. Management of tobacco dependence in older adults: using evidence-based strategies. *J Gerontol Nurs*. 2004 Dec;30(12):13-24. PMID: 15624692.

- Baron-Epel O, Zamir D, Satran-Argaman C, Livny N, Amit N. A participatory process for developing quality assurance tools for health education programs. *Patient Educ Couns* 2004 Aug;54(2):213-9. PMID: 15288917.
- Behbehani NN, Hamadeh RR, Macklai NS. Knowledge of and attitudes towards Tob Control among smoking and non-Smoking. *Saudi Med J* 2004 May;25(5):585-91. PMID: 15138525.
- Blanchon B, Parmentier M, Colau JC, Dautzenberg B, Blum-Boisgard C. Smoking and pregnancy: survey among women enrolled in an independent worker insurance program. *J Gynecol Obstet Biol Reprod (Paris)* 2004 Feb;33(1 Pt 1):21-9. PMID: 14968051.
- Borland R, Yong HH, King B, Cummings KM, Fong GT, Elton-Marshall T, et al. Use of and beliefs about light cigarettes in four countries: findings from the International Tob Control Policy Evaluation Survey. *Nicotine Tob Res* 2004 Dec;6 Suppl 3:S311-21. PMID: 15799594.
- Buchanan LM, El-Banna M, White A, Moses S, Siedlik C, Wood M. An exploratory study of multicomponent treatment intervention for tobacco dependency. *J Nurs Scholarsh.* 2004;36(4):324-30. PMID: 15636412.
- Clark MM, Cox LS, Jett JR, Patten CA, Schroeder DR, Nirelli LM, et al. Effectiveness of smoking cessation self-help materials in a lung cancer screening population. *Lung Cancer* 2004 Apr;44(1):13-21. PMID: 15013579.
- Cummings KM, Hyland A, Bansal MA, Giovino GA. What do Marlboro Lights smokers know about low-tar cigarettes? *Nicotine Tob Res* 2004 Dec;6 Suppl 3:S323-32. PMID: 15799595.
- Cummings KM, Hyland A, Giovino GA, Hastrup JL, Bauer JE, Bansal MA. Are smokers adequately informed about the health risks of smoking and medicinal nicotine? *Nicotine Tob Res* 2004 Dec;6 Suppl 3:S333-40. PMID: 15799596.
- Escoffery C, McCormick L, Bateman K. Development and process evaluation of a web-based smoking cessation program for college smokers: innovative tool for education. *Patient Educ Couns* 2004 May;53(2):217-25. PMID: 15140462.
- Fong GT, Hammond D, Laux FL, Zanna MP, Cummings KM, Borland R, Ross H. The near-universal experience of regret among smokers in four countries: findings from the International Tob Control Policy Evaluation Survey. *Nicotine Tob Res* 2004 Dec;6 Suppl 3:S341-51. PMID: 15799597.
- Friedman KE, Smith DW, Zhang JJ, Perry J, Colwell B. Importance of tobacco cessation services at higher education public institutions in Texas. *J Drug Educ* 2004;34(3):313-25. PMID: 15648890.
- Good MJ, Frazier LM, Wetta-Hall R, Ablah E, Molgaard CA. Kansas office-based nurses' evaluation of patient tobacco cessation activities. *J Community Health Nurs* 2004 Summer; 21(2):77-85. PMID: 15123437.
- Hamilton WL, Norton G, Ouellette TK, Rhodes WM, Kling R, Connolly GN. Smokers' responses to advertisements for regular and light cigarettes and potential reduced-exposure tobacco products. *Nicotine Tob Res* 2004 Dec;6 Suppl 3:S353-62. PMID: 15799598.
- Hammond D, Fong GT, McDonald PW, Brown KS, Cameron R. Graphic Canadian cigarette warning labels and adverse outcomes: evidence from Canadian smokers. *Am J Public Health* 2004 Aug;94(8):1442-5. PMID: 15284057.
- Hammond D, McDonald PW, Fong GT, Borland R. Do smokers know how to quit? Knowledge and perceived effectiveness of cessation assistance as predictors of cessation behaviour. *Addiction* 2004 Aug;99(8):1042-8. PMID: 15265101.
- Heath J. Caught in the middle: experiences of tobacco-dependent nurse practitioners. *J Adv Acad Nurse Pract* 2004 Sep;16(9):396-401.
- Hight G. The role of cannabis in supporting young people's cigarette smoking: a qualitative exploration. *Health Educ Res.* 2004;19(6):635-43. PMID: 15199002.
- Hofstetter CR, Hovell MF, Lee J, Zakarian J, Park H, Paik HY, et al. Tobacco use and acculturation among Californians of Korean descent: a behavioral epidemiological analysis physicians in 2 Gulf Arab states. *Nicotine Tob Res* 2004 Jun;6(3):481-9. PMID: 15203782.
- Hyland A, Li Q, Bauer JE, Giovino GA, Steger C, Cummings KM. Predictors of cessation in a cohort of current and former smokers followed over 13 years. *Nicotine Tob Res* 2004 Dec;6 Suppl 3:S363-9. PMID: 15799599.
- Kenford SL, Fiore MC. Promoting tobacco cessation and relapse prevention. *Med Clin North Am* 2004 Nov;88(6):1553-74, xi-xii. PMID: 15464113.

Laniado-Laborin R, Candelaria JI, Villasenor A, Woodruff SI, Sallis JF. Concordance between parental and children's reports of parental smoking prompts. *Chest* 2004 Feb;125(2):429-34. PMID: 14769720.

Lenert L, Munoz RF, Perez JE, Bansod A. Automated e-mail messaging as a tool for improving quit rates in an internet smoking cessation intervention. *J Am Med Inform Assoc* 2004 Jul-Aug;11(4):235-40. Epub 2004 Apr 2. PMID: 15064291.

Ma GX, Shive SE, Tan Y, Thomas P, Man VL. Development of a culturally appropriate smoking cessation program for. *J Adolesc Health* 2004 Sep;35(3): 206-16. PMID: 15313502.

Ma GX, Shive SE, Tan Y, Feeley RM. The impact of acculturation on smoking in Asian American homes. *J Health Care Poor Underserved* 2004 May;15(2):267-80. PMID: 15253378.

McClure J. Motivating prepartum smoking cessation: a consideration of biomarker feedback. *Nicotine Tob Res* 2004 Apr;6 Suppl 2:S153-61. PMID: 15203818.

McLeod D, Pullon S, Benn C, Cookson T, Dowell A, Vickers A, et al. Can support and education for smoking cessation and reduction be provided effectively by midwives within primary maternity care? *Midwifery* 2004 Mar;20(1):37-50. PMID: 15020026.

McPhillips-Tangum C, Bocchino C, Carreon R, Erceg C, Rehm B. Addressing tobacco in managed care: results of the 2002 survey. *Prev Chronic Dis* 2004 Oct;1(4):A04. Epub 2004 Sep 15. PMID: 15670435.

Monninkhof E, van der Valk P, van der Palen J, Mulder H, Pieterse M, van Herwaarden C, et al. The effect of a minimal contact smoking cessation programme in out-patients with chronic obstructive pulmonary disease: a pre-post-test study. *Patient Educ Couns* 2004 Mar;52(3):231-6. PMID: 14998591.

Shelley D, Fahs M, Scheinmann R, Swain S, Qu J, Burton D. Acculturation and tobacco use among Chinese Americans. *Am J Public Health* 2004 Feb;94(2):300-7. PMID: 14759946.

Ussher M, West R, Hibbs N. A survey of pregnant smokers' interest in different types of smoking cessation support. *Patient Educ Couns* 2004 Jul;54(1):67-72. PMID: 15210262.

Wakefield M, Olver I, Whitford H, Rosenfeld E. Motivational interviewing as a smoking cessation intervention for patients with cancer: randomized controlled trial. *Nurs Res* 2004 Nov-Dec;53(6):396-405. PMID: 15586136.

Wang J, Etter JF. Administering an effective health intervention for smoking cessation online: the international users of Stop-Tabac. *Prev Med* 2004 Nov;39(5):962-8. PMID: 15475030.

Weinstein ND, Slovic P, Gibson G. Accuracy and optimism in smokers' beliefs about quitting. *Nicotine Tob Res* 2004 Dec;6 Suppl 3:S375-80. Erratum in: *Nicotine Tob Res*. 2005 Apr; 7(2):307. PMID: 15799601.

Aveyard P, Griffin C, Lawrence T, Cheng KK. A controlled trial of an expert system and self-help manual intervention based on the stages of change versus standard self-help materials in smoking cessation. *Addiction*. 2003 Mar;98(3):345-54. PMID: 12603234.

Backinger CL, Fagan P, Matthews E, Grana R. Adolescent and young adult tobacco prevention and cessation: current status and future directions. *Tob Control* 2003 Dec;12 Suppl 4:IV46-53. PMID: 14645940.

Borland R, Balmford J, Segan C, Livingston P, Owen N. The effectiveness of personalized smoking cessation strategies for callers to a Quitline service. *Addiction* 2003 Jun;98(6):837-46. PMID: 12780372.

Carrion Valero F, Maya Martinez M, Pont Martinez P, Tortajada Martinez M, Marin Pardo J. Individually tailored medical counseling for pregnant smokers. *Arch Bronconeumol* 2003 Aug;39(8):346-52. PMID: 12890402.

Chaaya M, Awwad J, Campbell OM, Sibai A, Kaddour A. Demographic and psychosocial profile of smoking among pregnant women in Lebanon: public health implications. *Matern Child Health J*. 2003 Sep;7(3):179-86. PMID: 14509413.

Donovan RJ, Boulter J, Borland R, Jalleh G, Carter O. Continuous tracking of the Australian National Tobacco Campaign: advertising effects on recall, recognition, cognitions, and behaviour. *Tob Control* 2003 Sep;12 Suppl 2:ii30-9. PMID: 12878771.

Fiscella K, Franks P, Doescher MP, Saver BG. Do HMOs affect educational disparities in health care? *Ann Fam Med*. 2003 Jul-Aug;1(2):90-6. PMID: 15040438.

- Fu SS, Ma GX, Tu XM, Siu PT, Metlay JP. Cigarette smoking among Chinese Americans and the influence of linguistic acculturation. *Nicotine Tob Res* 2003 Dec;5(6):803-11. PMID: 14668064.
- Green A, Yancy WS, Braxton L, Westman EC. Residential smoking therapy. *J Gen Intern Med* 2003 Apr;18(4):275-80. PMID: 12709094.
- Jolicoeur DG, Richter KP, Ahluwalia JS, Mosier MC, Resnicow K. Smoking cessation, smoking reduction, and delayed quitting among smokers given nicotine patches and a self-help pamphlet. *Subst Abus.* 2003 Jun;24(2):101-6. PMID: 12766377.
- Juon HS, Kim M, Han H, Ryu JP, Han W. Acculturation and cigarette smoking among Korean American men. *Yonsei Med J* 2003 Oct 30;44(5):875-82. PMID: 14584106.
- May S, West R, Hajek P, Nilsson F, Foulds J, Meadow A. The use of videos to inform smokers about different nicotine replacement products. *Patient Educ Couns* 2003 Oct;51(2):143-7. PMID: 14572943.
- Morrow M, Barraclough S. Tobacco Control and gender in south-east Asia. Part II: Singapore and Vietnam. *Health Promot Int* 2003 Dec;18(4):373-80. PMID: 14695368.
- Orleans CT, Arkin EB, Backinger CL, Best A, Crossett L, Grossman D, et al. Youth Tobacco Cessation Collaborative and National Blueprint for Action. *Am J Health Behav* 2003; 27 Suppl 2:S103-19. PMID: 14521239.
- Peretti-Watel P. I will quit tomorrow... Statistical portrayals of "dissonant smokers". *Rev Epidemiol Sante Publique* 2003 Apr;51(2):215-26. PMID: 12876507.
- Piper ME, Fiore MC, Smith SS, Jorenby DE, Wilson JR, Zehner ME, et al. Use of the vital sign stamp as a systematic screening tool to promote smoking CESSATION. *Mayo Clin Proc* 2003 Jun;78(6):716-22. PMID: 12934781.
- Quist-Paulsen P, Gallefoss F. Randomised controlled trial of smoking cessation intervention after admission for coronary heart disease. *BMJ* 2003 Nov 29;327(7426):1254-7. PMID: 14644967.
- Rikard-Bell G, Donnelly N, Ward J. Preventive dentistry: what do Australian patients endorse and recall of smoking cessation advice by their dentists? *Br Dent J.* 2003 Feb 8;194(3):159-64. PMID: 12598886.
- Ussher M, West R, Steptoe A, McEwen A. Increase in common cold symptoms and mouth ulcers following smoking cessation. *Tob Control* 2003 Mar;12(1):86-8. PMID: 12612369.
- Wakefield M, Freeman J, Donovan R. Recall and response of smokers and recent quitters to the Australian National Tobacco Campaign. *Tob Control* 2003 Sep;12 Suppl 2:ii15-22. PMID: 12878769.
- Wells S, de Lusignan S. Does screening for loss of lung function help smokers give up? *Br J Nurs* 2003 Jun 26-Jul 9;12(12):744-50. PMID: 12829957.
- Winickoff JP, Hillis VJ, Palfrey JS, Perrin JM, Rigotti NA. A smoking cessation intervention for parents of children who are hospitalized for respiratory illness: the stop tobacco outreach program. *Pediatrics.* 2003 Jan;111(1):140-5. PMID: 12509567.
- Winickoff JP, McMillen RC, Carroll BC, Klein JD, Rigotti NA, Tanski SE, et al. Addressing parental smoking in pediatrics and family practice: a national survey of parents. *Pediatrics* 2003 Nov;112(5):1146-51. PMID: 14595060.
- Winickoff JP, Buckley VJ, Palfrey JS, Perrin JM, Rigotti NA. Intervention with parental smokers in an outpatient pediatric clinic using counseling and nicotine replacement. *Pediatrics* 2003 Nov;112(5):1127-33. PMID: 14595057.
- Bovet P, Perret F, Cornuz J, Quilindo J, Paccaud F. Improved smoking cessation in smokers given ultrasound photographs of their own atherosclerotic plaques. *Prev Med* 2002 Feb;34(2):215-20. PMID: 11817917.
- Clemente Jimenez L. Looking at the 3d smoke-free week. *Aten Primaria.* 2002 May 15;29(8):461-2. PMID: 12031216.
- DeSantis AD. Smoke screen: an ethnographic study of a cigar shop's collective rationalization. *Health Commun.* 2002;14(2):167-98. PMID: 12046797.
- Gold PB, Rubey RN, Harvey RT. Naturalistic, self-assignment comparative trial of bupropion SR, a nicotine patch, or both for smoking cessation treatment in primary care. *Am J Addict* 2002 Fall;11(4):315-31. PMID: 12584874.
- McBride CM, Bepler G, Lipkus IM, Lyna P, Samsa G, Albright J, et al. Incorporating genetic susceptibility feedback into a smoking cessation program for African-American smokers with low income. *Cancer Epidemiol Biomarkers Prev* 2002 Jun;11(6):521-8. PMID: 12050092.

- McDaniel AM, Hutchison S, Casper GR, Ford RT, Stratton R, Rembusch M. Usability testing and outcomes of an interactive computer program to promote smoking cessation in low income women. *Proc AMIA Symp* 2002;509-13. PMID: 12463876.
- McPherson CP, Swenson KK, Pine DA, Leimer L. A nurse-based pilot program to reduce cardiovascular risk factors in a primary care setting. *Am J Manag Care* 2002 Jun;8(6):543-55. PMID: 12068961
- O'Connell KA, Gerkovich MM, Bott MJ, Cook MR, Shiffman S. The effect of anticipatory strategies on the first day of smoking cessation. *Psychol Addict Behav* 2002 Jun;16(2):150-6. PMID: 12079254.
- Parnes B, Main DS, Holcomb S, Pace W. Tobacco cessation counseling among underserved patients: a report from CaReNet. *J Fam Pract* 2002 Jan;51(1):65-9. PMID: 11927066.
- Pollak KI, Yarnall KS, Rimer BK, Lipkus I, Lyna PR. Factors associated with patient-recalled smoking cessation advice in a low-income clinic. *J Natl Med Assoc* 2002 May;94(5):354-63. PMID: 12069216.
- Schumann A, Meyer C, Rumpf HJ, Hapke U, John U. Naturalistic changes in the readiness to quit tobacco smoking in a German general. *Prev Med* 2002 Oct;35(4):326-33. PMID: 12453709.
- Smith PM, Reilly KR, Houston Miller N, DeBusk RF, Taylor CB. Application of a nurse-managed inpatient smoking cessation program. *Nicotine Tob Res* 2002 May;4(2):211-22. PMID: 12096707.
- Wakefield M. Effect of feedback regarding urinary cotinine and brief tailored advice on home smoking restrictions among low-income parents of children with asthma: a controlled trial. *Prev Med*.2002 Jan;34(1):58-65.
- Woodruff SI, Talavera GA, Elder JP. Evaluation of a culturally appropriate smoking cessation intervention for Latinos. *Tob Control* 2002 Dec;11(4):361-7. PMID: 12432162.
- Baudier F. Smoking prevention in France from 1997 to 1999. *Sante Publique* 2001 Dec;13(4):403-10. PMID: 11963537.
- Buck D, Morgan A. Smoking and quitting with the aid of nicotine replacement therapies in the. *European Journal of Public Health* 2001 Jun;11(2):211-7. PMID: 11420814.
- Ellerbeck EF, Ahluwalia JS, Jolicoeur DG, Gladden J, Mosier MC. Direct observation of smoking cessation activities in primary care practice. *J Fam Pract* 2001 Aug;50(8):688-93. PMID: 11509163.
- Frazier LM, Molgaard CA, Fredrickson DD, Early JL, Schukman JS, Dismuke SE. Barriers to smoking cessation initiatives for Medicaid clients in managed care. *Subst Use Misuse* 2001 Dec;36(13):1875-99. PMID: 11795583.
- Galvin K, Webb C, Hillier V. Assessing the impact of a nurse-led health education intervention for people with peripheral vascular disease who smoke: the use of physiological markers, nicotine dependence and withdrawal. *Int J Nurs Stud* 2001;Feb;38(1):91-105. PMID: 11137727.
- Invernizzi G, Bettoncelli G, D'Ambrosio G, Zappa M, Calzolari M, Paredi P, et al. Carbon monoxide, cigarettes and family doctors. *Tumori* 2001. May-Jun;87(3):117-9. PMID: 11504362.
- Jones C, Griffiths RD, Skirrow P, Humphris G. Smoking cessation through comprehensive critical care. *Intensive Care Med* 2001 Sep;27(9):1547-9. PMID: 11685350.
- Jonsdottir D, Jonsdottir H. Does physical exercise in addition to a multicomponent smoking cessation program increase abstinence rate and suppress weight gain? An intervention study. *Scand J Caring Sci* 2001;15(4):275-82. PMID: 12453168.
- Lancaster T, Stead L, Shepperd S. Helping parents to stop smoking: which interventions are effective? *Paediatr Respir Rev* 2001 Sep;2(3):222-6. PMID: 12052323.
- Murray RP, Connett JE, Buist AS, Gerald LB, Eichenhorn MS. Experience of Black participants in the Lung Health Study smoking cessation intervention program. *Nicotine Tob Res* 2001 Nov;3(4):375-82. PMID: 11694205.
- Siddiqui S, Ogbeide DO. Profile of smoking amongst health staff in a primary care unit at a general hospital in Riyadh, Saudi Arabia. *Saudi Med J*. 2001 Dec;22(12):1101-4. PMID: 11802185.
- Sykes CM, Marks DF. Effectiveness of a cognitive behaviour therapy self-help programme for smokers in London, UK. *Health Promot Int* 2001 Sep;16(3):255-60. PMID: 11509461.
- Syme SE, Drury TF, Horowitz AM. Maryland dental hygienists' assessment of patients' risk behaviors for oral cancer. *J Dent Hyg* 2001 Winter;75(1):25-38. PMID: 11314223.
- Todd SJ, LaSala KB, Neil-Urban S. An integrated approach to prenatal smoking cessation interventions. *MCN Am J Matern Child Nurs* 2001 Jul-Aug;26(4):185-90. PMID: 11452662.

- Torrecilla M, Barrueco M, Jimenez Ruiz C, Maderuelo J, Plaza M, Hernandez Mezquita M. The physician and the patient in the decision to quit smoking. Effect of the initiative on the result of the intervention. *Arch Bronconeumol* 2001 Mar;37(3):127-34. PMID: 11333538.
- Wadland WC, Soffelmayr B, Ives K. Enhancing smoking cessation of low-income smokers in managed care. *J Fam Pract* 2001 Feb;50(2):138-44. PMID: 11219562.
- Bolliger CT. Practical experiences in smoking reduction and cessation. *Addiction* 2000 Jan;95 Suppl 1:S19-24.
- Cegala DJ, Marinelli T, Post D. The effects of patient communication skills training on compliance. *Arch Fam Med*. 2000 Jan;9(1):57-64. PMID: 10664643.
- el Biaze M, Bakhatar A, Bartal M, el Meziane A, Alaoui-Yazidi A, Yassine N. Smoking knowledge, attitudes, and behaviors of patients in Morocco. *Rev Mal Respir* 2000 Jun;17(3):671-7. PMID: 10951962.
- Glasgow RE, Whitlock EP, Eakin EG, Lichtenstein E. A brief smoking cessation intervention for women in low-income planned parenthood clinics. *Am J Public Health* 2000 May;90(5):786-9. PMID: 10800431.
- Jolicoeur DG, Ahluwalia JS, Richter KP, Mosier M, Harris KJ, Gibson C, et al. The use of nicotine patches with minimal intervention. *Prev Med* 2000 Jun;30(6): 504-12. PMID: 10901493.
- Jones DL, Mobley CC. Treatment of nicotine addiction. *Tex Dent J* 2000 Jun;117(6):26-32. PMID: 11857853.
- Jones SL, Weinberg M, Ehrlich RI, Roberts K. Knowledge, attitudes, and practices of parents of asthmatic children in Cape Town. *J Asthma*. 2000 Sep;37(6):519-28. PMID: 11011759.
- Johnson JL, Ratner PA, Bottorff JL, Hall W, Dahinten S. Preventing smoking relapse in postpartum women. *Nurs Res* 2000 Jan-Feb;49(1):44-52. PMID: 10667628.
- Kava T, Taylor J, Gamble E, Partridge MR. The availability of smoking cessation advice from health professionals--a census from one East London District. *Respir Med* 2000 Oct;94(10):983-4. PMID: 11059952.
- Kelley FJ, Thomas SA, Friedmann E. Smoking patterns, health behaviors, and health-risk behaviors of college women. *Clin Excell Nurse Pract* 2000 Sep;4(5):302-8. PMID: 11858452.
- Kralikova E, Kozak JT. Tob Control in the Czech Republic. *Cent Eur J Public Health* 2000 May;8(2):74-6. PMID: 10857041.
- Kreuter MW, Chheda SG, Bull FC. How does physician advice influence patient behavior? Evidence for a priming effect. *Arch Fam Med* 2000. May;9 (5):426-33. PMID: 10810947.
- Lin M, Ward JE. Smoking among ethnic Chinese patients and their recall of quit advice by Chinese-speaking general practitioners in Sydney. *Aust N Z J Public Health* 2000 Aug;24(4):437-40. PMID: 11011474.
- Moreno Ortigosa A, Ochoa Gomez FJ, Ramalle-Gomara E, Saralegui Reta I, Fernandez Esteban MV, Quintana Diaz M.. Efficacy of an intervention in smoking cessation in patients with myocardial infarction. *Med Clin (Barc)* 2000 Feb 19;114(6):209-10. PMID: 10757101.
- Owen L. Impact of a telephone helpline for smokers who called during a mass media campaign. *Tob Control* 2000 Jun;9(2):148-54. PMID: 10841850.
- Pederson LL, Ahluwalia JS, Harris KJ, McGrady GA. Smoking cessation among African Americans: what we know and do not know about interventions and self-quitting. *Prev Med* 2000 Jul;31(1):23-38. PMID: 10896841.
- Rissel C, Salmon A, Hughes AM. Evaluation of a (pilot) stage-tailored brief smoking cessation intervention among hospital patients presenting to a hospital pre-admission clinic. *Aust Health Rev*. 2000;23(3):83-93. PMID: 11186064.
- Rissel C. Stages of change and smoking cessation: a computer-administered intervention program for young adults. *Am J Health Promot*. 2000 Nov-Dec;15(2):93-6, iii.
- Secker-Walker RH, Flynn BS, Solomon LJ, Skelly JM, Dorwaldt AL, Ashikaga T. Helping women quit smoking: results of a community intervention program. *Am J Public Health* 2000 Jun;90(6):940-6. PMID: 10846513.
- Secker-Walker RH, Dana GS, Solomon LJ, Flynn BS, Geller BM. The role of health professionals in a community-based program to help women quit smoking. *Prev Med* 2000 Feb;30(2):126-37. PMID: 10656840.

Windsor R, Oncken C, Henningfield J, Hartmann K, Edwards N. Behavioral and pharmacological treatment methods for pregnant smokers: issues for clinical practice. *J Am Med Womens Assoc* 2000 Fall;55(5):304-10. PMID: 11070654.

Zhu S, Melcer T, Sun J, Rosbrook B, Pierce JP. Smoking cessation with and without assistance: a population-based analysis. *Am J Prev Med* 2000 May;18(4): 305-11. PMID: 10788733.

CINAHL

Castrucci B, Culhane J, Chung E, Bennett I, McCollum K. Smoking in pregnancy: patient and provider risk reduction behavior. *Journal of Public Health Management & Practice* 2006;12(1):68-76.

Deckers S, Farley J, Heath J. Tobacco and its trendy alternatives: implications for pediatric nurses. *Crit Care Nurs Clin North Am* 2006;18(1):95-104

Kenney BA. Depressive symptoms and cigarette smoking in American workers. *Am J Health Promot.* 2006;20(3):179-82. CINAHL AN: 2009109888.

Pbert L, Fletcher K, Flint A, Young M, Druker S, DiFranza J. Smoking prevention and cessation intervention delivery by pediatric providers, as assessed with patient exit interviews. *Pediatrics* 2006;118(3):e810-24.

Klein JD. Evaluation of an adolescent smoking-cessation media campaign: GottaQuit.com. *Pediatrics* 2005;116 (4):950-6. CINAHL AN: 2009046490.

McDaniel A, Casper G, Hutchison S, Stratton R. Design and testing of an interactive smoking cessation intervention for inner-city women. *Health Educ Res* 2005;20(3):379-384.

Bajracharya S. Partnership for a healthy community: a tobacco prevention program in central Aroostook County. *Am J Health Educ.* 2004;35 (5):305-8. CINAHL AN: 2005037407.

Conway TL. Operation stay quit: evaluation of two smoking relapse prevention strategies for women after involuntary cessation during U.S. Navy recruit training. *Military Medicine* 2004; 169(3):236-42. CINAHL AN: 2005023385.

Smith PM. Telephone counseling for population-based smoking cessation. *Am J Health Behav* 2004;28(3):231-41. CINAHL AN: 2005061862.

Arday DR. Smoking patterns among seniors and the Medicare Stop Smoking Program. *Journal of the American Geriatrics Society* 2002;50(10):1689-97. CINAHL AN: 2004016729.

Shiffman S, Pillitteri J, Burton S, Rohay J, Gitchell J. Effect of health messages about "light" and "ultra light" cigarettes on beliefs and quitting intent. *Tob Control* 2001;10:i24-32. PMID: 11740041.

LILACS

López Varela MV, Anido T, Rovira M, Goja B, Tubino M, Alfonso G, Vezoli M, Garateguy E, Bermúdez F, López SR. Factores asociados con la abstinencia y eficacia de un programa de cesación de tabaquismo / Risk factors associated with abstinence. Efficacy of a smoking cessation program. *Rev. méd. Urug* 2007;23(1):25-33. LILACS ID: 459472.

Spiandorello WP et al. Avaliação da participação de pequeno número de estudantes universitários em um programa de tratamento do tabagismo / Evaluation of the limited participation by university students in a smoking cessation program. *J. Bras. pneumol.* 2007;33(1):69-75. LILACS ID: 452354.

Costa SO. Recuperação de fumantes em consultório: uma experiência estimulante / Smokers' recovery in clinic: a stimulating experience. *J. bras. med.* 2006;91(3):50-65. LILACS ID: 458421.

David HMSL, Matos HS, Silva TS, Dias MG. Tabagismo e saúde da mulher: uma discussão sobre as campanhas de controle do tabaco / Tobacco use and women's health: a discussion on the campaigns for Tob Control. *Rev. Enferm. UERJ* 2006;14(3):412-417. LILACS ID: 438700.

Meyer DEE, Mello DF, Valadão MM, Ayres JRCM. Você aprende. A gente ensina?: interrogando relações entre educação e saúde desde a perspectiva da vulnerabilidade / You learn, we teach"? Questioning relations between education and health from the perspective of vulnerability. *Cad Saude Publica* 2006;22(6):1335-1342. LILACS ID: 428314.

Puschel IK et al. Tabaquismo en Atención Primaria: Perfil de fumadoras consultantes, creencias y actitudes de los equipos de salud y oportunidades de intervención / Smoking interventions in Primary Health Care: Smoking profile of women and beliefs and attitudes of local health care teams. *Rev. méd. Chile.* 2006;134(6):726-734. LILACS ID: 434620.

Sales MPU, Figueiredo MRF, Oliveira MI, Castro HN. Ambulatório de apoio ao tabagista no Ceará: perfil dos pacientes e fatores associados ao sucesso terapêutico / Outpatient smoking cessation program in the state of Ceará, Brazil: patient profiles and factors associated with treatment success. *J. Bras. pneumol.* 2006;32(5):410-417. LILACS ID: 452397.

Valdés-Salgado R, Thrasher J, Sánchez-Zamorano LM, Lazcano-Ponce E, Reynales-Shigematsu LM, Meneses-González F, Hernández-Ávila M. Los retos del convenio marco para el control del tabaco en México: un diagnóstico a partir de la Encuesta sobre Tabaquismo en Jóvenes / Main challenges of the framework convention on Tob Control in Mexico: a surveillance report from the Global Youth Tobacco Survey. *Salud pública Méx.* 2006; 48(supl.1):s5-s16. LILACS ID: 431303.

Berdasquera Corcho D, González Gonzales O, Suárez Larreinaga CL, Gala González A, Oropesa González L. Hábito de fumar en trabajadores de la salud después de una estrategia de intervención / Smoking among health workers after an intervention strategy. *Rev. cuba. med. gen. integr.* 2005;21(3/4). LILACS ID: 449733.

Bianco Fosalá EA. Las estrategias para el control del tabaco y su racionalidad / Strategies for tobacco control and its rationality. *Rev. urug. cardiol.* 2005;20(3): 171-195. LILACS ID: 463099.

Campo Arias A. ¿Cómo ayudar a los pacientes a dejar de fumar? / How to help patients quit smoking? *Invest. educ. enferm.* 2005;23(2):96-103. LILACS ID: 423090.

Camps Alegri FX, Frascheri Susenna MC, Buroni Otman C. Análisis del funcionamiento de un programa de cesación de tabaquismo / Analysis of the functioning of a smoking cessation. *Rev. urug. cardiol.* 2005;20(1):16-20. LILACS ID: 448401.

Figueroa AE, Carrión VN, Urriola RJ. Hábito tabáquico en médicos de las provincias de Talca y Linares / Smoking in physicians of the provinces of Talca and Linares. *Rev. méd. Maule.* 2005;23(1/2):15-18. LILACS ID: 416720.

Gigliotti A. Habits, attitudes and beliefs of smokers in four Brazilian capitals. *Rev. bras. psiquiatr.* 2005;27(1):37-44. tab, graf.

Peixoto SV, Firmo JOA, Lima-Costa MF. Fatores associados ao índice de cessação do hábito de fumar em duas diferentes populações adultas (Projetos Bambuí e Belo Horizonte) / Factors associated to smoking habit among older adults (The Bambuí Health and Aging Study). *Rev. saúde pública = J. public health.* 2005;39(5):746-753. LILACS ID: 452236.

Susana F. Por qué no se debe fumar en el lugar de trabajo? / Why should smoking be forbidden in the workplace? *Medicina (B.Aires)* 2005;65(6):550-552. LILACS ID: 443089.

Berríos CX, Bedregal GP, Guzmán AB. Costo-efectividad de la promoción de la salud en Chile: experiencia del programa ¡Mirame! / Cost-effectiveness of health promotion in Chile: experience with ¡Mirame! Program *Rev. méd. Chile.* 2004;132(3):361-370. LILACS ID: 384180.

Caraballo RS, Lee CW. Consumo de tabaco entre los mexicanos y sus descendientes, en Estados Unidos de América / Tobacco use among Mexicans and their descendants in the United States. *Salud pública Méx.* 2004;46(3):241-250. LILACS ID: 364294.

Behn Theune V, Cruz Pedreros M, Huaiquán Silva J, Naveas González R, Sotomayor León H. Motivaciones de no fumadores para continuar con esta conducta saludable / Motivations of non-smokers for continuing not to smoke. *Cienc. Enferm* 2003;9(1):31-37. LILACS ID: 384208.

Jústiz de la Rosa L, Alayo Jústiz I, Briñones Ibarra I. Papel de la enfermera en la aplicación de una escala de medición de la autoeficacia para dejar de fumar / Role of the nurse in implementing a self-efficacy measurement scale for smoking cessation. *Rev. cuba. enferm.* 2003;19(3). LILACS ID: 360486.

Ortiz A, Martínez M, Torres A, Casal J, Rodríguez W, Nazario S. Predictors of smoking cessation success. *P. R. health sci. j.* 2003;22(2):173-177. LILACS ID: 356185.

Varona Pérez P et al. Factores asociados a etapas de cambio de comportamiento en fumadores cubanos / Factors associated with stages of behavior change in Cuban smokers. *Rev. panam. salud pública = Pan am. j. public health.* 2003;14(2):119-124. LILACS ID: 349609.

Naidu R. Tobacco smoking in the Caribbean. The role of dental professionals in smoking cessation programmes. *West Indian med. j.* 2002;51(3):171-173. LILACS ID: 333257.

Rossetto MAC, Rossetto Júnior JA, Rossetto AC. O impacto das campanhas aversivas em maços de cigarros sobre o jovem fumante / The impact of the disgusting campaigns through cigaret mallets on the young smokers. *Psikhe* 2002;7(1):58-61. LILACS ID: 418138.

Sansores RH, Giraldo-Buitrago F, Valdelamar-Vázquez F, Ramírez-Venegas A, Sandoval RA. Impacto de los medios de comunicación masiva en una campaña antitabaco. *Salud pública Méx.* 2002;44 (supl. 1):s101-s 108. LILACS ID: 464237.

Sansores RH. Tratamientos para dejar de fumar, disponibles en México. *Salud pública Méx.* 2002;44(supl.1):s116-s124.

Behn Theune V, Sotomayor LH, Cruz Pedreros M, Naveas González R. Motivación para dejar de fumar en funcionarios y estudiantes universitarios ex fumadores / Motivations to quit smoking among former smoker university students and workers. *Rev. méd. Chile.* 2001;129(5):540-6. LILACS ID: 295256.

Martínez IC Donato V, Hasper I. Tabaquismo y embarazo / Smoking and pregnancy. *Rev. Asoc. Méd. Argent.* 2001;114(3):25-30. LILACS ID: 311324.

Minervini MC, Patiño CM, Zabert GE, Ronelli PM, Gómez M, Castaños C. Tabaquismo: una epidemia, por qué y cómo intervenir en los pacientes fumadores / Smoking epidemy: how and why interfere in smoking patients. *Arch. alerg. inmunol. clin* 2001;32(supl.1):S12-S22. graf. LILACS ID: 305610.

ANEXO 20 - Lista de resumos não disponíveis - organizados por base de dados/ano/autor**MEDLINE**

- Astbury N. "Sight for more eyes". *Br J Ophthalmol*. 2006 May; 90(5):531-2. PMID: 16622081
- Feinson J, Chidekel A. Strengthening tobacco-related messages relayed in pediatric offices in Delaware: results of a pilot intervention. *Clin Pediatr (Phila)* 2006 Jan-Feb; 45(1):79-82. PMID: 16429221.
- Linnebur SA. Tobacco education: emphasizing impotence as a consequence of smoking. *Am J Health Syst Pharm*. 2006 Dec 15;63(24):2509-12. PMID: 17158700.
- Sauer ML, Frank JH, Michener JL, Yaggy SD, Ostbye T. The Kate B. Reynolds smoking education lifestyle fitness improvement program: Preventing and reducing chronic disease in low-income North Carolina communities. *N C Med J*. 2006 Jul-Aug; 67(4):317-23. PMID: 17066667.
- Buckland A, Connolly MJ. Age-related differences in smoking cessation advice and support given to patients hospitalised with smoking-related illness. *Age Ageing*. 2005 Nov;34(6):639-42. PMID: 16267193.
- NJ Department of Health & Senior Services. New Jersey dentists: hunting down and preventing oral cancer. *J N J Dent Assoc*. 2005 Winter; 76(1):10-2. PMID: 15997959.
- Allen TW. Eliminating tobacco use, a continuing challenge. *J Am Osteopath Assoc*. 2004 Aug;104(8):313. PMID: 15345698.
- Muchowski K, Paladine H. An ounce of prevention: the evidence supporting periconception health care. *J Fam Pract*. 2004 Feb;53(2):126-33. Review. No abstract available. PMID: 14764295.
- Turpin DL. Take a stand on smoking. *Am J Orthod Dentofacial Orthop*. 2004 Oct; 126(4):393-4. PMID: 15470341.
- Lowey H, Tocque K, Bellis MA, Fullard B. Smoking cessation services are reducing inequalities. *J Epidemiol Community Health*. 2003 Aug; 57(8):579-80. PMID: 12883060.
- Fason J. Unrealistic expectations of pediatricians and smoking cessation counseling. *Journal of Epidemiology & Community Health* 2003 Apr; 95(4): 313. PMID: 12749624.
- McGinley SR. The other tobacco threat. Smokeless does not mean harmless. *Adv Nurse Pract*. 2003 Apr; 11(4):29-30, 34, 90. PMID: 12718101.
- Bowen DJ, Orlandi MA, Lichtenstein E, Cummings KM, Hyland A. Intervention effects on youth tobacco use in the Community Intervention Trial (COMMIT). *Tob Control*. 2002 Dec; 11(4):382. PMID: 12432170.
- Couchenour RL, Carson DS, Segal AR. Patients' views of pharmacists as providers of smoking cessation services. *J Am Pharm Assoc (Wash)*. 2002 May-Jun;42(3):510-2.
- Laguerre G, Dupont P. Theoretical and pragmatic reflections on the difficulties of smoking cessation. *Rev Mal Respir*. 2002 Sep; 19(4):405-8. PMID: 12417854.
- Mullally B. Smoking cessation strategies and periodontal disease in young adults. *Br Dent J*. 2002 Feb 23;192(4):234. PMID: 11931486.
- Bradford BJ. Pediatric counseling of parents who smoke. *Arch Pediatr Adolesc Med*. 2001 Jul; 155(7):857-8. PMID: 11434863.
- Christman SK. Brief research report. *J Vasc Nurs*. 2001 Mar;19(1):28-9. PMID: 11251937.
- Carrozzi L, Pistelli F, Fornai E, Desideri M, Viegi G, Giuntini C. Smoking cessation clinic: an Italian experience. *Monaldi Arch Chest Dis*. 2000 Dec; 55(6): 502-5. PMID: 11272640.
- Feldman MK. Fighting smoke with fire. *Minn Med*. 2000 Mar;83(3):18-21. PMID: 10731748.
- Jones D, Dunayer B, Thill C, Oatman L. Where there's smoke, there's disease. The dangers of environmental tobacco smoke. *Minn Med*. 2000 Mar;83(3):29-32. PMID: 10731750.
- Perez Perdomo R. Smoking cessation. *Bol Asoc Med P R* 2000. Jan-Mar; 92(1-3):1-2. PMID: 10846279.

CINAHL

Amos A, Wiltshire S, Haw S, McNeill A. Ambivalence and uncertainty: experiences of and attitudes towards addiction and smoking cessation in the mid-to-late teens. *Health Education Research* [serial on the Internet]. (2006, Apr), [cited December 12, 2007];21(2):181-191.

O'Donnell J, Geller A. Stepping up to the challenge of tobacco use. *Journal of Cancer Education* [serial on the Internet]. (2003, Fall), [cited December 16, 2007];18(3):124.2004122600

ANEXO 21 - Artigos excluídos após leitura integral - organizados por base de dados/ano/autor

MEDLINE

Hayes ER, Plowfield LA. Smoking too young: students' decisions about tobacco use. *MCN Am J Matern Child Nurs*. 2007;Mar-Apr;32(2):112-6.

Staten RR, Ridner SL. College students' perspective on smoking cessation: "If the message doesn't speak to me, I don't hear it". *Issues Ment Health Nurs* 2007 Jan;28(1):101-15. PMID: 17130010.

Taylor KL, Cox LS, Zincke N, Mehta L, McGuire C, Gelmann E. Lung cancer screening as a teachable moment for smoking cessation. *Lung Cancer* 2007 Apr;56(1):125-34. Epub 2006 Dec 28. PMID: 17196298.

Carter SM, Chapman S. Smokers and non-smokers talk about regulatory options in *Tob Control*. *Tob Control* 2006 Oct;15(5):398-404. PMID: 16998175.

Daley CM, James AS, Barnoskie RS, Segraves M, Schupbach R, Choi WS. "Tobacco has a purpose, not just a past": Feasibility of developing a culturally appropriate smoking cessation program for a pan-tribal native population. *Med Anthropol Q*. 2006 Dec;20(4):421-40.

Friis RH, Forouzesh M, Chhim HS, Monga S, Sze D. Sociocultural determinants of tobacco use among Cambodian Americans. *Health Educ Res* 2006 Jun;21(3):355-65. PMID: 16740680.

Hall S, Bishop AJ, Marteau TM. Does changing the order of threat and efficacy information influence the persuasiveness of threat messages? *Br J Health Psychol* 2006 May;11(Pt 2):333-43. PMID: 16643703.

Hilberink SR, Jacobs JE, Schlosser M, Grol RP, de Vries H. Characteristics of patients with COPD in three motivational stages related to smoking cessation. *Patient Educ Couns* 2006 Jun;61(3):449-57. PMID: 16157462.

Hodge FS, Struthers R. Persistent smoking among Northern Plains Indians: lenient attitudes, low harm value, and partiality toward cigarette smoking. *J Cult Divers* 2006 Winter;13(4):181-5. PMID: 17338487.

Lipkus IM, Prokhorov AV. The effects of providing lung age and respiratory symptoms feedback on Community college smokers' perceived smoking-related health risks, worries and desire to quit. *Addict Behav* 2007 Mar;32(3):516-32. Epub 2006 Jul 7. PMID: 16824688.

O'Connell KA, Hosein VL, Schwartz JE. Thinking and/or doing as strategies for resisting smoking. *Res Nurs Health* 2006 Dec;29(6):533-42. PMID: 17131277.

Petek D, Rotar Pavlic D, Svab I, Lolic D. Attitudes of Roma toward smoking: qualitative study in Slovenia. *Croat Med J* 2006 Apr;47(2):344-7. PMID: 16625703.

Puschel K, Thompson B, Coronado G, Rivera S, Diaz D, Gonzalez L, et al. Smoking interventions in primary health care: smoking profile of women and beliefs and attitudes of local health care teams. *Rev Med Chil* 2006 Jun;134(6):726-34. PMID: 17130947.

Ussher M, Etter JF, West R. Perceived barriers to and benefits of attending a stop smoking course during pregnancy. *Patient Educ Couns* 2006 Jun;61(3):467-72. Epub 2005 Aug 10. PMID: 16098707.

Whyte RE, Watson HE, McIntosh J. Nurses' opportunistic interventions with patients in relation to smoking. *J Adv Nurs*. 2006 Sep;55(5):568-77.

Bishop AJ, Marteau TM, Hall S, Kitchener H, Hajek P. Increasing women's intentions to stop smoking following an abnormal cervical smear test result. *Prev Med* 2005 Jul;1(1):179-85. Epub 2004 Dec 30. PMID: 15917009.

Bottomoff JL, Kalaw C, Johnson JL, Chambers N, Stewart M, Greaves L, et al. Unraveling smoking ties: how tobacco use is embedded in couple interactions. *Res Nurs Health* 2005 Aug; 28(4):316-28. PMID: 16028262.

Davies SL, Kohler CL, Fish L, Taylor BE, Foster GE, Annang L. Evaluation of an intervention for hospitalized African American smokers. *Am J Health Behav*. 2005 May-Jun;29(3):228-39. PMID: 15899686.

Fisher E, Musick J, Scott C, Miller JP, Gram R, Richardson V, et al. Improving clinic - and neighborhood-based smoking cessation services within federally qualified health centers serving low-income, minority neighborhoods. *Nicotine Tob Res* 2005 Apr;7 Suppl 1:S45-56. PMID: 16036269.

Foraker RE, Patten CA, Lopez KN, Croghan IT, Thomas JL. Beliefs and attitudes regarding smoking among young adult Latinos: a pilot study. *Prev Med*. 2005 Jul;41(1):126-33. Epub 2004 Nov 19.

Kim SS, Son H, Nam KA. Personal factors influencing Korean American men's smoking behavior: addiction, health, and age. *Arch Psychiatr Nurs* 2005 Feb;19(1):35-41. PMID: 15765370.

Kim SS, Son H, Nam KA. The sociocultural context of Korean American men's smoking behavior. *West J Nurs Res* 2005 Aug;27(5):604-23. PMID: 16020568.

McClure JB, Westbrook E, Curry SJ, Wetter DW. Proactive, motivationally enhanced smoking cessation counseling among women with elevated cervical cancer risk. *Nicotine Tob Res* 2005 Dec;7(6):881-9. PMID: 16298723.

Mohsin M. Anti-smoking campaign in Multan, Pakistan. *East Mediterr Health J* 2005 Sep-Nov; 11(5-6):1110-4. PMID:16761682.

Remafedi G, Carol H. Preventing tobacco use among lesbian, gay, bisexual, and transgender youths. *Nicotine Tob Res*. 2005 Apr;7(2):249-56.

Wynd CA. Guided health imagery for smoking cessation and long-term abstinence. *J Nurs Scholarsh* 2005;37(3):245-50. PMID: 16235865.

Bansal MA, Cummings KM, Hyland A, Bauer JE, Hastrup JL, Steger C. Do smokers want to know more about the cigarettes they smoke? Results from the EDUCATE study. *Nicotine Tob Res*. 2004 Dec;6 Suppl 3:S289-302. PMID: 15799592

Coleman T, Cheater F, Murphy E. Qualitative study investigating the process of giving anti-smoking advice in general practice. *Patient Educ Couns* 2004 Feb;52(2):159-63. PMID: 15132520.

Dunn C. Lay advice on alcohol and tobacco during pregnancy. *Health Care Women Int* 2004 Jan;25(1):55-75. PMID: 14742110.

Haas AL, Munoz RF, Humfleet GL, Reus VI, Hall SM. Influences of mood, depression history, and treatment modality on outcomes in smoking cessation. *J Consult Clin Psychol* 2004 Aug;72(4):563-70. PMID: 15301640.

Hall S, Weinman J, Marteau TM. The motivating impact of informing women smokers of a link between smoking and cervical cancer: the role of coherence. *Health Psychol* 2004 Jul;23(4):419-24. PMID: 15264979.

Haviland L, Thornton AH, Carothers S, Hund L, Allen JA, Kastens B, et al. Giving infants a great start: launching a national smoking cessation program for pregnant women. *Nicotine Tob Res* 2004 Apr;6 Suppl 2:S181-8. PMID: 15203820.

Jonsdottir H. Multicomponent individualized smoking cessation intervention for patients with lung disease. *J Adv Nurs*. 2004 Dec;48(6):594-604.

McAlister A, Morrison TC, Hu S, Meshack AF, Ramirez A, Gallion K, et al. Media and community campaign effects on adult tobacco use in Texas. *J Health Commun* 2004 Mar-Apr;9(2):95-109. PMID:15204821.

Murphy-Hoefer R, Alder S, Higbee C. Perceptions about cigarette smoking and risks among college students. *Nicotine Tob Res* 2004 Dec;6 Suppl 3:S371-4. PMID: 15799600.

Simmons VN, Webb MS, Brandon TH. College-student smoking: an initial test of an experiential dissonance-enhancing intervention. *Addict Behav* 2004 Aug;29(6):1129-36. PMID: 15236813.

Struthers R, Hodge FS. Sacred tobacco use in Ojibwe communities. *J Holist Nurs* 2004 Sep;22(3):209-25. PMID: 15296576.

Wang L, Yao D, Wu T. Prevalence of overweight and smoking patients with coronary heart disease in rural China. *Aust J Rural Health* 2004 Feb;12(1): 17-21. PMID: 14723776.

Bush J, White M, Kai J, Rankin J, Bhopal R. Understanding influences on smoking in Bangladeshi and Pakistani adults: community based, qualitative study. *BMJ* 2003 May 3;326(7396):962. PMID: 12727770.

Dunn CL, Pirie PL, Hellerstedt WL. The advice-giving role of female friends and relatives during pregnancy. *Health Educ Res*. 2003 Jun;18(3):352-62. PMID: 12828236.

Hall S, Bishop AJ, Marteau TM. Increasing readiness to stop smoking in women undergoing cervical screening evaluation of two leaflets. *Nicotine Tob Res* 2003 Dec;5(6):821-6. PMID: 14668066.

Hsia FN, Spruijt-Metz D. The meanings of smoking among Chinese American and Taiwanese American college. *Nicotine Tob Res* 2003 Dec;5(6):837-50. PMID: 14668068.

McKie L, Laurier E, Taylor RJ, Lennox AS. Eliciting the smoker's agenda: implications for policy and practice. *Soc Sci Med* 2003 Jan;56(1):83-94. PMID: 12435553.

Pbert L, Vuckovic N, Ockene JK, Hollis JF, Riedlinger K. Developing and testing new smoking measures for the Health Plan Employer Data and Information Set. *Med Care*. 2003 Apr;41(4):550-9. PMID: 12665718.

Wiltshire S, Bancroft A, Parry O, Amos A. 'I came back here and started smoking again': perceptions and experiences of quitting among disadvantaged smokers. *Health Educ Res*. 2003 Jun;18(3):292-303.

Wright AJ, Weinman J, Marteau TM. The impact of learning of a genetic predisposition to nicotine dependence: an analogue study. *Tob Control* 2003 Jun;12(2):227-30. PMID: 12773736.

Borrelli B, McQuaid EL, Becker B, Hammond K, Papandonatos G, Fritz G, et al. Motivating parents of kids with asthma to quit smoking: the PAQS project. *Health Educ Res* 2002 Oct;17(5):659-69. PMID: 12408210.

Lawn SJ, Pols RG, Barber JG. Smoking and quitting: a qualitative study with community-living psychiatric clients. *Soc Sci Med* 2002 Jan;54(1): 93-104. PMID: 11820684.

Manfredi C, Crittenden K, Cho YI, Engler J, Warnecke R. Maintenance of a smoking cessation program in public health clinics beyond the experimental evaluation English adult population. Results from the Health Education Monitoring Survey 1995. *Public Health Rep*. 2001;116 Suppl 1:120-35. PMID: 11889280.

Stead M, MacAskil S, MacKintosh AM, Reece J, Eadie D. It's as if you're locked in": qualitative explanations for area effects on smoking in disadvantaged communities. *Health Place* 2001 Dec;7(4):333-43. PMID: 11682332.

Turner LR, Morera OF, Johnson TP, Crittenden KS, Freels S, Parsons J, et al. Examining the effectiveness of a community-based self-help program to increase women's readiness for smoking cessation. *Am J Community Psychol* 2001 Jun;29(3):465-91. PMID: 11469117.

Vellisco Garcia A, Alvarez Gutierrez FJ, Elias Hernandez T, Romero J, Toral Marin J, Bordoy Sanchez C, et al. Results of a psychotherapeutic program for smoking after 12 months of follow-up. *Arch Bronconeumol*. 2001 Jan;37(1):14-8. PMID: 11181225.

Downes EJ. Cigarette smoking among immigrant Salvadoreans in Washington, DC: behaviors, attitudes, and beliefs. *Addict Behav* 2000 Mar-Apr;25(2):275-81.

Lenaghan NA. The nurse's role in smoking cessation. *Medsurg Nurs* 2000 Dec;9(6):298-301, 312. PMID: 11904863.

Reeve K, Calabro K, Adams-McNeill J. Tobacco cessation intervention in a nurse practitioner managed clinic. *J Adv Acad Nurse Pract* 2000 May;12(5):163-9. PMID:11930337.

CINAHL

Audrey S, Holliday J, Campbell R. It's good to talk: adolescent perspectives of an informal, peer-led intervention to reduce smoking. *Soc Sci Med* 2006;63(2):320-334.

Louka P, Maguire M, Evans P, Worrell M. I think that it's a pain in the ass that I have to stand outside in the cold and have a cigarette: representations of smoking and experiences of disapproval in UK and Greek smokers. *Journal of Health Psychol* 2006;11(3):441-451.

Quinn G, Ellison B, Meade C, Roach C, Lopez E, Albrecht T, et al. Adapting smoking relapse-prevention materials for pregnant and postpartum women: formative research. *Matern Child Health J* 2006;10(3) 235-245.

Bottomoff J, Kalaw C, Johnson J, Stewart M, Greaves L. Tobacco use in intimate spaces: issues in the study of couple dynamics. *Qual Health Res*. 2005;15(4):564-577.

Esterberg M, Compton M. Smoking behavior in persons with a schizophrenia-spectrum disorder: a qualitative investigation of the transtheoretical model. *Social Science & Medicine* [serial on the Internet]. (2005, July), [cited December 12, 2007];61(2):293-303. Available from: CINAHL with Full Text.

Green M, Clarke D. Smoking reduction & cessation: a hospital-based survey of outpatients' attitudes. *Journal of Psychosocial Nursing & Mental Health Services* [serial on the Internet]. (2005, May), [cited December 12, 2007];43(5):18. Available from: CINAHL with Full Text.

Lennon A, Gallois C, Owen N, McDermott L. Young women as smokers and nonsmokers: a qualitative social identity approach. *Qual Health Res* 2005;15(10):1345-1359.

Schmitt E, Tsoh J, Dowling G, Hall S. Older adults' and case managers' perceptions of smoking and smoking cessation. *J Aging Health* [serial on the Internet] 2005;17(6):717-733.

Bialous S, Sarna L, Wewers M, Froelicher E, Danao L. Nurses' perspectives of smoking initiation, addiction, and cessation. *Nursing Research* [serial on the Internet]. (2004, Nov), [cited December 12, 2007];53(6):387-395.

Consuegra R, Zago M. Beliefs among smokers in a cardiovascular health program. *Rev. latinoam. enferm* 2004;12:412-419.

Reynolds N, Neidig J, Wewers M. Illness representation and smoking behavior: a focus group study of HIV-positive men. *J Assoc Nurses AIDS Care* 2004;15(4):37-47.

Young C. Understanding why health care professionals continue to smoke. *Journal of Addictions Nursing* 2004;15 (1):31-5. CINAHL AN: 2004139489.

Ahijevych K, Kuun P, Christman S, Wood T, Browning K, Wewers M. Beliefs about tobacco among Appalachian current and former users. *Appl Nurs Res* 2003;16(2):93-102.

Beech B, Scarinci I. Smoking attitudes and practices among low-income African-Americans: qualitative assessment of contributing factors. *Am J Health Promot.* 2003;17(4):240-248.

Tilson E, McBride C, Albright J, Sargent J. Attitudes toward smoking and family-based health promotion among rural mothers and other primary caregivers who smoke. *Journal of School Health* 2001;71(10):489-494.

Ashida C. Women's stories of smoking relapse after the birth of a child were underpinned by combinations of 5 storylines... commentary on Bottorff JL, Johnson JL, Irwin LG et al. Narratives of smoking relapse: the stories of postpartum women. *RES NURS HEALTH* 2000 Apr;23:126-34

Bottorff J, Johnson J, Irwin L, Ratner P. Narratives of smoking relapse: the stories of postpartum women. *Res Nurs Health* 2000;23(2):126-134.

Seguire M, Chalmers K. Addressing the 'costs of quitting' smoking: a health promotion issue for adolescent girls in Canada. *Health Promotion International* [serial on the Internet]. (2000, Sep), [cited December 12, 2007];15(3): 227-235.

LILACS

Dias OM, Turato ER. Cigarette smokers views on their habit and the causes of their illness following lung cancer diagnosis: a clinical-qualitative study / Visão de fumantes sobre seu hábito e sobre as causas de sua doença após o diagnóstico de câncer de pulmão: um estudo clínico qualitativo. [São Paulo med. j.](#) May-June. 2006;124(3):125-129. tab. LILACS ID: 435901