

Oportunidades de atuação do médico do trabalho no combate ao tabagismo

Opportunities to the occupational physician on smoking control

André Francisco Silva Carvalho¹, Mário Ferreira Júnior², Ana Cláudia Camargo Gonçalves da Silva³, Alfredo Almeida Pina de Oliveira⁴, Elizabeth Costa Dias⁵

RESUMO

O uso do tabaco é fator de risco importante para diversas doenças cardiovasculares, neoplasias e enfisema pulmonar, entre outros. Os óbitos atribuídos a doenças relacionadas ao tabaco na população trabalhadora superam, em muitas vezes, aqueles causados por acidentes de trabalho. O tabagismo passivo e o tabagismo durante a gravidez também podem trazer sérias consequências à Saúde. O médico do trabalho, por seu contato periódico com o trabalhador, tem uma ótima oportunidade de identificar, aconselhar e motivar trabalhadores tabagistas a procurarem meios de tratamento para sua dependência, de forma a prevenir doenças e promover a saúde de toda a empresa. Este artigo tratou da maneira como o médico do trabalho pode ajudar o tabagista a abandonar o hábito de fumar, apresentando formas de intervenções preliminares nos exames ocupacionais e modelos de acompanhamento e tratamento estruturado da dependência à nicotina.

Palavras-chave: Promoção da saúde, abandono do uso de tabaco, saúde ocupacional, aconselhamento.

Recebido: 30/9/2009 – Aceito: 22/12/2009

Trabalho realizado no Centro de Promoção de Saúde do Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo (FMUSP).

¹Residente em Medicina do Trabalho no Hospital das Clínicas da Universidade Federal de Minas Gerais (UFMG).

²Coordenador do Centro de Promoção de Saúde do Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo (FMUSP).

³Professora-assistente; Centro de Promoção de Saúde do Hospital das Clínicas da FMUSP.

⁴Enfermeiro; Centro de Promoção de Saúde do Hospital das Clínicas da FMUSP.

⁵Professora Adjunta do Departamento de Medicina Preventiva e Social da UFMG.

Endereço para correspondência: André Francisco Silva Carvalho – Departamento de Medicina Preventiva e Social da Universidade Federal de Minas Gerais – Avenida Alfredo Balena, 190, sala 803 – Belo Horizonte (MG), Brasil – Fone: (31) 3409-9804 – andrefsc@yahoo.com.br

ABSTRACT

Tobacco use is an important risk factor for several cardiovascular diseases, cancer and emphysema, among others. The deaths attributed to smoking-related diseases among workers easily overcome those caused by accidents at work. Passive smoking and smoking during pregnancy can also cause serious Health consequences. The occupational health physician, by his regular contact with the worker, has a great opportunity to identify, advise and motivate smokers to seek ways to manage their addiction in order to prevent disease and promote health of the entire company. This article showed how the occupational physician can help smokers to quit, with interventions in occupational exams and structured treatment of nicotine dependence.

Keywords: Health promotion, tobacco use cessation, occupational health, counseling.

INTRODUÇÃO

O uso do tabaco, representado principalmente pelo consumo do cigarro, traz evidentes impactos à saúde da população. É uma das principais causas de morte evitável, sendo o maior causador de enfisema pulmonar, neoplasias do pulmão e da laringe¹. Também é um dos mais importantes fatores de risco das doenças cardiovasculares (doença isquêmica do coração, acidente vascular cerebral isquêmico, doença arterial periférica e aneurisma de aorta abdominal), além de causar alterações nos níveis de colesterol sanguíneo e de apresentar impacto na incidência de câncer de boca, faringe, esôfago, bexiga, pâncreas e rim¹.

O tabagismo passivo, representado pelo contato indireto com a poluição tabágica ambiental (PTA), isto é, a fumaça do cigarro, associa-se também a quadros de neoplasias, coronariopatias e doenças das vias respiratórias². O tabagismo durante a gravidez pode ser causa de repercussões importantes como: abortamento espontâneo, baixo peso ao nascer e morte súbita infantil².

A nicotina, um dos milhares de princípios farmacológicos ativos do cigarro, possui um potencial causador de dependência semelhante à cocaína e à heroína. Importante ressaltar que outros derivados do tabaco, como o fumo de cachimbo e charuto, oferecem os mesmos riscos à saúde².

Felizmente, o número de fumantes no Brasil vem diminuindo ao longo das décadas, variando de 32%, em 1989, para 20%, em 2002¹. Estimava-se que, em 2008, 15,2% da população brasileira adulta (ou seja, com pelo menos 18 anos) era tabagista³. Esse percentual tende a ser maior nas classes sociais mais baixas e com menor número de anos de educação formal^{2,3}.

Apesar da conhecida dependência causada pela nicotina, muitas pessoas conseguem parar de fumar. No Brasil, mais de 20% da população adulta é formada por ex-tabagistas e, nos Estados Unidos, dados indicam que 48% das pessoas que declararam já terem sido fumantes conseguiram abandonar o hábito^{2,3}.

Para aumentar esse número e, conseqüentemente, trazer benefícios para a saúde da população, são necessárias políticas (tanto públicas quanto organizacionais) que estimulem a cessação do tabagismo, dificultem o acesso aos derivados do tabaco e reduzam a exposição ao tabaco no ambiente, entre outras ações^{1,2}.

A Convenção-Quadro da Organização das Nações Unidas (ONU), em 2003, estabelece que os países participantes (entre eles o Brasil) implantem medidas legislativas, executivas e administrativas para prevenir e reduzir o consumo do tabaco⁴.

Essas ações estão sendo implantadas aos poucos e podem ser observadas na crescente aprovação das chamadas “leis antifumo” em diferentes regiões brasileiras, bem como no número de programas voltados ao tratamento da dependência à nicotina. Esse tipo de programa, que pode oferecer apoio não apenas psicológico, mas também farmacológico ao tabagista, além de poder ser encontrado na rede pública, é cada vez mais oferecido em diversos setores da sociedade, entre os quais se destaca o ambiente de trabalho.

O combate ao tabagismo no ambiente de trabalho está se intensificando ao longo das últimas décadas, em especial após a publicação do *Surgeon General's Report*, de 1985, o primeiro a destacar os perigos da exposição ocupacional à fumaça do cigarro⁵.

Quando é comparado o número de óbitos de trabalhadores por doenças que têm o tabagismo como fator de risco ao daquelas decorrentes de acidente de trabalho, percebe-se a grande predominância das primeiras (Tabela 1). Por outro lado, o custo por ano de vida, salvo após intervenção para parar de fumar, é muito inferior ao equivalente associado aos tratamentos das doenças a ele relacionadas (Tabela 2).

A Organização Internacional do Trabalho (OIT) publicou, em 2004, documento no qual faz considerações sobre a importância do controle do tabagismo em ambientes de trabalho⁴. Segundo esse documento, o tabagismo afeta não apenas a saúde, mas a renda dos trabalhadores. Recomenda que o assunto seja tratado como uma questão de saúde e segurança no trabalho, sendo combatido por meio de legislação específica e programas de assistência aos funcionários.

No Brasil, a Política Nacional de Promoção da Saúde, também de 2003, estabelece o controle do tabagismo como uma de suas estratégias de implantação. A promoção de ambientes de trabalho livres do tabaco e o apoio dos profissionais de Saúde Ocupacional nesse controle fazem parte das ações específicas propostas⁸.

Apesar da Política Nacional de Saúde do Trabalhador, vigente no meio médico desde 2004⁹, ser omissa em relação à questão do tabagismo entre trabalhadores, aparentemente minimizando a sua importância como fator de risco de morbimortalidade prematura, a Norma Regulamentadora n.º 7 – PCMSO determina que todos os trabalhadores formais do país passem por exames ocupacionais periódicos, com o objetivo de detectar possíveis riscos e agravos à sua saúde¹⁰.

O médico do trabalho tem, assim, uma excelente oportunidade para identificar, aconselhar e motivar trabalhadores tabagistas a procurarem meios de tratamento para sua dependência, de forma a prevenir doenças e promover a saúde de toda a empresa.

O objetivo geral deste estudo foi apresentar um caminho pelo qual o médico do trabalho possa aproveitar bem essas oportunidades: (i) incentivando-o a adotar medidas de controle do tabagismo em suas práticas cotidianas; (ii) fornecendo conhecimentos sobre a melhor forma de se abordar o assunto nos exames ocupacionais; e (iii) apresentando opções viáveis de tratamento da dependência à nicotina.

Tabela 1. Número de óbitos por causas no Brasil, na população de 20 a 50 anos, em 2001 e 2007

Ano	2001	2007
Câncer de próstata	61	85
Câncer de estômago	1.406	1.643
Câncer de pulmão	1.501	1.778
Acidentes de trabalho	2.753	2.804
Hipertensão arterial sistêmica	2.585	3.106
Diabetes mellitus	3.308	3.756
Infarto agudo do miocárdio	8.898	8.035
Acidente vascular cerebral	9.868	8.685

Fonte: Anuário da Previdência Social (acidentes de trabalho, que se referem a todas as faixas etárias)⁶, DATASUS (demais dados)⁷.

Tabela 2. Custo estimado por ano de vida salvo

Intervenção	Custo mínimo (US\$)	Custo máximo (US\$)
Parar de fumar	748,00	2.020,00
Tratar a hipertensão arterial	11.300,00	24.408,00
Tratar o infarto agudo do miocárdio	55.000,00	55.000,00

Fonte: INCA, 2002.

INTERVENÇÕES PRELIMINARES DO MÉDICO DO TRABALHO NO EXAME OCUPACIONAL

O hábito de fumar começa a ser combatido nos exames ocupacionais a partir do momento em que o médico do trabalho inclui em sua rotina perguntas claras e objetivas, como:

- exame admissional ou primeira consulta: “Você fuma?”;
- exame periódico de trabalhadores tabagistas: “Você continua fumando?” ou “Você fumou algum cigarro nos últimos sete dias?” (no caso de tabagistas eventuais).

Esse simples procedimento não apenas permite a identificação dos tabagistas, mas é também o primeiro passo para a definição do padrão de dependência ao tabaco entre os funcionários da empresa.

A partir daí, para que possa intervir de forma eficiente na diminuição da prevalência de fumantes na empresa, promovendo a saúde de todos, o médico do trabalho deve adotar condutas que vão variar de pessoa para pessoa.

Isso acontece porque parar de fumar, como qualquer outro processo de mudança comportamental, costu-

ma acontecer de forma gradual, conforme explicado pelo chamado Modelo Transteórico¹¹, que identifica “fases de motivação” individuais, que devem ser identificadas e trabalhadas com estratégias distintas. O tabagista pode se encontrar em qualquer uma das fases ilustradas na Tabela 3.

Tabela 3. Estágios de prontidão para mudança do hábito de fumar, de acordo com o Modelo Transteórico

- PRÉ-CONTEMPLAÇÃO: quando não percebe o tabagismo como um risco à saúde e nem cogita o abandono do hábito
- CONTEMPLAÇÃO: quando já pensa em parar de fumar, mas ainda não tomou nenhuma atitude nesse sentido
- PREPARAÇÃO: quando já está buscando a melhor maneira de largar o cigarro
- AÇÃO: quando os planos para abandonar o tabagismo são colocados em prática
- MANUTENÇÃO: quando já parou de fumar, mas necessita de estímulos contínuos para manter a cessação. Nessa fase, podem acontecer recaídas e o retorno a qualquer uma das fases de motivação anteriores

Fonte: Prochaska e DiClemente, 1983¹².

Tabela 4. Teste de Fagerström para determinar o grau de dependência do paciente à nicotina

1. Quanto tempo após acordar você fuma seu primeiro cigarro?	Pontos
Em até 5 minutos = 3 pontos	
Entre 6 e 10 minutos = 2 pontos	
Entre 31 e 60 minutos = 1 ponto	
Mais de 60 minutos = 0	
2. Você acha difícil não fumar em lugares proibidos?	Pontos
Sim = 1 ponto	
Não = 0	
3. Qual cigarro do dia lhe traz mais satisfação?	Pontos
O primeiro da manhã = 1 ponto	
Outros = 0	
4. Quantos cigarros você fuma por dia?	Pontos
Mais de 30 = 3 pontos	
Entre 21 e 30 = 2 pontos	
Entre 11 e 20 = 1 ponto	
Até 10 cigarros = 0	
5. Você fuma mais frequentemente pela manhã?	Pontos
Sim = 1 ponto	
Não = 0	
6. Você fuma mesmo quando está doente?	Pontos
Sim = 1 ponto	
Não = 0	
Resultado: se a soma dos pontos for igual ou superior a 6, o paciente tem um elevado grau de dependência de nicotina e sintomas de abstinência serão esperados caso pare de fumar.	

Fonte: Sociedade Brasileira de Pneumologia e Tisiologia.

Dessa forma, o passo seguinte deve ser a identificação da fase atual de motivação do paciente para parar de fumar. Para isso, podem ser usadas perguntas como:

- Você acha que o cigarro pode trazer problemas para a sua saúde?
- Você já tentou parar de fumar alguma vez?
- Você já pensou sobre os prós e os contras relacionados ao tabagismo na sua vida?
- Você tem pensado em parar de fumar nos próximos meses?
- Vamos começar a planejar o melhor jeito para você parar de fumar?

Esse contato inicial pode também ser utilizado para determinar o grau de dependência do paciente à nicotina. Para isso, o método recomendado é a aplicação do teste de Fagerström, que é apresentado na Tabela 4¹¹.

Essa identificação inicial do paciente dependente de cigarro faz parte de um método de abordagem comportamental chamado *5A's* (*assess, advise, agree, assist, arrange*) proposto, no ano 2000, pela *Canadian Task Force on Preventive Health Care* e traduzida no Brasil como método PANPA – Pergunte, Aconselhe, Negocie, Prepare e Acompanhe^{11,13}.

Durante o exame ocupacional, é perfeitamente viável a realização tanto da primeira fase dessa abordagem (PERGUNTE), como também da fase seguinte (ACONSELHE), que terá como objetivo estimular o paciente (especialmente aqueles nas fases pré-contemplativa e contemplativa) a avançar no processo de cessação do tabagismo, valorizando suas possíveis vantagens e benefícios. Nesse estágio, não é interessante insistir na mudança rápida dos hábitos, pois isso pode constriar ou até mesmo irritar o paciente. Formas de se abordar a questão são listadas a seguir^{11,13,14}:

- Como seu médico, devo lhe aconselhar a parar de fumar.
- Você sabe que parar de fumar pode trazer diversos benefícios à sua saúde?
- Você sabe que mesmo um cigarro por dia já aumenta os riscos à saúde?
- Você consegue se imaginar sem o cigarro? O que você acha que mudaria?
- Você sabe que existem técnicas e tratamentos que ajudam a passar pelas dificuldades de parar de fumar?

- Você conhece alguém que tentou e conseguiu parar de fumar? Como essa pessoa está após abandonar o cigarro?

O médico deve adotar, em todas as intervenções, uma postura respeitosa, empática, sem julgamentos e acolhedora, deixando claro que confia na autoeficácia do paciente, isto é, na sua capacidade de mudar hábitos^{11,13,14}.

ABORDAGENS AVANÇADAS PARA A CESSAÇÃO DO TABAGISMO

Os pacientes identificados nas fases de motivação mais adiantadas (PREPARAÇÃO e AÇÃO) e aqueles que avançarem de fase após aconselhamento inicial do médico do trabalho devem receber orientação adequada para continuar o processo de cessação do tabagismo. De outro modo, essa abordagem não apenas terá sido em vão, como também será fonte de frustração para o paciente, que verá seus esforços serem interrompidos ainda na fase inicial do processo.

O médico do trabalho deve, nesse momento, escolher uma de duas opções: assumir e continuar com o processo de aconselhamento em consultas subsequentes ou encaminhar o paciente para centros especializados no assunto, onde o aconselhamento pode seguir de forma individualizada ou em grupos de apoio.

Vale ressaltar a importância de identificar e utilizar os recursos vinculados aos benefícios que a empresa oferece ao funcionário, como plano de saúde, convênios com farmácias e programas de qualidade de vida (incentivo à atividade física, controle do estresse e redução alimentar, por exemplo). Tais recursos podem servir como apoio para as fases de ação e manutenção no processo de parar de fumar. O apoio à distância – telefonemas, correspondência, intranet/internet – representa uma medida, em geral, com baixo custo, maior possibilidade de alcance e acompanhamento dos pacientes, de modo a criar e manter a percepção de “estar sendo cuidado”.

Estabelecer um trabalho em equipe, especialmente com a enfermeira ou auxiliar de enfermagem do trabalho, auxilia na divisão de tarefas e amplia o repertório de ações para evitar recaídas^{15,16}. Ao aproveitar o espaço de atividades educativas ou de consulta de Enfermagem para sistematizar o PANPA (que se torna um

denominador comum dentro da equipe de Saúde), o médico pode favorecer a incorporação destes conceitos no processo de trabalho em prol da cessação do tabagismo dos funcionários.

Caso o médico do trabalho não se veja com condições de realizar esse tipo de acompanhamento e não haja programas do tipo na empresa, deve-se sempre saber como e para qual serviço referenciar o paciente. É cada vez maior o número de serviços capacitados oferecidos na comunidade (por exemplo, universidades, hospitais-escolas, grupos de fumantes), em organizações públicas e privadas de saúde, entre outros.

Em qualquer das situações, devem ser abordados os três tipos de dependência que podem coexistir na maioria dos fumantes:

1. dependência química: causada pela nicotina. Responsável pela síndrome de abstinência na fase inicial de parada do cigarro;
2. dependência psicológica: que está associada a reconhecer o cigarro como uma recompensa após uma dificuldade, um apoio para resolver problemas, enfrentar o estresse, ou uma comemoração após conquistas. Responsável pela fissura ou *craving* (cuja duração varia em torno de cinco a dez minutos);
3. dependência comportamental ou “do hábito”: representada por comportamentos condicionados, que levam a automaticamente acender um cigarro após determinados “gatilhos” (por exemplo, após beber uma xícara de café, após uma dose de bebida alcoólica ou ao entrar no carro).

Desse modo, para abandonar o hábito de fumar, o tabagista deve não apenas lidar com sua dependência química, mas também passar por todo um processo de mudança de hábitos e comportamentos e, para isso, a continuidade do método PANPA vem se mostrando bastante eficaz^{2,11}.

O médico do trabalho promotor de saúde e o paciente devem concordar sobre quais hábitos devem ser modificados (NEGOCIE) para, então, decidirem a melhor forma de lidar com cada um deles (PREPARE). Nessa etapa, recomenda-se a utilização de estratégias como:

- identificação dos “gatilhos”: situações rotineiras (a serem quebradas) que, ao longo dos anos, foram

condicionadas a se acompanharem do cigarro. Se o paciente começa a evitar essas situações, fica mais fácil diminuir o número de cigarros a cada dia. Exemplos de “gatilhos”: beber café, consumir bebida alcoólica, frequentar determinados lugares, sentar-se no sofá para assistir televisão etc. Sendo assim, no processo de mudança comportamental, o cafezinho pode ser substituído por outra bebida, como chá de ervas de sabor proeminente e a bebida alcoólica por sucos de frutas ou sorvete em palito. Mesmo a posição dos móveis pode ser mudada para diminuir a associação do hábito de ver TV com fumar;

- procurar outras formas de se distrair e relaxar, em substituição ao cigarro. Essa estratégia é importante, principalmente, nos momentos de fissura. Esses momentos são representados por um desejo acentuado de fumar, duram cerca de cinco a dez minutos e costumam vir após um gatilho ou em situações psicologicamente estressantes (tristeza, alegria, dificuldades etc). Cada paciente deve encontrar sua forma de combater esse momento, no qual o cigarro deve ser substituído por uma atividade que lhe pareça agradável. Exemplos: leitura; caminhada; palavras-cruzadas; consumo de alimentos não-calóricos, como cenoura, maçã, pepino, que podem ser fatiados ou cortados em “forma de palito” e deixados à mão; deixar bastões de canela da China ou cravo da Índia na boca, por longo tempo; beber água gelada ou sugar pedras de gelo;
- as estratégias básicas para enfrentamento da fissura são: EVITAR situações sabidamente associadas à vontade de fumar; ADIAR a vontade de acender o cigarro até que ela passe espontaneamente; DISTRAIR-se com alguma outra atividade não relacionada a cigarro; e ESCAPAR de lugares ou situações que estimulem o tabagismo;
- adoção de outros hábitos saudáveis, a saber: alimentação adequada, maior ingestão hídrica e prática de atividades físicas, meditativas e ou de relaxamento;
- em cada contato, o tabagista deve ser orientado a alcançar uma meta de diminuição do número de cigarros, até o momento em que será marcada a data para a cessação completa (o dia D). Se possível, marcar uma data com significado especial para

o paciente, como, por exemplo, o aniversário de uma pessoa querida.

Quanto maior o contato do paciente com o médico do trabalho ou sua equipe de ambulatório, e com outras formas de motivação (leitura de informativos específicos, cartazes de apoio no local de trabalho), maiores são as chances de sucesso¹³. Algumas pessoas, em especial aquelas com elevada dependência química da nicotina, podem se beneficiar do uso de medicamentos^{1,11}:

- reposição de nicotina (NiQuitin™, Nicorette®): principalmente através do adesivo transdérmico (*patch*), mas também por gomas de mascar ou pastilhas, que ajudam a controlar os sintomas da abstinência. O tempo de uso e a dose do adesivo (7 mg, 14 mg e 21 mg) devem variar de acordo com o consumo diário de cigarros e a história tabágica. É contraindicado fumar durante o uso do adesivo, pois pode levar a picos de nicotina sérica com consequentes eventos cardiovasculares;
- bupropiona (Zyban®, Bup): inibidor da recaptção da serotonina. Ajuda a controlar a ansiedade e os sintomas da abstinência. É contraindicada em hipertensos e em pessoas com história de crises convulsivas ou transtornos bipolares;
- vareniclina (Champix®): é um agonista parcial do receptor *a4B2* nicotínico. Aparenta ter uma eficácia maior com menos efeitos colaterais, em relação à bupropiona. Seu uso só está liberado para pessoas sem comorbidades e é contraindicado para controladores de voo, pilotos de avião e outras profissões com risco ocupacional elevado;
- nortriptilina (Pamelor®, Nortrip): medicação de segunda linha. É um antidepressivo tricíclico utilizado para combater sintomas de ansiedade que podem interferir no processo de parar de fumar.

Quando conseguir parar de fumar, ou seja, quando sair da fase de ação e passar para a fase de manutenção, é essencial que o paciente continue sendo incentivado a continuar com as mudanças (ACOMPANHE), para que sejam diminuídas as chances de recaída. Para isso, retornos ao consultório ou ao grupo de trabalho devem ser marcados a partir da data de abandono¹¹ e, cada vez mais espaçados, até um ano após.

O paciente deve ser informado sobre os possíveis efeitos colaterais da cessação do tabagismo (síndrome de abstinência da nicotina), que são mais intensos nos três primeiros dias, mas que podem durar por mais tempo (em média 20 dias). Considerações importantes para essa fase incluem:

- alertar para o fato de que, caso a pessoa volte a experimentar um cigarro, a dependência à nicotina pode voltar. Por isso, o ex-tabagista deve sempre ser lembrado a evitar colocar um cigarro na boca, desencorajando pensamentos do tipo “agora estou curado e posso fumar um ou outro de vez em quando”;
- as dependências químicas, em geral, são controladas e não-curadas, assim, o ex-tabagista deve ser orientado a nunca se colocar à prova, ou seja, nunca enfrentar o cigarro como se esse fosse um “inimigo definitivamente vencido”;
- evitar situações que facilitem o acesso ao cigarro, como sair para beber ou encontrar pessoas que fumam. Não se deve abandonar familiares ou amigos que fumem, mas estes devem estar sempre alertas sobre a nova condição de ex-fumante do paciente e de como o contato com o cigarro torna mais difícil a manutenção dessa condição. Com o passar do tempo, essas situações serão cada vez mais fáceis de lidar;
- continuar e aperfeiçoar o combate às situações de gatilho.

Caso aconteça uma recaída, o que é muito comum e deve ser encarado como parte do processo de interrupção, o paciente pode retornar a qualquer um dos níveis de motivação descritos e deve ser orientado a continuar com o tratamento, no ritmo adequado a cada um, até a cessação completa do hábito de fumar¹¹.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Esforços no combate ao uso do tabaco devem, idealmente, fazer parte de um programa maior de promoção da saúde da população, que integre esforços individuais, organizacionais, comunitários e governamentais.

Programas de Saúde Ocupacional que insiram esse tipo de abordagem à rotina das consultas dos trabalhadores e ofereçam a seus funcionários a possibilida-

de de realizarem tratamentos adequados terão boas chances de obter índices satisfatórios no controle do tabagismo.

Além dos benefícios na saúde individual e coletiva dos trabalhadores, possíveis vantagens desse tipo de abordagem incluem a diminuição de gastos com saúde pelos funcionários, diminuição do absenteísmo por agravos relacionados ao tabagismo e o consequente aumento de produtividade e melhoria da imagem da empresa junto à sociedade².

REFERÊNCIAS

1. Dantas J. Fumo. In: Dantas J, editor. Trabalho e coração saudáveis. Belo Horizonte: Ergo; 2007. p. 47-58.
2. Gottlieb NH. Tobacco control and cessation. In: O'Donnell MP. Health promotion in the workplace. Nova York: Delmar Thomson Learning; 2002. p. 338-62.
3. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa. Vigitel Brasil 2008: vigilância de fatores de risco e proteção para doenças crônicas por inquérito telefônico. Brasília, DF: Ministério da Saúde; 2009.
4. International Labour Organization. Workplace Smoking. Working Paper: A Review of National and Local Practical and Regulatory Measures. Genebra: ILO; 2004.
5. U.S. Department of Health and Human Services (USDHHS). The health consequences of involuntary smoking. Report of Surgeon General (DHHS Publication No. 87-8398). Washington, DC: US Government Printing Office; 1986.
6. Brasil. Ministério do Trabalho e Emprego. Anuário Estatístico de Acidentes de Trabalho: AEAT. Brasília, DF: MTE/MPS; 2008.
7. Brasil. Ministério da Saúde. DATASUS [internet]. Informações de Saúde [Citado 5 Mar. 2010]. Disponível em: <http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/deftohtm.exe?sim/cnv/obtuf.def>.
8. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Política Nacional de Promoção da Saúde. Brasília, DF: Ministério da Saúde; 2006.
9. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Área Técnica de Saúde do(a) Trabalhador(a). Política Nacional de Saúde do(a) Trabalhador(a). Brasília, DF: Ministério da Saúde; 2004.
10. Brasil. Norma Regulamentadora n.º 7. Programa de Controle Médico de Saúde Ocupacional. Portaria GM n.º 3214, de 08 de junho de 1978. Diário Oficial da União. Brasília, DF.
11. Ferreira Júnior M, coord. Centro de Promoção da Saúde: roteiro de procedimentos básicos. Serviço de Clínica Médica Geral – HCFMUSP. São Paulo; 2008.
12. Prochaska JO, DiClemente CC. Stages and processes of self-change of smoking: Toward an integrative model of change. *J Consult Clin Psychol.* 1983;51(3):390-5.
13. Whitlock EP, Orleans CT, Pender N, Allan J.. Evaluating Primary Care Behavioral Counseling Interventions: An Evidence-based Approach. *Am J Prev Med.* 2002;22(4):267-84.
14. Elford RW, MacMillan HL, Wathen CN with the Canadian Task Force on Preventive Health Care. Counseling For Risky Health Habits: A Conceptual Framework for Primary Care Practitioners. CTFPHC Technical Report #01-07. November, 2001. London, ON: Canadian Task Force.
15. Jordan-Marsh M. Measuring occupational health nurses' counseling on health promotion. *Public Health Nurs.* 1988;5(3):177-85.16.
16. Oyama SMR, Chaves EC. Aconselhamento telefônico para cessação do tabagismo. *Revista Gaúcha de Enfermagem.* 2009;19:513-9.