

GRUPO DE APOIO A IDOSOS TABAGISTAS E INTERVENÇÃO MULTIDISCIPLINAR

Rosângela Paula de Souza¹
Roberta Machado Alves²
Ana Karina da Cruz Machado³

RESUMO

A Organização Mundial da Saúde (OMS) identifica o tabagismo como a principal causa evitável de doença, incapacidade e morte. De acordo com o Instituto Nacional do Câncer (INCA), o tabagismo está entre as principais causas de mortalidade no mundo, principalmente entre os idosos de modo geral, e o cigarro é responsável por doenças, tais como: câncer na garganta, câncer de pulmão, doenças pulmonares crônicas, Acidente Vascular Cerebral (AVC) e doenças cardiovasculares. O presente trabalho visa discorrer a eficácia dos grupos de apoio a idosos tabagistas e a intervenção da equipe multidisciplinar nesse processo. A metodologia escolhida se trata de uma revisão de literatura, com pesquisa nas bases de dados Scientific Electronic Library Online - Scielo, Portal Capes, Ministério da Saúde, Instituto Nacional do Câncer – INCA, Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística - IBGE e Organização Mundial da Saúde - OMS. Concluiu-se, através da literatura consultada, que o tabagismo é um dos maiores fatores de risco para a morte precoce em idosos, além de ser a causa principal de inúmeras doenças. Os resultados apontam que o desejo de parar de fumar é maior entre aqueles que reconhecem o vício como prejudicial à saúde, no entanto a interrupção do hábito de fumar, causa abstinência e esse processo deve ser estimulado e acompanhado por grupos de apoio e terapêuticos na saúde, contribuindo assim para a redução do risco de morte e melhoria da condição geral de saúde da pessoa idosa.

Palavras-chave: Grupos terapêuticos, Idosos, Tabagismo.

INTRODUÇÃO

A Organização Mundial de Saúde identifica o tabagismo como a principal causa evitável de doença, incapacidade e morte. No entanto, é uma das maiores ameaças à saúde pública que o mundo já enfrentou (OMS, 2016).

De acordo com o Instituto Nacional do Câncer (INCA, 2017) o tabagismo está entre as principais causas de mortalidade no mundo, principalmente entre os idosos de modo geral, e o

¹ Psicóloga. Pós-graduanda em Avaliação Psicológica. Centro de Ensino Superior Santa Cruz - RN (CESAC)
E-mail: rosangeladesbrava@hotmail.com

² Psicóloga. Especialista em Saúde Coletiva e Saúde Mental. Centro de Ensino Superior Santa Cruz - RN (CESAC)
E-mail: psirobertaalves@gmail.com

³ Gerontóloga. Docente de Pós Graduação do Centro de Ensino Superior Santa Cruz – RN (CESAC). E-mail:
karinacruz_rn@yahoo.com.br

cigarro é responsável por doenças, tais como: câncer na garganta, câncer de pulmão, doenças pulmonares crônicas, Acidente Vascular Cerebral (AVC) e doenças cardiovasculares.

O fator pela qual o cigarro é considerado agravante no idoso é devido não só a dependência física, mas também econômica e psicológica (BARBOSA et al., 2017).

Segundo Rebello (2017), o cigarro está na frente entre as causas que mais matam, ganhando da Aids, Suicídio e acidentes de trânsito juntos, em virtude das mais variadas doenças que o tabaco causa.

Com o avanço da medicina, existe hoje, uma série de estratégias farmacológicas e não-farmacológicas para que seja tratado o vício do tabaco, alternativas inclusive estimuladas e garantidas pelo Sistema Único de Saúde (SUS), através do Programa Nacional de Controle do Tabagismo (PNCT) e pela articulação da Rede de Tratamento do Tabagismo no SUS, em parceria com Estados e Municípios e Distrito Federal (BRASIL, 2018).

No Brasil, a Doença Pulmonar Obstrutiva Crônica (DPOC), provoca cerca de 290 mil internamentos por ano, sendo o tabagismo seu principal fator de risco. Nos últimos 10 anos, o cigarro foi responsável pela maior causa de internações no SUS (BRASIL, 2018), onerando um alto custo ao sistema e gastos e prejuízos também para o doente e sua família, tais como aquisição de aparelhos médicos, remédios, faltas no trabalho, aposentadorias precoces, morte prematura e sofrimento familiar com a perda da qualidade de vida.

Apesar disso, os idosos ainda são resistentes ao tratamento. Para Lima (2015), essa adesão de idosos para o tratamento, poderia ser mais ampla com ações profissionais voltadas para acolhimento e trabalhos em conjunto, uma vez que as pessoas tendem a compartilhar apoio e superação quando buscam os mesmos objetivos.

De acordo com Nascimento; Oliveira (2010), o início das Estratégias Saúde da Família (ESF) como modelo de atenção para a reorganização e o fortalecimento da Atenção Básica em saúde, tem fortalecido as intervenções de equipes multidisciplinares em grupos no SUS.

Silva et al. (2003), destaca que as atividades de grupo podem ser consideradas como recurso importante na assistência à saúde, contribuindo para mudanças na maneira em que o sujeito vivencia e se responsabiliza por seu processo de saúde e qualidade de vida.

O presente trabalho visa discorrer a eficácia dos grupos de apoio a idosos tabagistas e a intervenção da equipe multidisciplinar nesse processo.

METODOLOGIA

Foi realizada uma revisão de literatura por meio de artigos científicos, na base de dados de bibliotecas digitais e plataformas online como a Scientific Electronic Library Online (SciELO), Google Acadêmico e consultados sites e documentos de registro epidemiológico do Ministério da Saúde e dados da Organização Mundial de Saúde.

Para Tarchetti (2010), a revisão da literatura é uma etapa chave da pesquisa em qualquer campo da ciência.

Artigos de revisão de literatura são úteis tanto para pesquisadores quanto para os leitores por fornecerem uma visão geral, atualizada e estruturada de uma área específica do conhecimento (Van Wee e Banister, 2015, p. 23).

Quanto a caracterização da pesquisa, trata-se por um estudo descritivo. Esse tipo de estudo pretende descrever os fatos e fenômenos de determinada realidade (TRIVIÑOS, 1987).

Foram pesquisados artigos, monografias e dissertações na língua portuguesa e inglesa.

Para a busca de material e artigos na literatura foram utilizadas as seguintes palavras-chaves e descritores em saúde, combinados da seguinte forma: tabagismo em pessoas idosas, grupos de apoio ao tabagismo, equipe multidisciplinar em saúde e tabagismo.

Os artigos que apresentavam as palavras chaves no título eram selecionados, em seguida era realizada a leitura do resumo e a leitura do texto completo. Algumas publicações foram excluídas após a leitura do texto completo, por não estarem relacionadas diretamente ao tema escolhido.

Após a leitura de 21 trabalhos, foram selecionados 16, aos quais foram incluídos nesse estudo.

O ano de publicação não foi um critério de inclusão.

Os critérios de exclusão foram aplicados quando encontrados artigos que incluíam tabagismo e equipe multidisciplinar em outra faixa etária diferente da faixa etária que inclui os idosos (a partir de 60 anos de acordo com o Estatuto do Idoso, Lei /2003).

O período de construção do artigo se deu entre os meses de março a maio do ano de 2019.

DESENVOLVIMENTO

Na antiguidade (600-900 DC), o tabaco era usado para fins religiosos, comerciais e farmacêuticos pelos índios que habitavam na América do Norte. Seu uso na época, não era com tanta frequência, já que o tabaco era usado apenas em rituais e por meio medicamentoso. Em

1571, um médico chamado Nicolas Monardes escreveu sobre os benefícios do tabaco e o caracterizava como uma planta medicinal sendo capaz de curar 36 problemas de saúde.

Nos anos de 1588, Thomas Harriot um estudioso da época morreu devido câncer no nariz provocado pela fumaça do tabaco depois de ter declarado que o seu uso deveria ser consumido com mais frequência. Infelizmente só depois desse acontecimento que se começou a perceber seus malefícios a saúde, mas apenas no ano de 1836 o tabaco foi de fato considerado um veneno capaz de matar, chegando ao Brasil no século XX, onde se mantém devido o clima, e a cultura que permite sua proliferação até os dias de hoje (REIS, 2012).

A fumaça do tabaco contém cerca de 4.700 substâncias, além da nicotina. Entre elas se incluem os alcalóides do alcatrão, metais pesados, nitrosaminas, elementos radioativos, aldeídos e outros agentes altamente tóxicos para o aparelho respiratório. A cada uma das duzentas tragadas, em média/dia, o fumante carrega um contingente expressivo desses tóxicos – grande parte deles reconhecidamente carcinogênicos– para os distintos territórios do continente pulmonar, sendo os principais responsáveis pela gênese da DPOC e do câncer de pulmão (BRASIL,2008)

Segundo dados do Ministério da Saúde (2018), a maioria dos idosos que fumam tem vontade de deixar o vício, contudo não conseguem em razão da falta que o cigarro pode fazer em suas vidas, em virtude do tempo que passou fumando. O vício faz com que as mesmas necessitem de tratamento medicamentoso, porém, essas pessoas só conseguem parar quando surge alguma doença em resposta ao organismo debilitado.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

Em todo o mundo, cerca de 1 bilhão de homens e 300 milhões de mulheres fumam frequentemente. Ou seja, um terço da população adulta fuma, em média 48% dos homens e 10% das mulheres, com tendência preocupante de aumento do consumo entre as mulheres (OMS, 2007).

O INCA estima que no país 200 mil mortes por ano poderiam ser evitadas se as pessoas não fumassem. Além disso, os fumantes passivos também correm risco de doença e morte, especialmente por exposições prolongadas no local de trabalho, ambientes recreativos ou mesmo em casa. No Brasil, o tabagismo é responsável por 45% dos óbitos por infarto do miocárdio, 85% dos provocados por enfisema, 25% das mortes por doença cerebrovascular e 30% das provocadas por câncer (BRASIL, 2012).

Segundo a Coordenação Nacional de Controle do Tabagismo e Prevenção Primária do Câncer, do INCA, cerca de 85% a 90% de todas as mortes por DPOC são atribuíveis ao tabagismo. Em 2030, esses números poderão dobrar, especialmente em países de baixa renda e níveis educacionais mais baixos. Em todo o mundo, cerca de 1 bilhão de homens e 300 milhões de mulheres fumam frequentemente. Ou seja, um terço da população adulta fuma, em média 48% dos homens e 10% das mulheres, com tendência preocupante de aumento do consumo entre as mulheres (OMS, 2007).

Estudos de Kaczynski et. al (2008), salientam que o tabagismo é o mais importante fator de risco para 7 das 14 principais causas de morte entre os idosos, constituindo um dos principais problemas de saúde pública da atualidade.

Em pesquisa realizada por Marinho, et.al (2008) no Rio Grande do Sul foram encontradas associações significativas entre o tabagismo e a hipertensão arterial em idosos.

Estudo transversal de base populacional, realizada em São Paulo, cuja amostra em múltiplos estágios de câncer, envolveu 1.954 idosos com 60 anos ou mais, residentes em quatro áreas do Estado, a prevalência de fumantes foi de 32,2%, sendo maior no sexo masculino, na faixa de 60 a 69 anos (VERAS, 2009).

Para Sachs; Schmidt et.al (2009), sempre que se fala em tabagismo é comum a priorização de jovens e adultos como população pesquisada, e não se voltam para a população idosa, sendo esse um erro, pois, idosos tabagistas, sofreram em suas vidas exposições mais longas ao fumo, a cigarros sem filtro e com elevados teores de nicotina têm maior risco atual de apresentar doenças do que gerações posteriores, além disso, os autores chama a atenção que idosos tem mais probabilidades de desenvolverem comorbidades, devido ao organismo já debilitado pela idade.

A observação de prevalência quase três vezes maior de fumantes entre os idosos de menor renda familiar per capita (prevalência de 18,5%) aponta o efeito de desigualdades sociais na saúde e a vulnerabilidade dos segmentos com piores condições socioeconômicas no estudo de (Barbosa, et. al 2017). Fica evidente, mais uma vez, a necessidade dos serviços de saúde organizarem-se e disponibilizarem tratamento, apoio e cuidados a esse segmento social.

Freitas et al. (2010), destaca que os profissionais de saúde, tendem a não se empenhar na cessação do tabagismo em idosos, pois consideram a idade "avançada" e não querem privar os idosos do que eles julgam ser "uma fonte de prazer", esse fato dificulta a adesão ao tratamento, assim, os autores propagam a importância dos profissionais de saúde investigarem as causas do tabagismo na terceira idade antes de promover alguma ação, pois são muitos os

fatores que estão relacionados e devem sempre apresentar as soluções possíveis para a cessação do vício, apresentando inclusive sugestão de participação em grupos que discutam o assunto.

Segundo Pichon-Rivière, (2005), entende-se por grupo um conjunto de pessoas movidas por necessidades semelhantes e se reúnem em torno de uma tarefa específica, um objetivo mútuo, onde cada participante é diferente e exercita sua fala, sua opinião, seu silêncio, defendendo seu ponto de vista. É nessa perspectiva que o grupo constrói sua identidade a partir das vivências compartilhadas e aprendendo com as outras formas de lidar com o sofrimento seja ele qual for, bem como encontrar naquele espaço motivações para enfrentá-los.

Em consonância, estudos de Rasesa e Rocha (2010), comprovam que as práticas grupais vêm sendo utilizadas em diversas patologias no SUS, onde essas práticas estão em conformidade com as diretrizes do SUS, os autores consideram ainda, que, tais ações podem contribuir para a democratização do acesso à saúde e estimulam a participação da comunidade em sua atenção integral. Além disso, é importante ressaltar o trabalho dos profissionais da atenção primária e os grupos terapêuticos na construção desse processo.

Já Goulart et al. (2010) aponta que um dos primeiros passos para deixar de fumar é à vontade, já que de nada adianta deixar de fumar sendo forçado. Em seus estudos evidencia-se que o fato estimulador para o tabagista permanecer em tratamento é a confiança na equipe de saúde, ressaltando que, quanto mais uma equipe é especializada, melhores são os resultados.

Pesquisa de Moraes, (2015) aponta que grupos operativos que buscam os mesmos objetivos podem facilitar no processo de abandono do tabagismo devido ao apoio que recebem um dos outros propiciando em ambiente acolhedor e facilitador de combate ao vício. O autor, destaca a necessidade de uma equipe de saúde engajada, já que “parar de fumar exige não só da pessoa fumante, mas o apoio da equipe, seja na parte medicamentosa, no acompanhamento psicológico, na conversa com a família”, e para isso, o autor considera fundamental uma equipe multidisciplinar (MORAES, 2015, p. 28).

Estudos de Medeiros et.al (2010) discorre sobre a importância da criação de vínculos entre usuários e profissional, compreendendo a integralidade do cuidado, onde a relação de respeito e escuta entre profissionais e usuários faz diferença na realização das práticas e ações de saúde, possibilitando sucesso nas intervenções propostas.

Crow et al., (2002) considera que, para um melhor resultado em trabalhos na saúde é preciso que haja a construção de vínculos e das condições que possam consolidar uma favorável relação paciente, profissional/equipe de saúde, essa adesão terapêutica visando resultados é mais favorável quando os cuidados são compartilhados, sendo atividades em grupos uma forma

de se cooperar com sua cura e estimular os demais participantes, gerando uma relação de coo ajuda e interesse mútuo.

Segundo Bittar e Lima (2011), a satisfação dos usuários está relacionada à possibilidade da quebra das relações verticais entre o profissional de saúde e o indivíduo, as relações em grupos fortalecem essa quebra, estreitando o vínculo, nesse sentido a terapêutica da ajuda se torna um processo de responsabilização de si próprio, amparados pela equipe, aos quais confiam, consideram, respeitam e não querem decepcionar.

Kumpel et al., (2014) destacam como fator importante que a maioria dos fumantes é do sexo masculino, cujo início do primeiro contato com o cigarro se deu na juventude e persistiu até a velhice, uma vez que os homens são mais difíceis de procurar prevenção e tratamento, faz-se necessário grupos de apoio e equipes atentas para abordagem familiares de tabagistas, afim de ofertar maiores possibilidades de tratamento, esticando o benefício da ajuda para além dos consultórios e muros das instituições.

Para Veras (2009) o estímulo ao cigarro era associado quase sempre ao sucesso no passado. Hoje, as dificuldades no tratamento se dão sobretudo, a exposição precoce ao fumo. Um estudo publicado pelo autor demonstra que dos idosos fumantes que participaram de seu estudo 43% haviam iniciado o comportamento tabágico antes dos 16 anos de idade.

Oliveira et.al (2010) discorrem que quanto mais cedo o idoso iniciou no tabagismo, maior é a dependência pelo fim da nicotina, o que se torna mais difícil a cessação, uma vez que a nicotina é uma droga psicoestimulante, onde “ a dopamina, a norepinefrina e outros hormônios psicoativos, liberados com o ato de fumar, dão ao tabagista uma sensação prazerosa e tranquilizante” (p.106).

O consumo de tabaco geralmente começa cedo. A média de idade de início do consumo é de 15 e 16 anos (NUNES et al., 2006; CASTRO et al., 2008). Quanto mais precoce, maior será a gravidade da dependência e os problemas a ela associados. Em âmbito mundial, o consumo anual é de 7 trilhões e 30 bilhões de cigarros, correspondendo a 20 bilhões por dia; cerca de 75.000 toneladas de nicotina são consumidas por ano, das quais 200 toneladas são diárias. No Brasil há 27,9 milhões de fumantes, consumindo 110 bilhões de cigarros por ano, acrescidos de 48 bilhões procedentes de contrabando (BRASIL, 2010).

Segundo a OMS, estima-se que o número de fumantes passará, do ano 2000 a 2030, de 1,2 bilhões para 1,6 bilhões, e que o número de mortes atribuíveis ao tabagismo passará para 10 milhões. O tabagismo e a exposição à fumaça do cigarro estão associados a aproximadamente 443.000 mortes prematuras, e a 5,1 milhões de anos de vida perdidos (OMS,

2008). Isso reforça o estudo de que 90% dos cânceres de pulmão e 30% de todos os tipos de câncer são devidos ao tabagismo (BRASIL, 2008).

Dos tabagistas que começam a fumar na adolescência, 50% morrem prematuramente na meia-idade, perdendo cerca de 20 a 25 anos de expectativa de vida em comparação aos não fumantes (FARGERSTRÖM, 2002).

As consequências de uma vida tabagista na vida do idoso incluem como perda de massa muscular, diminuição da capacidade funcional, osteopenia e anormalidades nutricionais (Agusti et al., 2003, McCarthy et al., 2015). À medida que a doença progride, a dispneia vai evoluindo e pode começar a aparecer com frequência durante as atividades da vida diária como se vestir ou tomar banho dependendo da cronicidade da doença, designados normalmente pela quantidade de cigarros/dia usados.

Estudos de Menezes et.al (2009), onde foram entrevistados 1.954 indivíduos fumantes com idade igual ou superior a 60 anos, dos quais 1.027 eram do sexo feminino (média de idade foi de 69,7 anos) no Estado de São Paulos, demonstrou que 42,7% tinham iniciado o comportamento tabagista, antes dos 16 anos de idade e 30,6% entre os 16 e 20 anos. Em relação à quantidade de cigarros consumidos, 42,5% dos fumantes referiram fumar 20 ou mais cigarros diariamente e 36,8% de 5 a 19 cigarros/dia,

Uma vez que estudos da OMS (2017) mostram que a tendência de mortes tendo como consequência o tabagismo é de aumento progressivo, principalmente, entre o público idoso, considerando que, a pessoa com vício dificilmente deixa de fumar quando está mais velho, é pertinente se falar cada vez mais em possibilidades de aceitação de tratamento e cessação do tabagismo, dessa forma, o apoio de uma equipe multidisciplinar se tornam fundamentais.

Os resultados desse estudo mostram o quão danoso o tabagismo é a saúde, e que seu uso teve início em uma época em que ao inalar a fumaça não traziam tantos malefícios como nos dias de hoje, ou ainda não se era tão estudado e perceptível os danos vivenciados a longo prazo. Neste sentido, existe a necessidade de estratégias que possibilitem o tratamento da cessação do tabagismo em idosos, com ações específicas para este grupo etário destacando sua condição vulnerável a complicações e morte pela permanência do comportamento de fumar.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Na discussão deste trabalho, foi percebido que o tabagismo é uma doença, cujo vício em fumar tem sido aceita pela sociedade e até estimulado anos anteriores como sinônimo de charme, elegância e sem conhecimento dos malefícios a médio e longo prazo.

Nos dias atuais, o tabagismo se tornou uma epidemia crescente responsável por inúmeros tipos de hospitalizações e óbitos, tanto para o fumante ativo, quanto a pessoa que vivencia essa rotina de fumaça todos os dias.

Para o sujeito idoso, é importante destacar, que, quanto maior a gravidade da doença que as condições de vulnerabilidade e de saúde já o impõem, associados ao tabagismo, maior serão as limitações das atividades cotidianas e maior é o risco de complicações e óbitos. Conforme referenciado pela OMS, o tabagismo é um dos maiores fatores de risco para a morte precoce em idosos.

Conclui-se que atividades que possam ser feitas em grupo, assim como grupos terapêuticos e de apoio ao idoso tabagista trazem benefícios na melhoria da qualidade de vida e na perspectiva de vida frente a morte precoce ou doenças cardiovasculares associadas.

REFERÊNCIAS

AGUSTI, A.G.N et al. **Systemic effects of chronic obstructive pulmonary disease. European Respiratory Journal.** 2003, vol. 21.

BARBOSA, A.T.F. Et. al. **Fatores associados à Doença Pulmonar Obstrutiva Crônica em idosos.** Revista Kairós Gerontologia, v. 21, 2017.

BRASIL. **Estatuto do Idoso.** Lei nº 10.774, de 01 de Outubro de 2003. Brasília: DF.

_____. Secretaria de Vigilância em Saúde. Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa. **VIGITEL Brasil 2010: Vigilância de fatores de risco e proteção para doenças crônicas por inquérito telefônico.** Brasília: Ministério da Saúde, 2012.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Doenças respiratórias crônicas /** Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica. – Brasília, Ministério da Saúde, 2008.

_____. Ministério da Saúde. Instituto Nacional de Câncer, Coordenação de Prevenção e Vigilância. **Consenso sobre Abordagem e Tratamento do Fumante,** Rio de Janeiro, 2018.

_____. DATASUS. Indicadores de dados Básicos Brasil, 2018 – **Indicadores de mortalidade de morbidade e fatores de risco.** Disponível em: <http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/idb2012/matriz.htm#mort%20> Acesso em 28 de março de 2019.

INCA. Instituto Nacional do Câncer. Prevalência de Cancer por Tabagismo, 2017. Disponível em: <http://www.inca.gov.br/tabagismo/>. Acesso em 11 de Abril de 2017.

_____, Instituto Nacional de Câncer José Alencar Gomes da Silva. **Diretrizes para a vigilância do câncer relacionado ao trabalho**. Coordenação Geral de Ações Estratégicas. Coordenação de Prevenção e Vigilância. Área de Vigilância do Câncer relacionado ao Trabalho e ao Ambiente; organizadora Fátima Sueli Neto Ribeiro. Rio de Janeiro: Inca, 2012.

FAGERSTRÖM KO, Schneider NG. **Measuring nicotine dependence: a review of the Fagerström Tolerance Questionnaire**. J Behav Med. 2002.

GOULART, D. et al. **Tabagismo em idosos**. Rev Bras Geriatr. Gerontol, v. 13, n. 2, 2010.

KÜMPEL, C. et al. **Aspectos sociais relacionados ao tabagismo em idosos assistidos pelo Programa de Saúde da Família**. Revista Kairós Gerontologia, v. 17, n. 3, 2014.

LIMA, MF. **A escolaridade afeta, igualmente, comportamentos prejudiciais à saúde de idosos e adultos mais jovens?** Inquérito de Saúde da Região Metropolitana de Belo Horizonte, Minas Gerais, Brasil. Epidemiol Serv Saúde 2015.

OMS, Organização Mundial da Saúde. **Tabagismo e Saúde nos Países em Desenvolvimento**, 2016. Disponível em: http://www.inca.gov.br/tabagismo/publicacoes/OMS_relatorio.pdf. Acesso em 17 de abril de 2019.

MARCONI, M. A.; LAKATOS, E. M. **Fundamentos de metodologia científica**. São Paulo: Atlas, 2010.

FERREIRA NETO, J.L.F.; KIND, L. **Práticas grupais como dispositivo na promoção da saúde**. Physis: Revista de Saúde Coletiva. Rio de Janeiro, v. 20, n. 4, p. 1119-1142, 2010.

MARINHO V. et. al. **A prevalence study of current tobacco smoking in later life community and its association with sociodemographic factors, physical health and mental health status**. Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol 2008.

MENEZES, A.M et al. **Prevalence of smoking and incidence of initiation in the Latin American adult population: the PLATINO study**. BMC Public Health 2009.

MORAES, V.D; CAMPOS C.E.A.; BRANDÃO, A.L. **Estudo sobre dimensões da avaliação da Estratégia Saúde da Família pela perspectiva do usuário**. Physis: Revista de Saúde Coletiva. Rio de Janeiro, v. 24, n. 1, p. 127-146, 2014.

NASCIMENTO, D. D. G.; OLIVEIRA, M. A. C. **Reflexões sobre as competências profissionais para o processo de trabalho nos Núcleos de Apoio à Saúde da Família**. O mundo da Saúde (CUSC). São Paulo, v. 34, n. 1, p. 92-96, jan-mar. 2010.

NORMAN, A.H.; TESSER, C.D. **Acesso ao cuidado na Estratégia Saúde da Família: equilíbrio entre demanda espontânea e prevenção/promoção da saúde**. Saúde Soc. São Paulo, v. 24, n. 1, p. 165-179, 2015.

OLIVEIRA, G.N. **O projeto terapêutico e a mudança nos modos de produzir saúde.** São Paulo: Hucitec, 2010.

PICHON-RIVIÈRE, E. **O processo grupal.** São Paulo: Martins Fontes, 2005.

RASERA, E.F.; ROCHA, R.M.G. **Sentidos sobre a prática grupal no contexto de saúde pública.** *Psicologia em Estudo*. Maringá, v. 15, n. 1, p. 35-44, jan-mar. 2010.

VERAS, R. **Envelhecimento populacional contemporâneo: demandas, desafios e inovações.** *Rev Saúde Pública* 2009.