



UNIVERSIDADE
ESTADUAL DE LONDRINA

DENISE ANDRADE PEREIRA MEIER

**ANÁLISE DO PROGRAMA DE CONTROLE DO TABAGISMO
EM MUNICÍPIO DO NORTE DO PARANÁ**

LONDRINA
2010

DENISE ANDRADE PEREIRA MEIER

**ANÁLISE DO PROGRAMA DE CONTROLE DO TABAGISMO
EM MUNICÍPIO DO NORTE DO PARANÁ**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Gestão de Serviços de Saúde (Mestrado Profissional) da Universidade Estadual de Londrina como requisito parcial à obtenção do título de Mestre.

Orientadora: Prof^a. Dr^a. Marli Terezinha Oliveira Vannuchi

Co-orientadora: Enf^a.Dr^a. Iara Aparecida de Oliveira Secco

Londrina
2010

Catálogo elaborado pela Divisão de Processos Técnicos da Biblioteca Central da
Universidade Estadual de Londrina.

Dados Internacionais de Catalogação-na-Publicação (CIP)

M511a Meier, Denise Andrade Pereira.
Análise do programa de controle do tabagismo em município do norte do Paraná / Denise Andrade Pereira Meier. – Londrina, 2010.
122 f.: il.

Orientador: Marli Terezinha Oliveira Vannuchi.
Co-orientador: Iara Aparecida de Oliveira Secco.
Dissertação (Mestrado em Gestão de Serviços de Saúde) – Universidade Estadual de Londrina, Centro de Ciências da Saúde, Programa de Pós-Graduação em Gestão de Serviços de Saúde, 2010.
Inclui bibliografia.

1. Tabagismo – Teses. 2. Programas contra o fumo – Análise – Teses. 3. Fumo – Vício – Tratamento – Teses. 4. Promoção da saúde – Teses. I. Vannuchi, Marli Terezinha Oliveira. II. Secco, Iara Aparecida de Oliveira. III. Universidade Estadual de Londrina. Centro de Ciências da Saúde. Programa de Pós-Graduação em Ciências da Saúde. IV. Título.

CDU 613.84

DENISE ANDRADE PEREIRA MEIER

**ANÁLISE DO PROGRAMA DE CONTROLE DO TABAGISMO EM
MUNICÍPIO DO NORTE DO PARANÁ**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Gestão de Serviços de Saúde (Mestrado Profissional) da Universidade Estadual de Londrina como requisito parcial à obtenção do título de Mestre.

BANCA EXAMINADORA

Prof^a. Dr^a. Marli Terezinha Oliveira Vannuchi
UEL – Londrina – PR

Prof^a. Dr^a. Ines Gimenes Rodrigues
UEL – Londrina – PR

Prof^a. Dr^a. Maria Helena Dantas de Menezes
Guariente
UEL – Londrina – PR

Londrina, 21 de julho de 2010.

DEDICATÓRIA

A Deus,
pela fidelidade, pelo amor,
pela esperança, pela sabedoria,
toda honra e glória a Ti,
meu Mestre.

AGRADECIMENTOS

A Deus,
por ter guiado meus passos, e pela força em
todos os momentos de minha vida e principalmente
na realização deste trabalho;

À minha mãe Diva,
que me incentivou desde o início a trilhar esta importante
etapa, e tanto se dedicou aos cuidados do meu filho.
Sem ela, com certeza, teria sido impossível;

Ao Marcos,
meu querido esposo, por acreditar que eu fosse
capaz e me ajudar nesta importante escolha;

Ao meu filho Eduardo,
minha inspiração para prosseguir.
A você todo meu amor;

Ao meu pai Ely e à minha irmã Priscilla,
pelo ombro amigo nas fases mais delicadas desta jornada;

À minha orientadora, professora Marli Vannuchi,
pela brilhante contribuição intelectual no desenvolvimento
deste estudo, faltam palavras para que eu possa
expressar toda minha gratidão pelo seu apoio;

À minha co-orientadora, enfermeira Iara Secco,
por me conduzir com sabedoria, paciência, dedicação,
seriedade, enfim, por todo subsídio que me ofereceu e
principalmente, pela motivação quando me faltava fôlego;

À professora Tiemi Matsuo,
por sua colaboração na construção
e análise dos bancos de dados;

À Vilma Feliciano, bibliotecária do CCS,
pelo apoio, pelas orientações e
pela disponibilidade em me ajudar;

A todos os professores do Mestrado
em Gestão de Serviços de Saúde
o meu sincero agradecimento
pela formação de novos conhecimentos;

À Secretaria Municipal de
Saúde Pública de Cambé,
pela liberação da pesquisa e dos dados,
fundamentais para a elaboração do estudo;

Ao médico, Dr. Alessandro Sella,
coordenador do Programa de Controle
do Tabagismo em Cambé,
por ter acolhido a proposta do estudo e
colaborado em todos os momentos da pesquisa;

Aos colegas de Mestrado
pela convivência, pelo crescimento, pelo apoio
e união durante nossa caminhada;

A todos que,
direta ou indiretamente, colaboraram
em algum momento na construção deste estudo.

A gente não se liberta de um hábito
atirando-o pela janela:
é preciso fazê-lo descer a escada,
degrau por degrau.

Mark Twain

MEIER, Denise Andrade Pereira. **Análise do programa de controle do tabagismo em município do norte do Paraná.** 2010. 122p. Dissertação (Mestrado Profissional em Gestão de Serviços de Saúde) - Universidade Estadual de Londrina, Londrina – PR. 2010.

RESUMO

O tabagismo é uma doença epidêmica resultante da dependência nicotínica. No Brasil, esta dependência provoca aproximadamente duzentas mil mortes anualmente, fato que excede o montante de mortes resultantes do alcoolismo, da síndrome de imunodeficiência adquirida (AIDS), acidentes de trânsito, homicídios e suicídios. O presente estudo teve como objetivo analisar o Programa de Controle do Tabagismo desenvolvido pela Secretaria Municipal de Saúde do município de Cambé-PR nos anos de 2007 e 2008. Este programa segue o formato proposto pelo Instituto Nacional do Câncer e estrutura o tratamento em uma consulta de avaliação clínica, seguida de quatro sessões terapêuticas nas quais são disponibilizados medicamentos e terapia cognitivo-comportamental. Trata-se de um estudo transversal, com população constituída por 92 fumantes que participaram do tratamento para cessação do uso do tabaco no período em questão. Os instrumentos utilizados na coleta de dados foram: fichas de atendimento inicial do fumante, relatórios mensais de prestação de contas do programa e entrevistas semi-estruturadas com fumantes que abandonaram o tratamento. Os dados foram tabulados no programa Microsoft Excel 2007 e a análise descritiva foi utilizada para processamento dos mesmos. Os resultados apontaram que dos participantes do programa 57 (62%) eram do sexo feminino e 50 (54,3%) com idade entre 40 e 59 anos. A maioria (55=59,8%) era casada e apresentou baixo nível de escolaridade. Para 79 (85,9%) o tabagismo foi iniciado com idade entre 10 e 20 anos, sendo que ao longo dos anos realizaram diversas tentativas para cessar o uso. Observou-se que 56 (60,9%) associaram o fumo com o trabalho e 77 (83,7%) referiram não ter problemas psiquiátricos. Quanto ao grau de dependência nicotínica, 60 (65,1%) foram classificados nos níveis elevado e muito elevado e 78 (84,8%) encontravam-se no estágio motivacional contemplativo para abandono do tabaco. Os indicadores relacionados ao tratamento do tabagismo mostraram que o percentual de perda de fumantes entre a consulta de avaliação clínica e a primeira sessão terapêutica foi de 31,5% (29). A desistência do programa entre a primeira e a quarta sessão foi de 23,8% (15). O índice de cessação do tabaco na quarta sessão foi de 66,6% (32). Destaca-se que 40 (83,3%) dos participantes que chegaram à quarta sessão, necessitaram de apoio medicamentoso. Daqueles que desistiram do tratamento, desde a consulta de avaliação clínica até a quarta sessão terapêutica, identificou-se que para 33 (97%) a desistência relacionou-se ao local em que o programa era desenvolvido; para 2 (5,8%) ao dia da semana em que as reuniões estavam sendo realizadas; para 8 (23,5%) ao horário; para 8 (23,5%) à incompatibilidade com os profissionais que prestaram assistência e para 9 (26,4%), a desistência se deu pelo tipo de terapia prescrita. O Programa de Controle do Tabagismo nesta população apresentou indicadores com melhores resultados que os esperados pelo Ministério da Saúde. Conhecer o perfil dos tabagistas e os indicadores relacionados ao programa trata-se de ponto fundamental para o planejamento de ações de saúde na área, com vistas à implementação de intervenções que garantam o sucesso na cessação do uso do tabaco e, conseqüentemente, na promoção da saúde desses indivíduos.

Palavras-Chave: Tabagismo. Programa nacional de controle do tabagismo. Prevenção & controle.

MEIER, Denise Andrade Pereira. **Analysis of the tobacco control program of a municipality in northern Paraná**. 2010. 122p. Thesis (Professional Master in Health Services Management) - Universidade Estadual de Londrina, Londrina-PR. 2010.

ABSTRACT

Smoking is an epidemic disease resulting from nicotine dependence. In Brazil, this dependence causes about two hundred thousand deaths annually, a fact which exceeds the amount of deaths resulting from alcohol abuse, acquired immunodeficiency syndrome (AIDS), traffic accidents, homicides and suicides. This study aims to analyze the Tobacco Control Program developed by the Municipal Health Service in Cambé-PR, Brazil, in the years 2007 and 2008. This program follows the format proposed by the National Cancer Institute whose treatment consists of an outpatient clinical assessment, followed by four sessions with medicines and cognitive-behavioral therapy. This is a cross-sectional study grounded in data from a population of 92 smokers who participated in treatment for cessation of tobacco use in the period in question. The instruments used in data collection were: registration forms of the smokers, the monthly accounting records of the program and semi-structured interviews with smokers who gave up on the treatment. Data were tabulated in Microsoft Excel 2007 and processed under descriptive analysis. The results showed that among program participants 57 (62%) were female and 50 (54.3%) aged predominantly between 40 and 59 years. Most (55=59.8%) were married and had low educational level. For 79 (85.9%) the tobacco use started between the ages of 10 and 20 years, and over the years made several attempts to stop it. It was observed that 56 (60.9%) were associated with working smoke and 77 (83.7%) said they had psychiatric problems. The degree of nicotine dependence, 60 (65.1%) were classified as high to very high levels and 78 (84.8%) were in the contemplative stage motivational for smoking cessation. The indicators related to treatment of smoking showed that the loss percentage of smokers among the outpatient clinical evaluation and first therapy session was 31.5% (29). The abandonment program percentage between the first and fourth session was 23.8% (15). The rate of tobacco cessation in the fourth session was 66.6% (32). It is noteworthy that 40 (83.3%) of participants who reached the fourth session, needed medical assistance. Of those who gave up treatment, from outpatient clinical evaluation until the fourth therapy session, it was found that for 33 (97%) the withdrawal was related to the location where the program was developed; for two (5.8%) to the date of meetings were being held; for 8 (23.5%) to time; for 8 (23.5%) with the professionals who provided assistance and for 9 (26.4%), the withdrawal was made by the type of therapy prescribed. The Tobacco Control Program in this population showed rates higher than expected by the Ministry of Health Knowing the profile of smokers and indicators related to the program it is a key issue for planning health actions in the area, with a view to implementation of interventions to ensure success in cessation of tobacco use and, consequently, promote the health of these individuals.

Keywords: Smoking. National tobacco control program. Prevention & control.

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

AIDS	Síndrome da Imunodeficiência Adquirida
CAPS	Centro de Apoio Psicossocial
CEBRID	Centro Brasileiro de Informações sobre Drogas
CID-10	Décima Revisão da Classificação Internacional de Doenças
CQCT	Convenção-Quadro para Controle do Tabaco
DPOC	Doença Pulmonar Obstrutiva Crônica
DST	Doenças Sexualmente Transmissíveis
ESF	Estratégia Saúde da Família
FA	Percentual de fumantes que abandonaram o tratamento para deixar de fumar entre a primeira e a quarta sessão estruturada
FM	Percentual de fumantes que necessitaram de apoio medicamentoso
FSF	Percentual de fumantes que estavam sem fumar na quarta sessão estruturada
GM	Gabinete Ministerial
IBGE	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
INCA	Instituto Nacional do Câncer
ITC	Projeto Internacional das Políticas de Controle do Tabaco
MS	Ministério da Saúde
NASF	Núcleo de Apoio à Saúde da Família
OMS	Organização Mundial da Saúde
PCT	Programa de Controle do Tabagismo
PF	Percentual de perda de fumantes entre a consulta de avaliação clínica e a primeira sessão estruturada
PNAD	Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílio
PNCT	Programa Nacional de Controle do Tabagismo
SAS	Secretaria de Assistência à Saúde
SUS	Sistema Único de Saúde
USF	Unidade de Saúde da Família

SUMÁRIO

APRESENTAÇÃO	13
1 INTRODUÇÃO	14
2 OBJETIVOS	29
2.1 OBJETIVO GERAL	30
2.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS	30
3 METODOLOGIA	31
3.1 DELINEAMENTO DO ESTUDO	32
3.2 LOCAL DO ESTUDO	32
3.3 POPULAÇÃO DE ESTUDO	33
3.4 ORGANIZAÇÃO E FLUXO DE ATENDIMENTO DOS FUMANTES	34
3.5 OPERACIONALIZAÇÃO DO ESTUDO	36
3.5.1 Instrumento e Coleta de Dados	36
3.5.2 Variáveis do Estudo e Categorização	37
3.6 ANÁLISE DOS DADOS	42
3.7 ASPECTOS ÉTICOS	43
4 ARTIGOS	44
4.1 ANÁLISE DE INDICADORES DE PROGRAMAS DE CONTROLE DO TABAGISMO EM MUNICÍPIO DO NORTE DO PARANÁ	45
4.2 ABANDONO DO TRATAMENTO DO TABAGISMO EM PROGRAMA DE MUNICÍPIO DO NORTE DO PARANÁ.....	45
ARTIGO 1	46
ARTIGO 2	67
5 CONSIDERAÇÕES FINAIS	92

REFERÊNCIAS	97
APÊNDICES	103
APÊNDICE A – Formulário de Pesquisa	104
APÊNDICE B – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido	105
APÊNDICE C – Termo de Compromisso da Pesquisadora.....	106
ANEXOS	107
ANEXO A – Ficha de Atendimento Inicial do Fumante	108
ANEXO B – Autorização da Secretaria Municipal de Saúde de Cambé	112
ANEXO C – Parecer do Comitê de Ética	113
ANEXO D – Normas de Publicação de Trabalhos da Revista Epidemiologia e Serviços de Saúde	114
ANEXO E – Normas e Publicação de Trabalhos da Revista Espaço para a saúde	118

APRESENTAÇÃO

Esta dissertação está sendo apresentada ao Programa de Pós-Graduação *Stricto Sensu* em Gestão de Serviços de Saúde – Mestrado Profissional – do Centro de Ciências da Saúde, Departamento de Saúde Coletiva da Universidade Estadual de Londrina, como requisito parcial para título de Mestre.

O Mestrado Profissional em Gestão de Serviços de Saúde tem por objetivo a formação de pessoal qualificado para o exercício das atividades de ensino, pesquisa, gestão e desenvolvimento da Saúde Coletiva. O Programa permite que a dissertação possa ser desenvolvida em dois formatos: formato tradicional e formato de artigo.

Optou-se pelo formato de artigo e a dissertação foi subdividida em três partes.

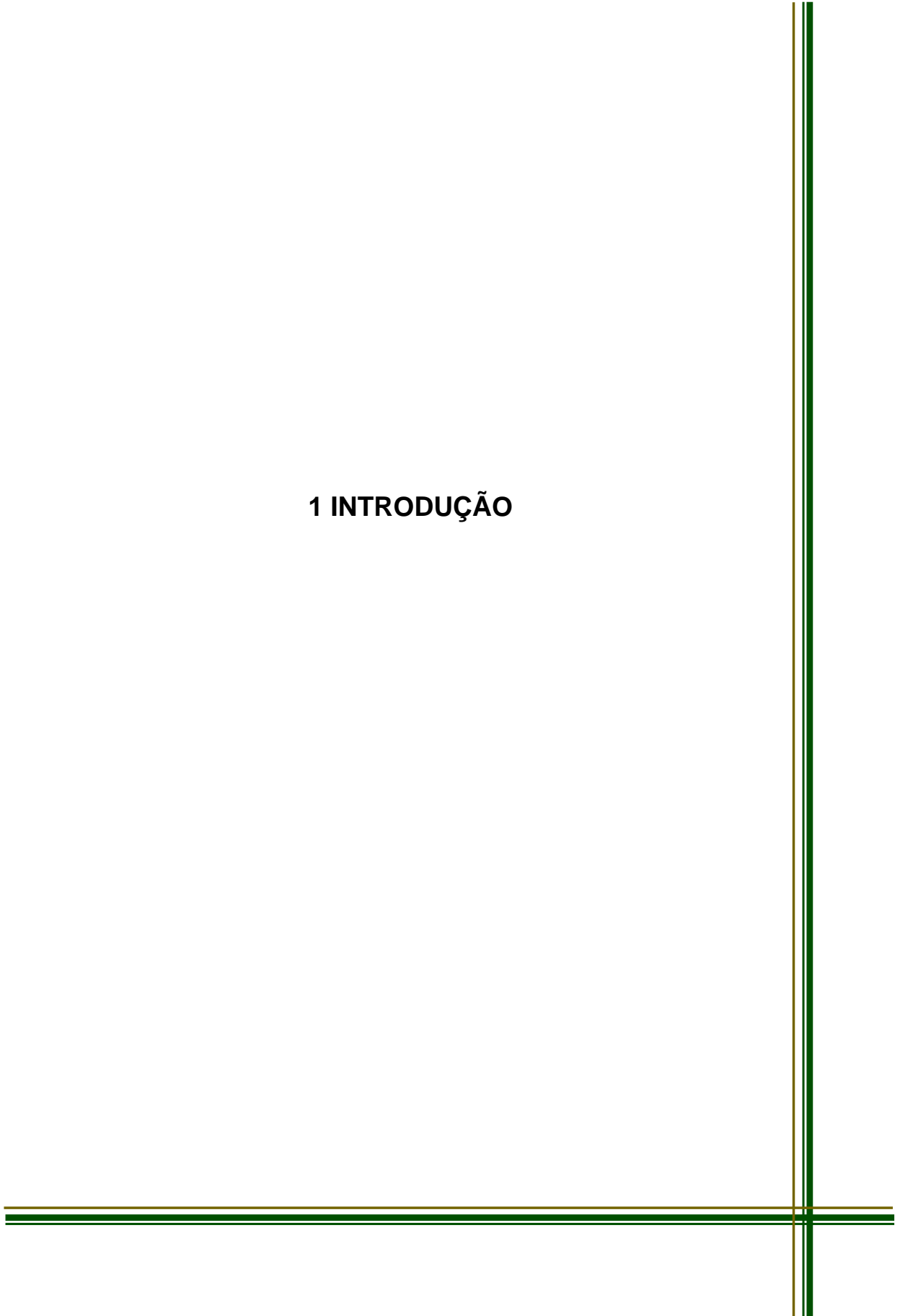
A **PRIMEIRA PARTE** foi elaborada no formato tradicional contando com a introdução, na qual o tema está apresentado, com a caracterização do assunto, apresentação dos dados epidemiológicos, da fisiopatologia do tabagismo, sobre a dependência nicotínica, seu tratamento, o Programa Nacional de Controle do Tabagismo e por fim a justificativa do estudo. Após, estão apresentados os objetivos e os métodos, onde estão detalhados os passos percorridos.

A **SEGUNDA PARTE** consta da apresentação de dois artigos completos seguido das normas do periódico selecionado para submissão do estudo à publicação, a saber:

- ▶ **ARTIGO 1:** Análise de Indicadores de Programa de Controle do Tabagismo em município do Norte do Paraná.
- ▶ **ARTIGO 2:** Abandono do Tratamento do Tabagismo em Programa de Município do Norte do Paraná.

A **TERCEIRA PARTE** contempla as considerações finais, referências citadas na parte inicial, apêndices e anexos da dissertação.

1 INTRODUÇÃO



O tabagismo constitui-se em uma doença decorrente do uso do tabaco e está relacionado à dependência da nicotina. Desde os anos 90 foi incluído no grupo dos transtornos mentais e de comportamento decorrentes do uso de substância psicoativa, na Décima Revisão de Classificação Internacional de Doenças (ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE, 1997).

É considerada, também, uma doença epidêmica transmissível de origem na publicidade, uma vez que esta veicula o estímulo do hábito de fumar por interesses econômicos. Através de estratégias complexas, muitas vezes desleais, as indústrias procuram criar uma aura de aceitação social para expansão do consumo do tabaco (CAVALCANTE, 2005).

O uso do tabaco foi difundido das Américas para todo o mundo há séculos. Utilizado como erva medicinal, tornou-se um dos piores problemas de saúde pública enfrentados mundialmente. O apelo comercial repercute em sua associação com o prazer, bem-estar e *status* social levando milhões de pessoas, das mais diversas faixas etárias, a render-se ao tabagismo provocado pela nicotina (MUSK; DE KLERK, 2003).

O cultivo do fumo concentra-se em países em desenvolvimento. O Brasil é o segundo maior produtor mundial de tabaco e consolidou sua posição como maior exportador de fumo. Tal posição foi alcançada graças aos baixos custos de produção, aos contratos firmados diretamente com as indústrias e à alta qualidade do fumo brasileiro (BRASIL, 2007b).

As mulheres e os jovens têm sido o público alvo das indústrias tabagísticas e o número de fumantes, nesses grupos, vêm aumentando progressivamente. O gênero feminino, especialmente em classes sócio-econômicas menos privilegiadas, tem sido arrastado ao tabagismo, justificando-se em razão da emancipação feminina e do papel que a mulher vem assumindo na sociedade contemporânea. As altas pressões sofridas pelas mulheres com maiores alterações no humor levam ao aumento da ansiedade e depressão, o que reserva à nicotina uma medida de conforto (ARAÚJO et al., 2004; BORGES; BARBOSA, 2008; PAGANI JUNIOR; SOUSA; PAGANI, 2007).

A iniciação cada vez mais precoce de jovens no tabagismo levou a Organização Mundial da Saúde (OMS) a classificá-lo como doença pediátrica. A iniciação precoce na dependência nesta faixa etária deve-se à facilidade de

experimentação de cigarros entre adolescentes. Além disto, existem as influências sociais, ambientais e genéticas que exercem importante papel em sua iniciação, entretanto, a busca pela cessação por parte dos fumantes é notória (PRECIOSO, 2006; SANTOS et al., 2008; WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2009).

O último inquérito realizado no Brasil pelo Projeto Internacional das Políticas de Controle do Tabaco (ITC) deu a conhecer que 91% dos fumantes arrependem-se da iniciação no tabagismo e também, que o Brasil representa o terceiro país com mais alto nível de arrependimento da iniciação (PROJETO INTERNACIONAL DE AVALIAÇÃO DAS POLÍTICAS DE CONTROLE DO TABACO, 2009).

O tabagismo é líder das causas evitáveis de morte. Estima-se que cinco milhões de pessoas morrem em todo mundo a cada ano em decorrência da exposição ao tabaco. Seu uso causa mais óbitos do que qualquer outro motivo e os sistemas de saúde não estão preparados para financiar a longa e onerosa despesa assistencial que isto acarreta (BRASIL, 2004b; WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2009).

No Brasil, esta dependência provoca aproximadamente duzentas mil mortes anualmente, fato que excede o montante de mortes resultantes da somatória do alcoolismo, da síndrome da imunodeficiência adquirida (AIDS), acidentes de trânsito, homicídios e suicídios (BRASIL, 2004; WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2009).

O uso do tabaco é fator causal de quase 50 doenças diferentes, destacando-se as doenças cardiovasculares, o câncer e as doenças respiratórias obstrutivas crônicas. Ao seu consumo podem ser atribuídas 45% das mortes por doença coronariana (infarto do miocárdio), 85% das mortes por doença pulmonar obstrutiva crônica (enfisema), 25% das mortes por doença cérebro-vascular e 30% das mortes por câncer. É importante enfatizar que 90% dos casos de câncer de pulmão ocorrem em fumantes, revelando a forte correlação desta doença com o tabagismo (BRASIL, 2003).

Os prejuízos do tabaco não afetam apenas os usuários, atingem também os não-fumantes expostos ao fumo passivo. Estes apresentam risco de 20% para homens e 30% para mulheres para câncer de pulmão no convívio com

fumantes e um risco de 30% maior de sofrerem ataque cardíaco ou de morrerem de doenças cardíacas (ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE, 2003).

Tendo em vista a promoção da saúde do fumante passivo e prevenção dos agravos aos quais está exposto, muitos estados brasileiros estão instituindo legislação antitabagismo em locais coletivos e de uso público, acompanhando uma tendência internacional de proibição do tabaco em locais coletivos. Trata-se de medidas que já foram adotadas em cidades como Nova Iorque, Buenos Aires, Paris, com o respaldo da OMS para sua efetivação (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2009).

No Brasil, os estados pioneiros na nova legislação são: São Paulo, Paraná, Rio de Janeiro e Rio Grande do Sul. A lei paranaense número 16.239 de 29 de setembro de 2009, especificamente, tem em súmula os seguintes dizeres:

Estabelece normas de proteção à saúde e de responsabilidade por dano ao consumidor, nos termos dos incisos V, VIII e XII do artigo 24, da Constituição Federal, para criação de ambientes de uso coletivo livres de produtos fumígenos, conforme especifica e adota outras providências (PARANÁ, Lei n. 16.239 de 29 de setembro de 2009a).

Um estudo recente desenvolvido pelo Banco Mundial para discutir a situação do tabagismo no Brasil apontou que a prevalência da doença no país apresentou redução acentuada entre 1989 e 2006, caindo de 35% (1989) para 16% em 2006 (BRASIL, 2007a; IGLESIAS et al., 2007).

Apesar deste considerável declínio na prevalência, um levantamento domiciliar sobre uso de drogas psicotrópicas no Brasil, desenvolvido pelo Centro Brasileiro de Informações sobre drogas (CEBRID), revelou aumento no percentual de brasileiros dependentes do tabaco entre os anos de 2001 e 2005, sendo que em 2001 o percentual de dependentes foi de 9,0% elevando-se para 10,1% em 2005 (CEBRID, 2006).

Existem ainda outros aspectos preocupantes sobre os fumantes brasileiros, uma vez que em média, estes fumam 15,4 cigarros por dia; a maioria refere ser dependente do cigarro (91%), com 52% sendo muito dependentes (PROJETO INTERNACIONAL DE AVALIAÇÃO DAS POLÍTICAS DE CONTROLE DO TABACO, 2009).

A dependência do tabaco concentra-se cada vez mais nos grupos de baixa renda e menor escolaridade. O tabagismo compromete significativas parcelas da renda familiar por reduzir o acesso do trabalhador e de sua família a muitos itens de necessidade básica. Nesse sentido, acredita-se que o aumento do valor do cigarro e seus derivados seja uma medida essencial para desestimular seu consumo nas classes sociais menos privilegiadas (BRASIL, 2004a).

Contudo, o fato do baixo custo da mão de obra em países menos desenvolvidos provoca redução dos custos de produção e contribui para os baixos preços dos produtos derivados do tabaco, importante estratégia para expansão do tabagismo entre populações de baixa renda (BRASIL, 2007b).

Tendo em vista a problemática do tabagismo e suas diversas interfaces, quer na saúde, na justiça, na economia, no trabalho, na educação, entre outros, em Genebra no ano de 1999, durante a Assembléia Mundial da Saúde, 192 países propuseram a negociação do tratado internacional para respaldo e suporte dos gestores em instituir ações dirigidas à prevenção e controle do tabagismo (BRASIL, 2004a).

Este tratado, denominado Convenção-Quadro para Controle do Tabaco (CQCT) apresenta como principal meta proteger a população mundial das devastadoras consequências do consumo do tabaco e foi ancorado em ações de informação, regulamentação e aumento da tributação sobre o cigarro. O Brasil foi o segundo país a assinar este importante tratado em 2003 e a ratificação do mesmo ocorreu em 2005 (BRASIL, 2004a).

Na tentativa de controlar a expansão do tabagismo, a OMS implantou em 2008 um plano de medidas denominado *mpower*. As ações envolvidas neste plano derivam das iniciais de seu nome e estão relacionadas a: *m-monitor* – vigiar o consumo do tabaco; *p-protect* – proteger a população do fumo do tabaco; *o-offer* – oferecer ajuda para o abandono do tabaco; *w-warn* – advertir sobre os perigos do tabaco; *e-enforce* – fazer cumprir as proibições sobre publicidade, promoções e patrocínios e, *r-raise* – aumentar os impostos sobre o tabaco (ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD, 2008).

Embora muitos países já implementem as medidas *mpower*, ainda há um trabalho considerável a desenvolver, pois, apenas 10% da população mundial está coberta por alguma das medidas propostas por este referido plano. Das

grandes metrópoles mundiais, somente 22 implantaram legislação para ambientes livres do tabaco após a proposta do plano. A OMS destacou as cidades do Rio de Janeiro, São Paulo e Salvador como as três últimas a adotarem medidas legislativas para o controle do tabaco após a publicação do documento, havendo, contudo a necessidade de implementação de ações efetivas em todo o país com relação à problemática (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2009).

Ainda que o Brasil enfrente grandes desafios com a indústria tabagística, tendo um dos cigarros mais baratos e acessíveis do mundo e um amplo mercado ilegal, a política nacional de controle do tabagismo vem, historicamente, transformando esta realidade com ações voltadas especialmente à educação e regulamentação (IGLESIAS et al., 2007).

A pesquisa nacional sobre estilo de vida (1998), realizada pelo Ministério da Saúde (MS), mostrou que 78% dos fumantes brasileiros gostariam de deixar de fumar, entretanto, as chances de abandono do tabaco sem suporte de profissionais capacitados é remota, revelando, assim, a potência da dependência nicotínica (BRASIL, 2001).

A respeito da fisiopatologia do tabagismo, a dependência do tabaco por meio do efeito farmacológico da nicotina, age de maneira mais acentuada nos receptores acetilcolinérgicos do tipo nicotínico do sistema nervoso central dos indivíduos. Com a ativação desses receptores, o fumante apresenta melhor desempenho cognitivo, maior controle sobre a excitabilidade e sobre as emoções negativas (FAGERSTRÖM, 2006).

A nicotina desempenha um efeito duplo sobre esses receptores, pois ao passo que os estimula, ela também os bloqueia. Este bloqueio pode ser considerado como uma reação de defesa do organismo aos efeitos nocivos da nicotina. O sistema nervoso central prefere superar este bloqueio no receptor a desempenhar as funções estimulantes. A este processo dá-se o nome de neuroadaptação e é responsável pelo aumento da tolerância da nicotina no organismo (FAGERSTRÖM, 2006).

Na prática verifica-se também a ação da nicotina sobre os sistemas de neurotransmissão dopaminérgico e adrenérgico (FAGERSTRÖM, 2006).

O processo de dependência pode então ser explicado pela neuroadaptação e pela tolerância dos receptores colinérgicos. Um exemplo é o

desenvolvimento do hábito de fumar em um adolescente. Quando ele fuma seu primeiro cigarro, poucas tragadas induzirão a uma intoxicação leve do organismo, provocando sensações de prazer. Após 10 a 20 anos, a mesma pessoa é capaz de inalar de 40 a 50 cigarros por dia para provocar intoxicação e prazer, uma vez que já ocorreu a neuroadaptação nicotínica e os sistemas de bloqueio estão mais desenvolvidos que os sistemas de estimulação, necessitando de doses maiores de nicotina para superá-los (FAGERSTRÖM, 2006).

A sensação de tragar um cigarro é similar à descrita pelos usuários de anfetamina, heroína, cocaína e crack. Uma redução em 50% no consumo da nicotina já é capaz de provocar os primeiros sinais da fissura, ou seja, compulsão para fumar. A síndrome da abstinência apresenta sinais como irritabilidade, raiva, dificuldades de concentração, impaciência, ansiedade, disforia e ganho ponderal (FAGERSTRÖM, 2006; MARQUES et al., 2001).

Vários instrumentos foram desenvolvidos a fim de avaliar o grau de dependência nicotínica e o que se mostrou mais eficaz foi a escala ou teste de Fagerström. Este instrumento é amplamente utilizado desde 1978 e sua intenção inicial era avaliar a necessidade de terapia de reposição nicotínica para fumantes em abstinência. Hoje, tornou-se um norteador para definição do tratamento farmacológico em terapia de reposição nicotínica ou apenas outra medicação (BRASIL, 2001; LUPPI, 2008).

A partir da aplicação de um questionário contendo seis perguntas, o profissional de saúde pode classificar o fumante em cinco níveis de dependência: (0-2 pontos) muito baixo; (3-4 pontos) baixo; (5 pontos) moderado; (6 - 7 pontos) alto e, (8-10 pontos) muito alto (GAYA et al., 2009).

As questões estão relacionadas à frequência, quantidade e necessidade do consumo de tabaco, formuladas assim:

- ▶ Quanto tempo após acordar você fuma seu primeiro cigarro?
- ▶ Você acha difícil fumar em lugares proibidos como igrejas, bibliotecas, etc?
- ▶ Qual cigarro do dia traz mais satisfação?
- ▶ Quantos cigarros você fuma por dia?
- ▶ Você fuma mais frequentemente pela manhã?
- ▶ Você fuma mesmo doente, quando precisa ficar de cama a maior parte do tempo? (BRASIL, 2001, p. 51).

Em um estudo sobre avaliação da dependência nicotínica em um hospital psiquiátrico do Rio de Janeiro constatou-se que os elevados níveis de dependência nicotínica estão associados ao aumento da ingestão de álcool e outras substâncias além disso, a predição de um elevado grau de dependência nicotínica remete a maiores chances de fracasso no tratamento, dada a dificuldade em desvencilhar-se da dependência física e emocional (HAGGSTRÄM et al., 2001; SOARES; GONÇALVES, 2008).

Desde a década de 80, o MS evoluiu com a criação de leis, portarias, decretos e resoluções para conter a expansão desta epidemia no país. É possível citar alguns exemplos de inovação brasileira nesta área como:

- ▶ a proibição de anúncios enganosos de “light” ou “suave” nos maços de cigarro;
- ▶ as interdições relativas à propaganda e ao consumo do tabaco no sistema de transporte público;
- ▶ o controle das dosagens de alcatrão, nicotina e monóxido de carbono;
- ▶ a divulgação de imagens contundentes nas embalagens dos produtos e campanhas de informação e conscientização (IGLESIAS et al., 2007).

O cumprimento dessas ações reforça a luta pela qualidade de vida e saúde no Brasil, entretanto, não existem ações voltadas para o aumento das tributações para comercialização do produto no país.

Graças às proposições da CQCT, algumas políticas foram formuladas para fortalecer o Programa Nacional de Controle do Tabagismo (PNCT), que está em vigor há mais de duas décadas, através do Instituto Nacional do Câncer (INCA).

As diretrizes do PNCT de acordo com o MS (BRASIL, 2004b, p.23) são:

- ▶ [...] Criação de um contexto social e político favorável à redução do consumo de tabaco;
- ▶ Equidade, integralidade e intersectorialidade nas ações;
- ▶ Construção de parcerias para enfrentamento das resistências ao controle do tabagismo;
- ▶ Redução da aceitação social do tabagismo;
- ▶ Redução dos estímulos para a iniciação;

- ▶ Redução do acesso aos produtos derivados do tabaco;
- ▶ Proteção contra os riscos do tabagismo passivo;
- ▶ Redução das barreiras sociais que dificultam a cessação de fumar;
- ▶ Aumento do acesso físico e econômico ao tratamento para cessação de fumar;
- ▶ Controle e monitoramento dos produtos de tabaco comercializados no país, desde seus conteúdos e emissões até as estratégias de marketing e promoção dos mesmos;
- ▶ Monitoramento e vigilância das tendências de consumo e dos seus efeitos sobre saúde, economia e meio ambiente [...].

Para alcançar as diretrizes citadas anteriormente, o PNCT formulou três estratégias: descentralização das ações por meio das secretarias estaduais e municipais de saúde, segundo a lógica do Sistema Único de Saúde (SUS), intersetorialidade das ações pela Comissão Nacional para implementar a Convenção Quadro para Controle do Tabaco e construção de parceria com a sociedade civil organizada (BRASIL, 2004a).

A partir da compreensão dos malefícios do cigarro e com o surgimento de novas drogas, as chances de sucesso na cessação do tabaco aumentaram significativamente. Os benefícios da cessação são inúmeros e estão associados com a promoção na redução da taxa de mortalidade antes dos 35 anos e em menor escala na faixa etária acima de 65 anos, representando uma intervenção custo-efetiva (HAGGSTRÄM et al., 2001; ROSEMBERG; ROSEMBERG; MORAES, 2003).

Após dois minutos de cessação, a pressão arterial e a pulsação voltam ao normal. Em três semanas, há significativa melhora da respiração e circulação. Em um ano, o risco de infarto reduz à metade e após cinco a dez anos, será igual ao das pessoas que nunca fumaram. Após vinte anos, o risco de contrair câncer de pulmão será igual ao das pessoas que nunca fumaram (BRASIL, 2001).

Entretanto, interromper o tabagismo não é uma questão tão simples. A abordagem do fumante requer a integração de diversas medidas para atender à complexidade da doença. A maioria dos fumantes realiza diversas tentativas de cessação antes de abster-se do fumo efetivamente; em média, são necessárias cinco a sete tentativas para que se possa atingir tal objetivo (ACHUTTI, 2001; PRESMAN, 2006; PRESMAN; CARNEIRO; GIGLIOTTI, 2005).

A motivação individual é o fator mais decisivo neste processo, entretanto, outros fatores têm grande influência sobre o fumante, como o apoio de pessoas queridas, a proibição do cigarro no trabalho, no meio social do fumante, senso estético olfativo, valorização da vida, preocupações com a saúde e conhecimento das consequências do cigarro (ECHER; MENNA; MOTTA, 2007).

A medida do grau de motivação é essencial para estimular o paciente a uma tomada de decisão. O método utilizado para avaliação da motivação do fumante em abandonar o tabagismo foi criado por Prochaska e DiClemente, em 1982. Estes psicólogos propõem um modelo transteórico para análise do comportamento aditivo perante o fumo, o uso de drogas, álcool, comportamento de risco para doenças sexualmente transmissíveis (DST), AIDS, dietas, etc. (MELO; OLIVEIRA; FERREIRA, 2006).

Acredita-se que a cessação do tabagismo é um processo formado por etapas e não um evento específico, sendo assim, tal processo pode levar a uma mudança significativa de comportamento. São descritos cinco estágios motivacionais pelos quais um indivíduo transita – Pré-contemplativo, Contemplativo, Preparação para ação, Ação e Manutenção (MELO; OLIVEIRA; FERREIRA, 2006).

No PNCT os fumantes no estágio da pré-contemplação são considerados aqueles que não desejam interromper o tabagismo; na contemplação, os fumantes pensam em parar algum dia, mas não têm data para este evento; a preparação para ação é a fase na qual os fumantes começam a vislumbrar a cessação, mas não têm data definida para este acontecimento; na ação o tabagista encontra-se pronto para cessar o uso do tabaco em quatro semanas; a manutenção é o estágio de apoio para fumantes que obtiveram sucesso na cessação (BRASIL, 2001).

As políticas de saúde voltadas à cessação do tabagismo foram consolidadas a partir do Plano de Implantação da Abordagem e Tratamento do Tabagismo na rede SUS nas portarias GM/MS 1.035/04 e portaria SAS/MS 442/04, o qual amplia o acesso do tabagista à rede e oferece planos terapêuticos para obtenção de sucesso no abandono do fumo através de abordagem cognitivo-comportamental e tratamento farmacológico (BRASIL, 2004b).

A capacitação dos profissionais da rede de atenção básica foi fundamental no processo de descentralização do PNCT. Nestas capacitações, foram

disseminados conhecimentos sobre os métodos de abordagem do fumante, as formas de tratamento disponíveis, habilidades para motivação dos fumantes no processo de cessação, avaliação do grau de dependência nicotínica, verificação do estágio motivacional para abandono do uso do tabaco, entre outros (BRASIL, 2001).

A abordagem do fumante pela equipe de saúde aumenta as chances de cessação. Quanto maior for o tempo dedicado em cada abordagem, maior será a taxa de cessação. Quando comparadas com situações em que nenhum aconselhamento é dado, a abordagem mínima (com tempo inferior a três minutos) aumenta a taxa de cessação em 30%. A abordagem de três a dez minutos aumenta em 60% e a abordagem de maior intensidade, acima de dez minutos de duração, aumenta em mais de 100% (FIORE et al., 2000).

A abordagem mínima proposta pelo PNCT consiste em perguntar e avaliar o fumante sobre o hábito de fumar para avaliação da dependência nicotínica e da motivação, aconselhar a interrupção do uso do tabaco e preparar para a cessação, com estabelecimento de data, prescrição do tratamento, encaminhamento para terapia cognitivo-comportamental, etc. Esta abordagem tem duração média de três minutos, durante o contato com o paciente (BRASIL, 2001).

Contudo, a abordagem básica é mais recomendada, tem duração de três a cinco minutos e além dos passos descritos na avaliação mínima, ela contempla a ação de acompanhamento do fumante na fase crítica da abstinência (BRASIL, 2001).

A pesquisa nacional por amostra de domicílio (PNAD) apontou que 57,1% dos fumantes brasileiros haviam sido advertidos a parar de fumar nos últimos doze meses. Apesar das evidências sobre o custo e a eficácia do tratamento do tabagismo, os profissionais de países de baixa e média renda não costumam sequer realizar mínimas intervenções para cessação do tabagismo (IBGE, 2009b; ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE, 2003).

A abordagem cognitivo-comportamental auxilia o fumante na identificação de situações que levam à recaída e ensinam técnicas para o enfrentamento dos sintomas da abstinência, colaborando para a modificação do comportamento. Quanto à forma de realização individual ou em grupo, ainda não está definido qual é mais eficaz (PRESMAN; CARNEIRO; GIGLIOTTI, 2005; STEAD; LANCASTER, 2005).

De acordo com Fiore et al. (2000, p. 13):

[...] O aconselhamento para a cessação do tabagismo pode ser realizado individualmente ou em grupo e deve ser conduzido por profissional treinado. A eficácia dessa abordagem é diretamente proporcional ao tempo de permanência com o paciente, quanto maior o tempo de tratamento, mais eficaz este se mostra [...]

A farmacoterapia deve ser vista como um apoio, em situações bem definidas, para alguns pacientes que desejam parar de fumar. Para tratamento do tabagismo dispõe de medicamentos nicotínicos: terapia de reposição nicotínica e, medicamentos não-nicotínicos. A terapia de reposição nicotínica está disponível no PNCT nas formas de adesivo e goma de mascar. Os medicamentos não-nicotínicos são os antidepressivos bupropiona e nortriptilina e o anti-hipertensivo clonidina (BRASIL, 2001; PAGANI JUNIOR; SOUSA; PAGANI, 2007).

Haggsträm et al. (2001) verificaram um percentual de sucesso significativamente menor nos fumantes que receberam apenas terapia cognitivo-comportamental, e os fumantes que receberam bupropiona associada ou não com terapia de reposição nicotínica apresentaram um mínimo risco para o fracasso. O uso associado de bupropiona com adesivo de nicotina favoreceu a cessação do tabagismo na quarta sessão. Após seis meses de tratamento com terapia cognitivo-comportamental, observou-se taxas de abstinência de 15% a 25% (FIORE et al., 2000; MAY; WEST, 2000; SUTHERLAND, 2003; USSHER; TAYLOR; FAULKNER, 2008).

Para que as ações propostas pelo PNCT atinjam todo o território nacional, foi organizada uma rede de gerenciamento regional do Programa nos estados. Atualmente, os 26 estados brasileiros e o Distrito Federal possuem uma coordenação do PNCT, que por sua vez, descentralizam ações aos municípios (CARVALHO, 2009).

No Paraná, as ações de combate ao fumo iniciaram em meados de 1979 com medidas pontuais de educação e informação sobre os prejuízos advindos do tabagismo. Com os avanços legislativos e tributários sobre o cigarro, o estado consolidou o Programa e conta com grande parte das equipes de saúde capacitadas para atuação no controle do tabaco. Ao estado cabe a coordenação regional do programa, pactuação de ações, alocação de recursos financeiros para

implementação das mesmas, monitoramento e avaliação do impacto do programa no estado e articulação com os municípios para apoio na implantação de novas equipes para o controle do tabagismo (CARVALHO, 2009; PARANÁ, 2009b).

Neste processo de formação de rede organizada e descentralização do PNCT, os municípios devem implantar e coordenar o programa, de acordo com o proposto pelo PNCT, pactuar metas para controle do tabagismo, adotar o processo de avaliação dos resultados, prestar contas ao governo estadual através de relatórios, articular o programa com as unidades de saúde, escolas, ambientes de trabalho e toda comunidade, entre outras.

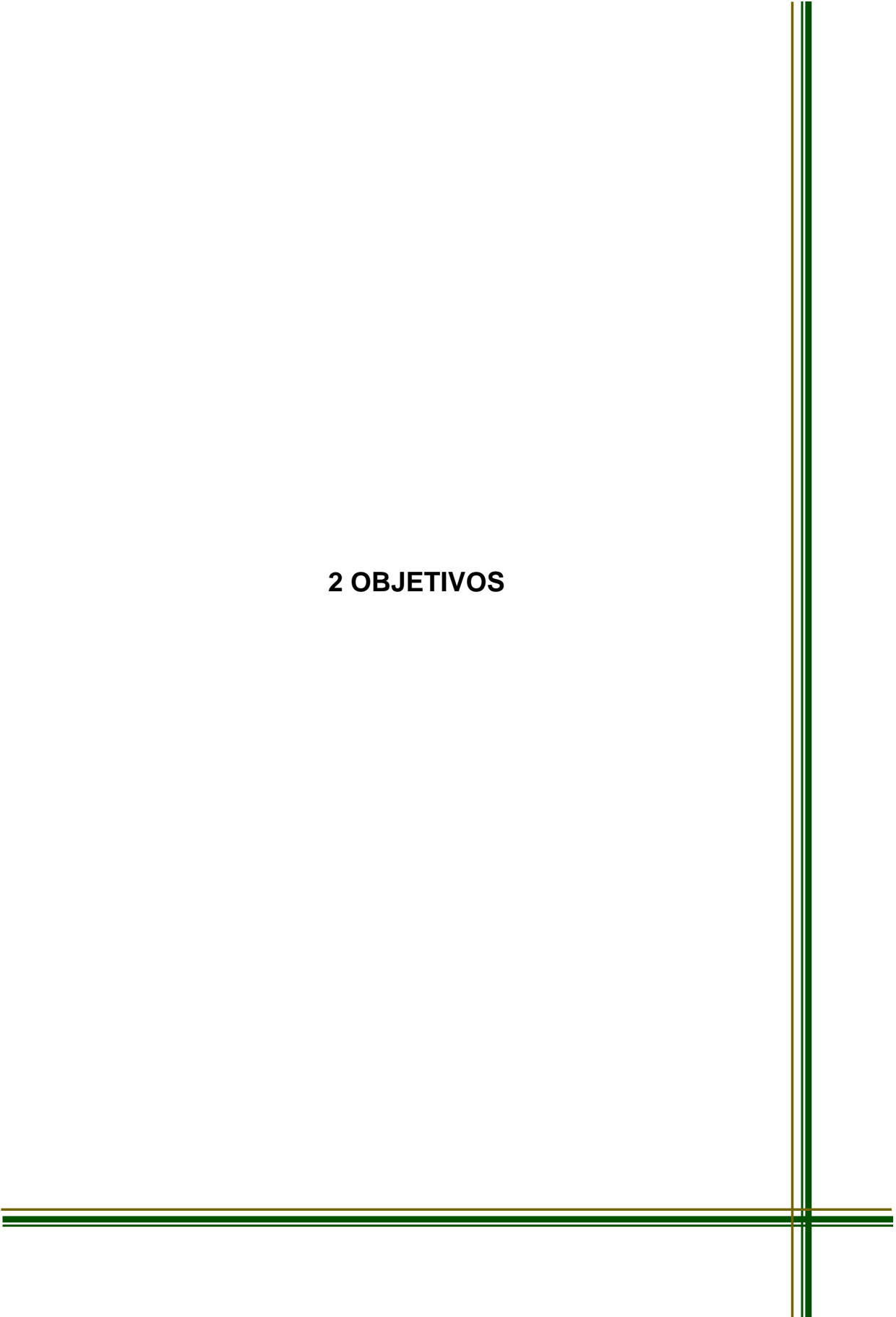
O município de Cambé-PR conta com ações do Programa de Controle do Tabagismo (PCT) voltadas à educação e promoção da saúde através da cessação do tabagismo, de acordo com o PNCT já descrito anteriormente. A adesão à proposta do governo se deu em 2007, após capacitação adequada dos profissionais para o manejo da patologia. Antes, medidas pontuais eram desenvolvidas por alguns profissionais, porém com a implantação do programa com foco para cessação do fumo, todo o município passa a dar suporte aos tabagistas que desejam interromper o uso do tabaco.

Ressalta-se que o PCT, na experiência em Cambé-PR, ficou sob responsabilidade da Secretaria Municipal de Saúde e a abordagem educacional para prevenção da iniciação ao tabagismo ainda é um objetivo não alcançado, assim como o desenvolvimento de legislação local que favoreça o abandono do fumo.

Frente ao exposto, sabe-se que as características sócio-demográficas e relativas ao hábito de fumar podem auxiliar no planejamento de ações mais efetivas de prevenção e promoção da saúde. Os indicadores do programa relacionados ao tratamento conduzem para o diagnóstico e intervenções nos pontos críticos. A respeito do abandono do tratamento, poucos são os estudos que demonstram suas causas, sendo estas informações valiosas para implementações na assistência prestada aos fumantes.

Considerando a relevância do tema para a saúde pública, a urgência no controle desta epidemia e a hipótese positiva sobre as ações do PCT em Cambé-PR, este estudo se justifica.

2 OBJETIVOS



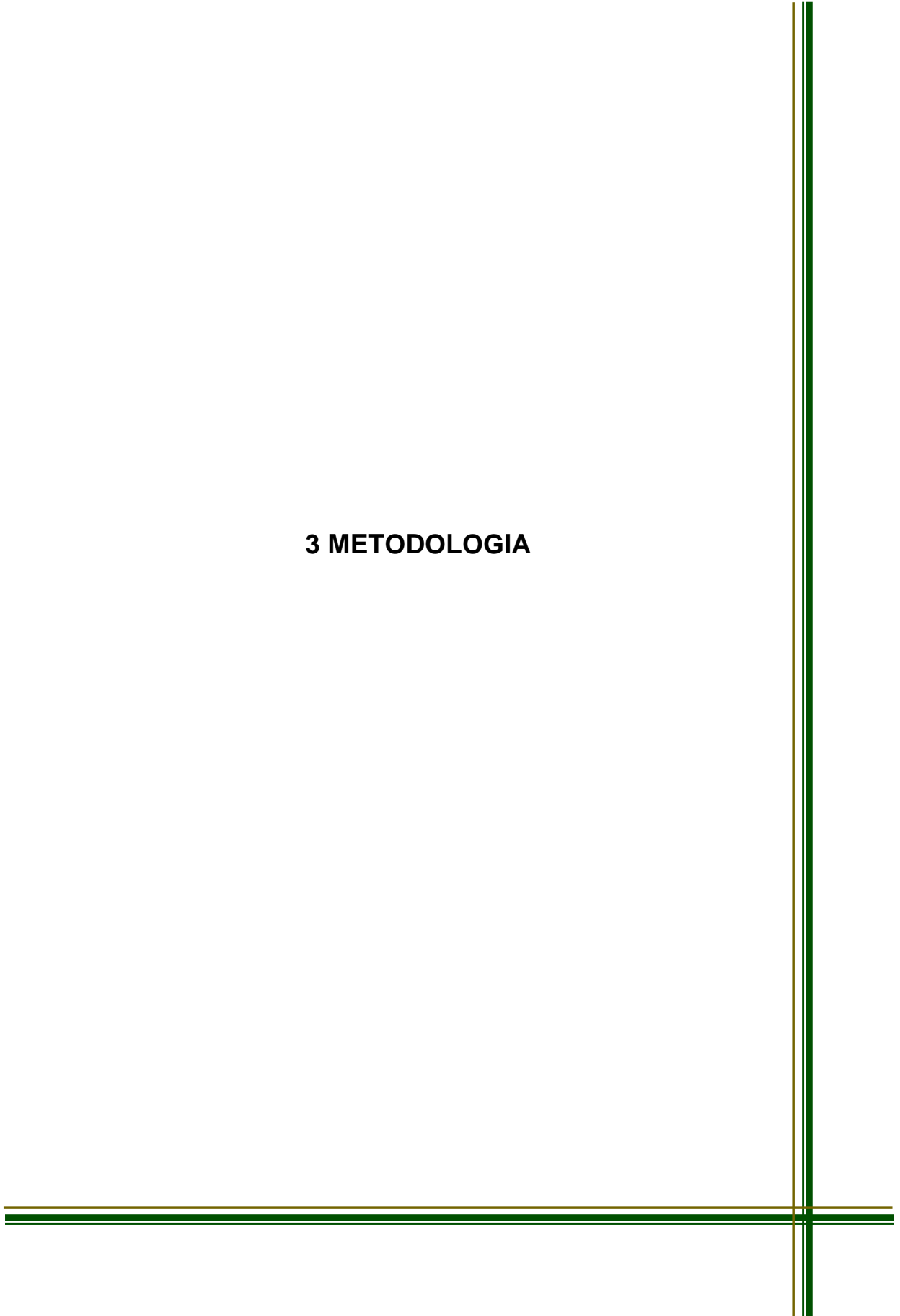
2.1 OBJETIVO GERAL

- ▶ Analisar o Programa de Controle do Tabagismo desenvolvido pela Secretaria Municipal de Saúde do município de Cambé-PR, nos anos de 2007 e 2008.

2.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- ▶ Caracterizar o perfil sócio-demográfico e em relação ao hábito de fumar dos participantes do Programa de Controle do Tabagismo;
- ▶ Identificar os métodos de tratamento utilizados pelos participantes do programa;
- ▶ Investigar as causas de abandono do tratamento;
- ▶ Estimar os indicadores do tratamento do tabagismo.

3 METODOLOGIA



3.1 DELINEAMENTO DO ESTUDO

Trata-se de um estudo descritivo de abordagem quantitativa com delineamento transversal.

Por estudo transversal compreende-se a verificação de fator e efeito no mesmo momento histórico. São investigações que produzem “instantâneos” da real situação de saúde em um dado momento. A maior vantagem dos estudos transversais relaciona-se com a prontidão com que se podem tirar conclusões e com a não existência de um período de seguimento (ROUQUAYROL; ALMEIDA FILHO, 2003).

Estas características tornam os estudos transversais mais rápidos, mais baratos, mais fáceis em termos logísticos e não sensíveis a problemas como as perdas de seguimento e outros, característicos dos estudos longitudinais. Estes estudos são a única maneira de calcular a prevalência das doenças e dos fatores de risco e adequam-se à análise de redes de causalidade (ROUQUAYROL; ALMEIDA FILHO, 2003).

3.2 LOCAL DO ESTUDO

O estudo foi desenvolvido com foco no Programa de Controle do Tabagismo no município de Cambé-PR.

Esta cidade situa-se ao norte do Paraná e foi fundada em 1925 pela Companhia de Terras do Norte do Paraná. Apresenta uma população estimada de 97.329 habitantes e uma área de 495 km de extensão (IBGE, 2009a).

A rede de atenção básica à saúde no município é composta por 12 Unidades de Saúde da Família (USF), totalizando 24 Equipes de Saúde da Família e 18 Equipes de Saúde Bucal. Conta ainda com dois hospitais, sendo um de médio porte e outro de pequeno porte. A cidade de Londrina, a 12Km de Cambé, é referência para alguns serviços de atendimento médico especializado e exames diagnósticos.



3.3 POPULAÇÃO DE ESTUDO

A população de estudo é composta pelo total de participantes do Programa de Controle de Tabagismo do município de Cambé-PR, no período de novembro do ano de 2007 a novembro de 2008, totalizando 92 fumantes.

Tais sujeitos foram oriundos de quatro USF da região Central e uma da zona rural.

3.4 ORGANIZAÇÃO E FLUXO DE ATENDIMENTO AOS FUMANTES

A equipe de apoio do PCT tem caráter multiprofissional sendo composta por um médico clínico-geral e um cirurgião-dentista, vinculados à Estratégia Saúde da Família (ESF), uma enfermeira especialista em saúde mental (vinculada ao Centro de Apoio Psicossocial do município - CAPS) e uma nutricionista.

Todos os profissionais foram devidamente capacitados para atuação no controle do tabagismo de acordo com normas estabelecidas pelo MS. Atualmente foram integrados ao programa outros especialistas do Núcleo de Apoio ao Programa de Saúde da Família (NASF), como a psicóloga, a assistente social, o farmacêutico e o educador físico.

Para iniciar o tratamento, o participante tabagista deve ter seu nome incluído em uma lista de espera disponível na USF. As USF possuem uma lista de espera para pacientes que desejam, espontaneamente ou por indicação de um profissional da saúde, abandonar o uso do tabaco. São convidados 25 participantes para o grupo que se inicia, ou seja, cinco participantes de cada unidade na qual o programa é referência.

Conforme novos grupos vão se formando, os pacientes são convocados da lista de espera para comparecer à sua unidade de saúde de referência para participar de uma reunião de sensibilização e preenchimento da ficha inicial de atendimento ao fumante.

Após este encontro, é agendada a data da primeira sessão terapêutica e entregue o cartão de identificação do programa. As sessões de tratamento são realizadas na sala de reuniões da Secretaria Municipal de Saúde, região central de Cambé. O fluxo que o paciente percorre para iniciar no programa está representado a seguir.

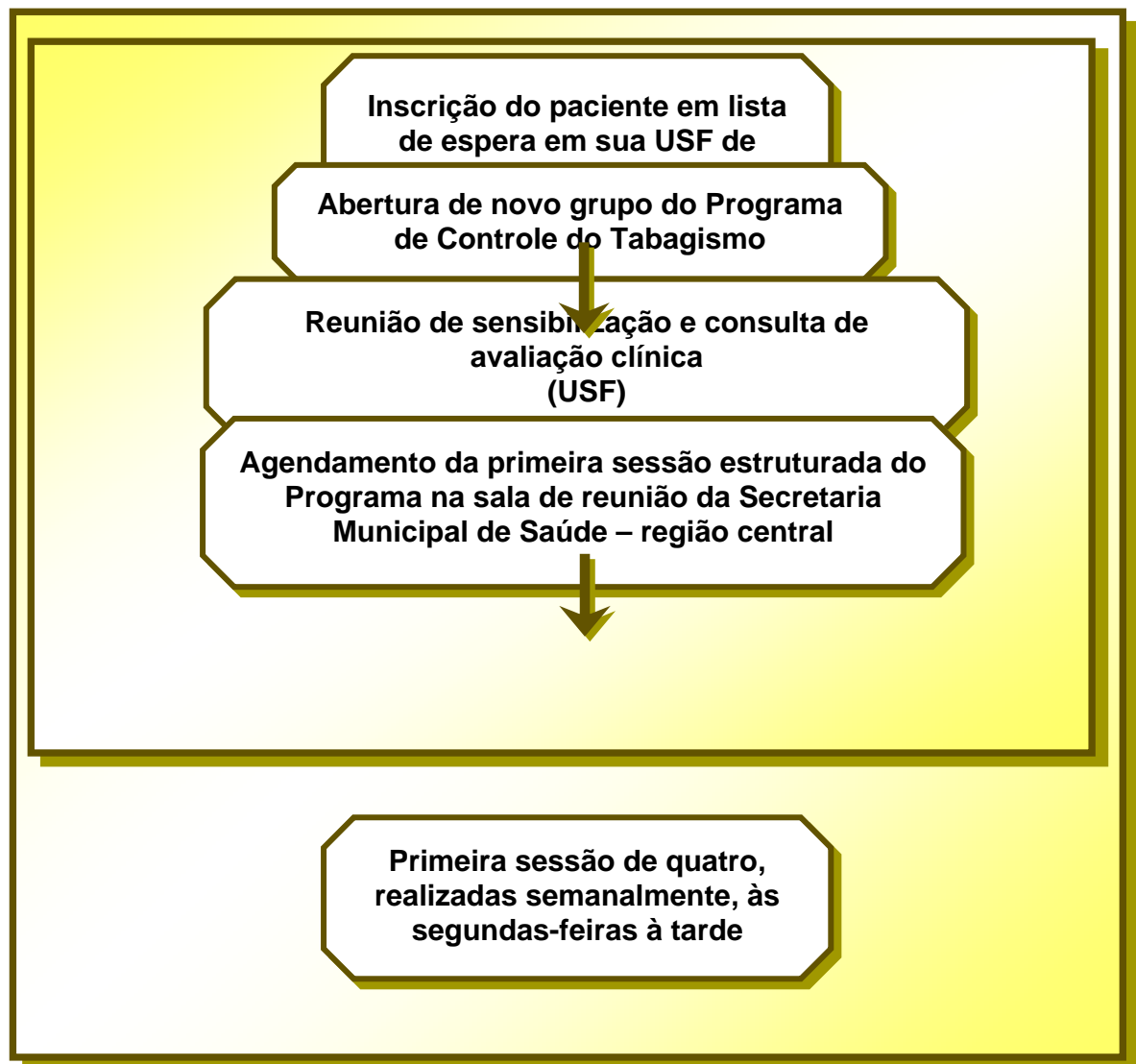


Figura 2 – Fluxo de inserção do fumante no programa de cessação do tabagismo, Cambé-PR, 2007 e 2008.

O formato do programa assemelha-se ao proposto pelo INCA que estabelece um total de quatro encontros com frequência semanal (segundas-feiras à tarde), além da reunião de sensibilização realizada no primeiro contato na USF.

Após essas sessões, caso o paciente não tenha obtido sucesso com o abandono do tabaco, ele poderá continuar a terapêutica nas denominadas sessões de manutenção, que constituem um espaço aberto a todos os que não obtiveram sucesso ou que apresentaram recaídas.

Todo o material educativo (cartilhas e folders) e o tratamento farmacológico (adesivo de nicotina, goma de nicotina e bupropiona) é disponibilizado pelo MS/INCA.

3.5 OPERACIONALIZAÇÃO DO ESTUDO

3.5.1 Instrumento e Coleta de Dados

Para obtenção dos dados foram utilizadas fontes de origem primária e secundária.

As fontes secundárias foram as fichas de atendimento inicial ao fumante (Anexo A) que totalizaram 92 e, os relatórios mensais de prestação de contas do programa (Anexo B), que totalizaram cinco.

A ficha de atendimento inicial do fumante consiste em um instrumento contendo informações sócio-demográficas relacionadas ao tabagismo, ao estado de saúde, avaliação do grau de dependência, motivação e avaliação física do paciente. Este modelo de avaliação inicial, utilizado pelo PCT de Cambé, foi elaborado pela equipe multidisciplinar que adaptou informações extras ao modelo proposto pelo INCA.

O formulário é preenchido pelos profissionais de nível superior da USF de referência do paciente, ou seja, apenas o médico e o enfermeiro capacitados estão habilitados a dar suporte neste primeiro atendimento. Previamente a esta avaliação inicial, o tabagista passa por uma reunião de sensibilização para interrupção do tabagismo, a qual antecede a primeira sessão terapêutica.

Os relatórios mensais de prestação de contas ao governo estadual contêm informações de identificação do paciente, sexo, data de nascimento, escore no teste de Fagerström, data da primeira sessão estruturada, o tipo de tratamento prescrito e a situação do paciente em relação à cessação do tabaco durante as quatro sessões.

As informações primárias sobre as causas de desistência do tratamento foram coletadas junto aos participantes do programa nesta situação, que foram identificados por meio das fichas de atendimento. Para tal abordagem, foi preparado um formulário com perguntas abertas e fechadas, que foi submetido a pré-teste com a participação de profissionais da área da saúde, que após análise e retificações no conteúdo e na forma, resultaram no instrumento final (Apêndice A).

Definido o instrumento, com quatro perguntas fechadas e uma aberta, os fumantes foram contatados e entrevistados. Para desenvolvimento dessa atividade foram capacitadas quatro agentes comunitárias de saúde e a própria autora. As entrevistas foram previamente agendadas e tiveram em média duração de 10 minutos. Para os pacientes não encontrados, foi utilizado como critério para exclusão a visita domiciliar em três dias, em horários diferentes. Foi realizada a checagem de 10% das entrevistas, por telefone, pela pesquisadora.

3.5.2 Variáveis do Estudo e Categorização

Para alcançar o primeiro objetivo específico proposto nesta pesquisa, foram utilizadas as seguintes variáveis extraídas da ficha de atendimento inicial do fumante, que antecede à primeira sessão terapêutica do programa:

Variáveis Sócio-Demográficas:**■ Sexo**

- ▶ Feminino
- ▶ Masculino

■ Faixa Etária

O programa está estruturado para atender pacientes acima de 18 anos. As categorias para análise foram:

- ▶ 18 a 39 anos
- ▶ 40 a 59 anos
- ▶ Acima de 60 anos

■ Estado Civil

- ▶ Casado
- ▶ Solteiro
- ▶ Separado/Divorciado
- ▶ Viúvo

■ Escolaridade

- ▶ Analfabeto
- ▶ 1º Grau Completo – concluiu os estudos até o nível fundamental (até 8ª série)
- ▶ 1º Grau Incompleto – não concluiu os estudos do nível fundamental (até 8ª série)
- ▶ 2º Grau Completo – concluiu o ensino médio (até 3º colegial)
- ▶ Nível Superior Completo
- ▶ A população de estudo não apresentou nenhum participante com 3º grau incompleto.

■ Trabalha Fora de Casa

Sim

Não

■ Origem do Encaminhamento ao Programa de Controle do Tabagismo

- ▶ Procura voluntária
- ▶ Indicação médica ou clínica particular
- ▶ Indicação de um amigo ou colega de trabalho

- ▶ Outra forma de encaminhamento

Variáveis Relativas ao Hábito de Fumar:

■ Idade de Início no Tabagismo

- ▶ <10 anos
- ▶ 10-20 anos
- ▶ 21-30 anos
- ▶ 31-40 anos
- ▶ 41-50 anos

■ Número de Tentativas sem conseguir a Cessação do Tabagismo

- ▶ 1 - 3 vezes
- ▶ Mais de três vezes
- ▶ Nunca tentou

■ Convivência com Fumantes na Residência

- ▶ Sim
- ▶ Não

■ Existência de Associação do fumo Com o Trabalho

- ▶ Sim
- ▶ Não

■ Histórico Familiar de Transtorno Psiquiátrico

- ▶ Sim
- ▶ Não

■ Histórico Pessoal de Transtorno Psiquiátrico

- ▶ Sim
- ▶ Não

■ Avaliação do Grau de Dependência – Teste de Fagerström

A aplicação do teste de Fagerström permitiu a classificação da população do estudo em:

- ▶ 0 a 2 pontos – muito baixo;
- ▶ 3 a 4 pontos – baixo
- ▶ 5 pontos – médio
- ▶ 6 a 7 pontos – elevado
- ▶ 8 a 10 pontos – muito elevado

■ **Avaliação do Grau de Motivação Para o Abandono do Tabagismo**

As variáveis deste estudo destacam apenas três estágios motivacionais, a seguir listados:

- ▶ Ação: já tem data marcada ou está motivado a parar dentro do mês
- ▶ Contemplativo: motivado e sem data para parar
- ▶ Pré-Contemplativo: não motivado a parar

Com vistas a atingir o segundo objetivo específico proposto, foram utilizadas as seguintes variáveis, que constituem as formas de tratamento disponíveis no PCT:

- **Terapia em Grupo**
- **Goma de Nicotina**
- **Adesivo de Nicotina**
- **Bupropiona**

As variáveis utilizadas para operacionalização do terceiro objetivo proposto fazem parte do questionário de entrevista aos pacientes que iniciaram no programa para cessação do tabagismo, porém o abandonaram em algum momento. Estão relacionadas ao(s) possível(is) motivo(s) pelo(s) qual(is) o paciente desistiu do programa de controle do tabagismo no município estudado.

- **Local em Que o Programa é Realizado**
- **Dia da Semana em Que o Programa é Desenvolvido**
- **Ao Horário em Que as Reuniões São Realizadas**

■ **Aos Profissionais que Prestaram Assistência Durante o Tratamento**

■ **Ao Tipo de Terapia Utilizada Durante o Tratamento**

Para analisar os indicadores do tratamento do tabagismo foram utilizados os cálculos adotados pelo INCA (CARVALHO, 2009). As fórmulas de cálculo estão descritas a seguir:

- ▶ Percentual de Perda de Fumantes Entre a Consulta de Avaliação Clínica e a 1ª Sessão Estruturada (PF):

$$PF = \frac{\text{Número de fumantes que desistiram do programa entre a consulta de avaliação clínica e a primeira sessão estruturada}}{\text{Total de fumantes que participaram da consulta de avaliação clínica}} \times 100$$

- ▶ Percentual de Fumantes que Abandonaram o Tratamento para Deixar de Fumar entre a primeira e a quarta sessão estruturada (FA):

$$FA = \frac{\text{Número de fumantes que abandonaram o tratamento entre a primeira e a quarta sessão estruturada}}{\text{Total de fumantes que participaram da primeira sessão estruturada}} \times 100$$

- ▶ Percentual de Fumantes que Estavam sem Fumar na Quarta Sessão Estruturada (FSF):

$$FSF = \frac{\text{Número de fumantes que deixaram de fumar}}{\text{Total de fumantes que participaram da quarta sessão}} \times 100$$

- ▶ Percentual de Fumantes que Necessitaram de Apoio Medicamentoso e participaram da quarta sessão estruturada (FM):

$$FM = \frac{\text{Número de fumantes que necessitam de apoio medicamentoso e participar da quarta sessão estruturada}}{\text{Total de fumantes que participar da quarta sessão}} \times 100$$

3.6 ANÁLISE DOS DADOS

Os dados coletados foram tabulados e analisados a partir do conjunto de todas as fichas. Os programas Excel 8.0 e Microsoft Office 2007 foram utilizados para digitação e tabulação dos dados.

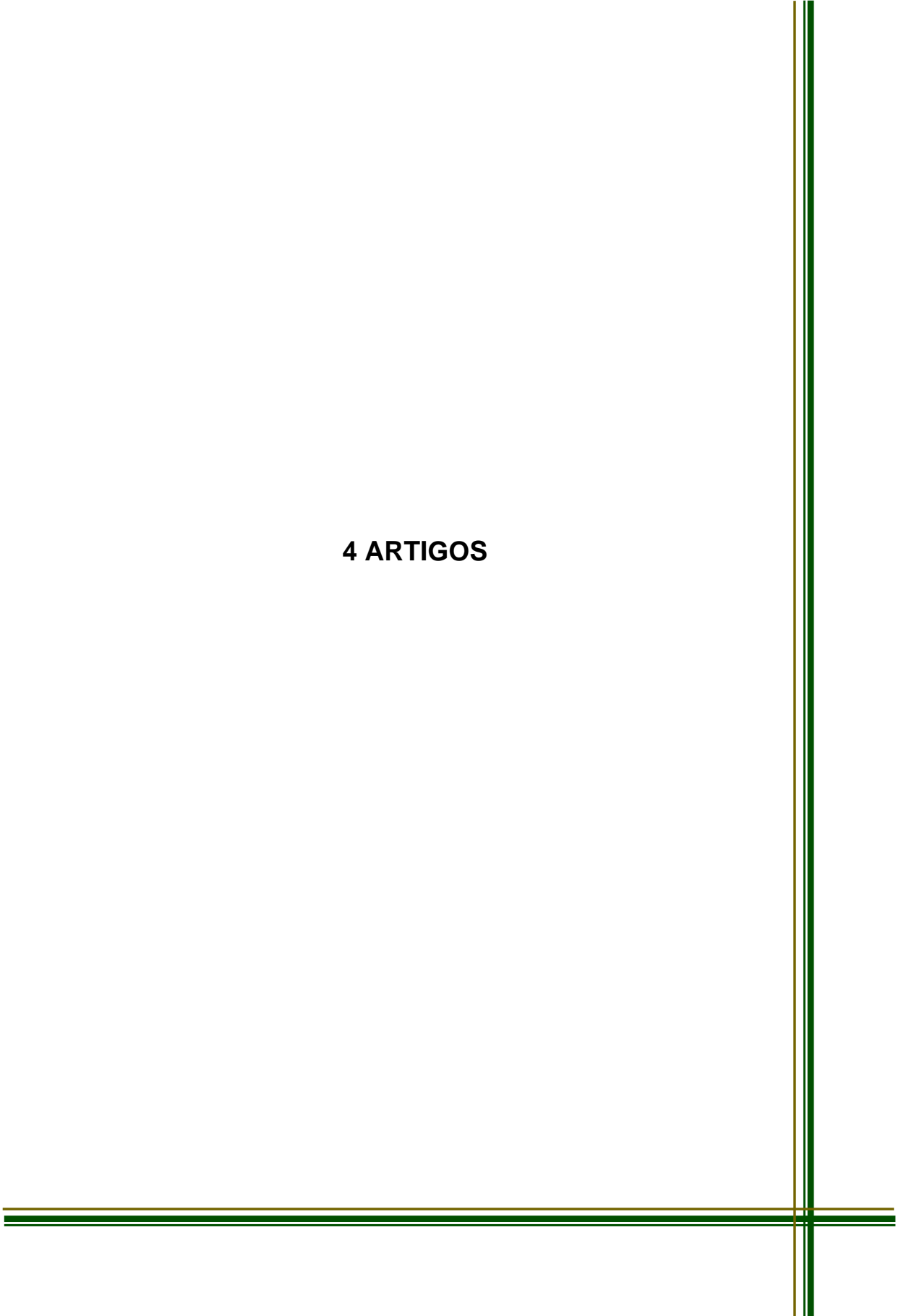
A análise descritiva foi utilizada para organizar, descrever e analisar os dados coletados. A abordagem descritiva consiste em “se buscar distribuir a ocorrência do problema segundo as suas diversas características representadas por uma ou por mais de uma variável circunstancial” (ROUQUAYROL; ALMEIDA FILHO, 2003, p. 83).

3.7 ASPECTOS ÉTICOS

Para realização deste estudo foi solicitada autorização prévia da Secretaria Municipal de Saúde de Cambé (Anexo C). O estudo foi analisado e aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Estadual de Londrina com emissão do parecer nº116/09, de 23/10/2009 (Anexo D), em cumprimento às normas da Resolução 196/96 – Conselho Nacional de Saúde, que dispõe sobre normas regulamentadoras para pesquisas envolvendo seres humanos (BRASIL, 1997).

Foi solicitada, aos entrevistados, a assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (Apêndice B), após explicação dos objetivos da pesquisa. Para cada entrevista foram emitidas duas cópias do termo, sendo a primeira arquivada pela pesquisadora e a segunda entregue ao entrevistado.

4 ARTIGOS



4.1 ANÁLISE DE INDICADORES DE PROGRAMA DE CONTROLE DO TABAGISMO EM MUNICÍPIO DO NORTE DO PARANÁ

Este artigo será submetido à revista *Epidemiologia e Serviços de Saúde*, cujas normas de publicação encontram-se no Anexo E. Para melhor compreensão do leitor as tabelas foram inseridas no texto, porém para submissão à revista serão apresentadas à parte, como sugerem as normas de publicação.

Apresenta os resultados referentes aos seguintes objetivos específicos da parte 1 deste estudo:

- ▶ Caracterizar o perfil sócio-demográfico e em relação ao hábito de fumar dos participantes do Programa de Controle do Tabagismo;
- ▶ Identificar os métodos de tratamento utilizados pelos participantes do programa;
- ▶ Estimar os indicadores do tratamento do tabagismo.

4.2 ABANDONO DO TRATAMENTO DO TABAGISMO EM PROGRAMA DE MUNICÍPIO DO NORTE DO PARANÁ

Este artigo será submetido à revista *Espaço para a Saúde*, cujas normas de publicação encontram-se no Anexo F.

Contempla os seguintes objetivos específicos da parte 1 deste estudo:

- ▶ Caracterizar o perfil sócio-demográfico e em relação ao hábito de fumar dos participantes do Programa de Controle do Tabagismo;
- ▶ Investigar as causas de abandono do Tratamento do Tabagismo.

ARTIGO 1

**Análise de Indicadores de
Programa de Controle do Tabagismo
em município do Norte do Paraná**

Análise de Indicadores de Programa de Controle do Tabagismo em Município do Norte do Paraná*

Analysis of Indicators of Tobacco Control Program in a Municipality in Northern Paraná

Denise Andrade Pereira Méier**

Mestranda do Curso de Pós-Graduação em Gestão de Serviços de Saúde da Universidade Estadual de Londrina, Londrina-PR, Brasil

Marli Terezinha Oliveira Vannuchi

Doutora em Saúde Pública. Docente do Curso de Pós-Graduação em Gestão de Serviços de Saúde da Universidade Estadual de Londrina, Londrina-PR, Brasil

Iara Aparecida de Oliveira Secco

Doutora em Enfermagem. Docente do Curso de Pós-Graduação em Gestão de Serviços de Saúde da Universidade Estadual de Londrina, Londrina-PR, Brasil

Resumo

Este estudo objetivou analisar os indicadores do tratamento do tabagismo em Cambé-PR. Trata-se de pesquisa transversal, com 92 fumantes participantes do Programa de Controle do Tabagismo nos anos de 2007 e 2008. Os instrumentos utilizados na coleta de dados foram: fichas de atendimento inicial do fumante e relatórios mensais de prestação de contas do programa. Os resultados mostram que 57 (62,0%) dos participantes eram do sexo feminino, com idade entre 40 e 59 anos (50=54,3%). Para 79 (85,9%) o uso do tabaco iniciou entre 10 e 20 anos e 60 (65,1%) apresentaram elevado e muito elevado níveis de dependência nicotínica. O percentual de fumantes que abandonou o tratamento foi 23,8% (15). A cessação do tabagismo na quarta sessão de terapia foi de 66,6% (32), e 83,3% (40) necessitaram de medicamentos. O conhecimento dos indicadores do tratamento possibilita a avaliação das ações que visam o controle da epidemia do tabagismo.

Descritores: Tabagismo. Programa Nacional de Controle do Tabagismo. Prevenção & Controle.

* Texto elaborado a partir da dissertação de mestrado apresentada à Universidade Estadual de Londrina, Londrina-PR, Brasil, 2010.

**Endereço para correspondência: Rua Pinheiros, 139, Jd. Morumbi, Cambé-PR, Brasil. CEP 86191-776. e-mail: demeier01@gmail.com.

Summary

This study aims to analyze the indicators of smoking cessation in Cambé-PR, Brazil. This is cross-sectional, with 92 smokers participating in the Tobacco Control Program in the years 2007 and 2008. The instruments used in data collection stemmed from: registration forms of the smokers and monthly accounting records of the program. The results showed that 57 (62.0%) of participants were female, aged between 40 and 59 years (50 = 54.3%). For 79 (85.9%) tobacco use began between 10 and 20 years and 60 (65.1%) had a high level of nicotine dependence. The percentage of smokers who quit the treatment was 23.8% (15). By the fourth therapy session, the smoking cessation rate was 66.6% (32), and 83.3% (40) required medications. The knowledge of the indicators of treatment enables an evaluation of the actions that aim to control the tobacco epidemic.

Keywords: Smoking. National Tobacco Control Program. Prevention & Control.

Introdução

O tabagismo constitui-se em uma doença decorrente do uso abusivo do tabaco e está relacionado à dependência da nicotina¹. É a causa de mortalidade mais evitável em todo mundo e acomete fatalmente metade de seus consumidores. Atualmente, cerca de cinco milhões de pessoas morrem a cada ano em consequência do tabaco. Estima-se que em 2030 a doença matará mais de oito milhões de pessoas a cada ano².

O consumo do tabaco é fator de risco para seis das oito principais causas de mortalidade no mundo e está associado ao câncer de pulmão, laringe, rins, bexiga, estômago, cólon, cavidade oral e esôfago, assim como leucemia, bronquite crônica, doença pulmonar obstrutiva crônica, cardiopatia isquêmica, infarto, aborto e parto prematuro, más formações fetais, infertilidade, entre outros agravos. Todas estas enfermidades provocam um sofrimento previsível e redução dos anos de vida produtiva².

No Brasil, o tabagismo provoca aproximadamente duzentas mil mortes anualmente, fato que excede o montante de mortes resultantes do alcoolismo, da síndrome da imunodeficiência adquirida (AIDS), acidentes de trânsito, homicídios e suicídios³. A população de fumantes brasileiros com quinze anos ou mais é de 17,2%. Destes, 21,6% são homens e 13,1% mulheres. A região sul destaca-se pela maior prevalência de tabagistas (19,0%), sendo que os estados do

Acre e Rio Grande do Sul apresentaram os maiores percentuais de fumantes (22,1% e 20,7%)⁴.

A interrupção do uso do tabaco promove redução significativa na mortalidade antes dos 35 anos e, em menor escala, após os 65 anos. Ações voltadas para a cessação do fumo representam a melhor estratégia para redução da mortalidade relacionada ao tabagismo⁵.

O processo de cessação do fumo ocorre a partir da tomada de decisão e só termina com a abstinência mantida por um tempo⁶. Até a tomada de decisão, o fumante percorre estágios que oscilam da motivação para abandono do uso do tabaco. Esses estágios são denominados: pré-contemplação, fumantes que não desejam parar de fumar; contemplação é o estágio no qual o fumante compreende os prejuízos do cigarro, entretanto não pensa em interromper seu uso; a preparação para ação, fase na qual o fumante começa a vislumbrar a cessação do tabagismo, mas, não pensa em data para este evento acontecer; ação é a fase da tomada de decisão em abandonar o cigarro e, manutenção, estágio de vulnerabilidade do fumante a recaídas, quando o acompanhamento deve ser contínuo⁷.

Além da verificação do grau de motivação para abandono do tabagismo, é essencial a utilização de mecanismos para orientar a melhor forma de tratamento, como por exemplo, o Teste de Fagerström. Este teste constitui-se em um instrumento composto por seis questões sobre a frequência, quantidade e necessidade do uso do cigarro e permite a classificação do fumante em cinco níveis de dependência, de acordo com o score obtido nas questões: muito elevada, elevada, moderada, baixa e muito baixa dependência nicotínica⁷.

Embora o Brasil enfrente grandes desafios com a indústria tabagística, tendo um dos cigarros mais baratos e acessíveis do mundo e um amplo mercado ilegal, a política nacional de controle do tabagismo vem, historicamente, transformando esta realidade, com ações voltadas especialmente à educação e regulamentação. Desde a década de 80 o Ministério da Saúde (MS) investe na criação de leis, portarias, decretos e resoluções para conter a expansão da epidemia no país⁸.

Graças às proposições da Convenção-Quadro para Controle do Tabaco em 1999, realizada em Genebra, algumas políticas foram formuladas para

fortalecer o Programa Nacional de Controle do Tabagismo (PNCT) no Brasil, que está em vigor há mais de duas décadas através do Instituto Nacional do Câncer (INCA)³.

Estudos já comprovam o aumento da cessação do tabagismo entre indivíduos mais velhos, com maior nível de escolaridade, de renda mais elevada, do sexo feminino e casados. Outras características também podem ser associadas com o sucesso no tratamento como: ter apresentado várias tentativas de cessação, fumantes com bom nível de motivação para abandono do tabagismo, alta dependência nicotínica, uso de bupropiona e terapia de reposição nicotínica. Todavia, cada população tem suas particularidades e estas devem ser consideradas no planejamento das ações assistenciais^{9,10,11,12,13,14,15}.

Dessa forma, dada a existência de um Programa de Controle do Tabagismo (PCT) desenvolvido na cidade de Cambé – PR, desde 2007, o desconhecimento das características sócio-demográficas e relativas ao uso do tabaco da população do programa, a escassez de estudos relacionados a indicadores do tratamento do tabagismo e a relevância do tema para a saúde pública, esta pesquisa teve como objetivo analisar os indicadores relacionados ao tratamento antitabagismo dos participantes do PCT da Secretaria de Saúde do município de Cambé-PR, nos anos de 2007 e 2008.

Metodologia

Trata-se de uma pesquisa epidemiológica, de delineamento transversal.

A população estudada constituiu-se de 92 fumantes que participaram do PCT nos anos de 2007 e 2008 no município de Cambé-PR, situado ao norte do Paraná, cuja população é constituída por 97.329 habitantes¹⁶.

Os instrumentos para coleta de dados foram as fichas de atendimento inicial do fumante e os relatórios mensais de prestação de contas do programa.

As variáveis utilizadas foram as sócio-demográficas (sexo, faixa etária, estado civil, escolaridade, trabalho e origem do encaminhamento) e variáveis relativas ao hábito de fumar (idade de início no tabagismo, número de tentativas sem

conseguir a cessação do tabagismo, convivência com fumantes na residência, existência de associação entre o fumo e o trabalho, histórico familiar e pessoal de transtorno psiquiátrico, avaliação do grau de dependência nicotínica – Teste de Fagerström e, avaliação do grau de motivação para o abandono do tabagismo).

Quanto aos métodos de tratamento utilizados pelos participantes, as variáveis foram: terapia cognitivo-comportamental, terapia de reposição nicotínica (adesivo e goma de nicotina) e o anti-depressivo bupropiona.

Para cálculo dos indicadores do PCT, utilizou-se o método proposto pelo INCA/Divisão de Controle do Tabagismo. As fórmulas foram elaboradas a partir do estudo de Carvalho (2009)¹⁷.

1. Percentual de perda de fumantes entre a consulta de avaliação clínica e a 1ª sessão estruturada no período de 2007 a 2008 em Cambé-PR (PF):

$$PF = \frac{\text{Número de fumantes que desistiram do programa entre a consulta de avaliação clínica e a primeira sessão estruturada}}{\text{Total de fumantes que participaram da consulta de avaliação clínica}} \times 100$$

2. Percentual de fumantes que abandonaram o tratamento para deixar de fumar entre a primeira e a quarta sessão estruturada, no período de 2007 a 2008 em Cambé-PR (FA):

$$FA = \frac{\text{Número de fumantes que abandonaram o tratamento entre a primeira e a quarta sessão estruturada}}{\text{Total de fumantes que participaram da primeira sessão estruturada}} \times 100$$

3. Percentual de fumantes que estavam sem fumar na quarta sessão estruturada no período de 2007 a 2008 em Cambé-PR (FSF):

$$FSF = \frac{\text{Número de fumantes que deixaram de fumar}}{\text{Total de fumantes que participaram da quarta sessão}} \times 100$$

4. Percentual de fumantes que necessitaram de apoio medicamentoso e participaram da quarta sessão estruturada, no período de 2007 a 2008 em Cambé-PR (FM):

$$FM = \frac{\text{Número de fumantes que necessitaram de apoio medicamentoso e participaram da quarta sessão estruturada}}{\text{Total de fumantes que participaram da quarta sessão}} \times 100$$

Os resultados obtidos foram analisados através de estatística descritiva com cálculo de porcentagens para distribuição das frequências encontradas.

O projeto deste estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Estadual de Londrina com emissão do parecer nº116/09.

Resultados

A tabela 1 apresenta o perfil sócio demográfico dos fumantes em estudo.

Tabela 1 – Características sócio-demográficas dos fumantes que iniciaram o tratamento de cessação do fumo no Programa de Controle do Tabagismo, Cambé - PR, 2007 e 2008.

VARIÁVEIS	n	%
SEXO		
Feminino	57	62,0
Masculino	35	38,0
Total	92	100,0
FAIXA ETÁRIA		
18 a 39 anos	26	28,3
40 a 59 anos	50	54,3
Acima de 60 anos	16	17,4
TOTAL	92	100,0
ESTADO CIVIL		
Casado	55	59,8
Solteiro	5	5,4
Separado/Divorciado	22	23,9
Viúvo	10	10,9
TOTAL	92	100,0
ESCOLARIDADE		
Analfabeto	8	8,7
1º Grau completo	25	27,2
1º Grau incompleto	26	28,3
2º Grau completo	29	31,5
Nível superior completo	4	4,3
TOTAL	92	100,0
TRABALHA FORA DE CASA		
Sim	46	50,0
Não	46	50,0
TOTAL	92	100,0
ORIGEM DO ENCAMINHAMENTO AO PCT		
Procura voluntária	52	56,5
Indicação médica ou clínica particular	25	27,2
Indicação de um amigo ou colega de trabalho	14	15,2
Outra forma de encaminhamento	1	1,1
TOTAL	92	100,0

Os resultados mostraram que a maioria dos fumantes é do sexo feminino (57=62%), adultos entre 40 e 59 anos (50=54,3%), casados (55=59,8%) e com escolaridade máxima o primeiro grau completo (59=64,2%). A maioria procurou voluntariamente o PCT (52=56,2%).

A Tabela 2 sumariza os resultados relativos ao hábito de fumar.

Tabela 2 – Características relacionadas ao hábito de fumar dos participantes do Programa de Controle do Tabagismo, Cambé - PR, 2007 e 2008.

VARIÁVEIS	n	%
IDADE DE INÍCIO NO TABAGISMO		
< 10 anos	5	5,4
10 – 20 anos	79	85,9
21 – 30 anos	7	7,6
31 – 40 anos	1	1,1
41 – 50 anos	–	–
Total	92	100,0
NÚMERO DE TENTATIVAS SEM CONSEGUIR A CESSAÇÃO DO TABAGISMO		
1 – 3 vezes	47	51,1
Mais de 3 vezes	32	34,5
Nunca tentou	13	14,4
Total	92	100,0
CONVIVÊNCIA COM FUMANTES NA RESIDÊNCIA		
Sim	45	48,9
Não	47	51,1
Total	92	100,0
EXISTÊNCIA DE ASSOCIAÇÃO ENTRE O FUMO E O TRABALHO		
Sim	56	60,9
Não	36	39,1
Total	92	100,0
HISTÓRICO FAMILIAR DE TRANSTORNO PSIQUIÁTRICO		
Sim	34	37,0
Não	58	63,0
Total	92	100,0
HISTÓRICO PESSOAL DE TRANSTORNO PSIQUIÁTRICO		
Sim	15	16,3
Não	77	83,7
Total	92	100,0
AVALIAÇÃO DO GRAU DE DEPENDÊNCIA NICOTÍNICA – TESTE DE FAGERSTRÖM		
0 a 2 pontos – muito baixo	3	3,2
3 a 4 pontos – baixo	12	13,3
5 pontos – médio	17	18,4
6 a 7 pontos – elevado	41	44,5
8 a 10 pontos – muito elevado	19	20,6
TOTAL	92	100,0
AVALIAÇÃO DO GRAU DE MOTIVAÇÃO PARA O ABANDONO DO TABAGISMO		
Pré-contemplativo	6	6,5
Contemplativo	78	84,8
Ação	8	8,7
TOTAL	92	100,0

Verificou-se que a maioria dos fumantes iniciou o uso do tabaco entre 10 e 20 anos de idade (79=85,9%); estes já haviam tentado abandonar o tabagismo entre uma a três vezes (47=51,1%) e associaram o uso do tabaco com o

trabalho (56=60,9%). Observou-se ainda que a maioria dos fumantes não referiu histórico familiar e nem pessoal de transtorno psiquiátrico.

A aplicação do Teste de Fagerström revelou que 60 (65,1%) apresentaram grau de dependência elevado (6 a 7 pontos) e muito elevado (8 a 10 pontos). No que se refere ao grau de motivação para abandono do tabagismo, 78 participantes (84,8%) encontravam-se no estágio contemplativo, ou seja, motivados a parar, porém, sem data definida.

O quadro a seguir apresenta os resultados dos cálculos dos indicadores do tratamento do tabagismo.

INDICADOR	CÁLCULO	RESULTADO
Percentual de perda de fumantes entre a consulta de avaliação clínica e a primeira sessão estruturada (PF)	$\frac{29}{92} \times 100$	31,5%
Percentual de fumantes que abandonaram o tratamento para deixar de fumar entre a primeira e a quarta sessão estruturada (FA)	$\frac{15}{63} \times 100$	23,8%
Percentual de fumantes que estavam sem fumar na quarta sessão estruturada (FSF)	$\frac{32}{48} \times 100$	66,6%
Percentual de fumantes que necessitaram de apoio medicamentoso e participaram da quarta sessão estruturada (FM)	$\frac{40}{48} \times 100$	83,3%

Figura 1 – Cálculo dos Indicadores do Tratamento do Tabagismo, Cambé-PR, 2007 e 2008.

- a) Total de fumantes que participaram da consulta de avaliação clínica = 92;
- b) Total de fumantes que participaram da primeira sessão estruturada = 63;
- c) Total de fumantes que participaram da quarta sessão estruturada = 48;
- d) Total de fumantes que desistiram do programa entre a consulta de avaliação clínica e a primeira sessão estruturada = $92-63= 29$;
- e) Total de fumantes que abandonaram o tratamento entre a primeira e a quarta sessão estruturada = $63-48= 15$;
- f) Total de fumantes que abandonaram o tratamento entre a consulta de avaliação clínica e a quarta sessão estruturada = 44;
- g) Total de fumantes que deixaram de fumar = 32;
- h) Total de fumantes que necessitaram de apoio medicamentoso e concluíram a quarta sessão estruturada = 40.

Dentre os 92 fumantes que participaram da consulta de avaliação clínica, 63 (68,5%) compareceram à primeira sessão estruturada do tratamento e 48 (52,2%) concluíram a quarta sessão terapêutica. O indicadores PF foi de 31,5% (29). O indicador FA foi de 23,8% (15). Dos tabagistas que concluíram a quarta sessão, 32 (66,6%) obtiveram sucesso no tratamento, com cessação do fumo. Destaca-se

que entre os fumantes que concluíram a quarta sessão estruturada 40 (83,3%) necessitaram de apoio farmacológico (Figura 3).

A Tabela 3 apresenta os resultados sobre o tipo de terapia utilizada no PCT.

Tabela 3 – Métodos de tratamento utilizados no Programa de Controle do Tabagismo, Cambé-PR, 2007 e 2008.

MÉTODO	n	%
Terapia Cognitivo-Comportamental	20	31,7
Adesivo de Nicotina	4	6,3
Bupropiona	2	3,2
Goma de Nicotina e Bupropiona	1	1,6
Adesivo de Nicotina e Bupropiona	34	54,0
Goma de Nicotina, Adesivo de Nicotina e Bupropiona	2	3,2
Total	63	100,0

* A terapia cognitivo-comportamental foi realizada independente do método prescrito.

Observa-se com os resultados da tabela 3 que os métodos de tratamento mais utilizados foram o adesivo de nicotina associado com bupropiona (34=54%) e a terapia cognitivo-comportamental (20=31,7). A terapia cognitivo-comportamental está apresentada na tabela 3 como única forma de tratamento prescrita, todavia, foi também associada com os demais métodos, conforme preconizado pelo INCA.

O sucesso na cessação foi alcançado, na maioria dos casos, com a utilização de adesivo de nicotina associado à bupropiona (23=36,5%). O maior percentual de abandono do tratamento foi de fumantes que estavam recebendo apenas aconselhamento e terapia cognitivo-comportamental (12=19%).

DISCUSSÃO

A predominância da participação feminina no programa para cessação do tabagismo, neste estudo, assemelha-se a estudos anteriores. É fundamental destacar que, embora enfrentem diversas dificuldades em relação ao tabagismo, as mulheres têm maior facilidade em reconhecer a dependência nicotínica e procurar ajuda, logo, ingressam mais nos programas de controle que os homens¹⁰.

Estudo da Organização Pan-Americana revelou um aumento substancial no número de mulheres fumantes nos últimos quinze anos, passando de 20% para 51%. As mulheres estão, igualmente ou mais, expostas às inúmeras doenças relacionadas ao tabagismo, especialmente devido às peculiaridades próprias do sexo feminino, como a gestação e o uso da pílula anticoncepcional. O câncer de pulmão tornou-se a terceira causa de morte por câncer entre as mulheres¹⁸.

A maior participação de fumantes na faixa etária entre 40 e 59 anos demonstra a preocupação dos fumantes adultos, em idade produtiva, na interrupção do uso do tabaco. A procura por ajuda para cessação do tabagismo pode estar associada à preocupação de indivíduos mais velhos com a saúde ou pela instalação das conseqüências advindas do tabagismo⁹.

Esta pesquisa mostrou que a maioria dos fumantes que procurou ajuda era casada, o que leva a inferir que, a pressão exercida por familiares, possivelmente colabora na tomada de decisão para interrupção do tabagismo. Nesse processo, o apoio recebido pelos familiares, pela sociedade, pelos profissionais e o apoio espiritual parecem decisivos na motivação para abandono do uso do tabaco¹⁹.

A pesquisa de orçamento familiar do IBGE (1995-96 e 2002-03) apontou importantes alterações dos hábitos de fumar nas famílias brasileiras. Em primeiro lugar houve aumento das famílias não-fumantes; em segundo lugar, observou-se, no período da pesquisa, um aumento no preço dos cigarros, forçando uma diminuição na compra de cigarros pelas famílias; em terceiro lugar, o avanço da legislação colaborou para esses resultados com a proibição do fumo em locais públicos e divulgação de informações sobre os riscos associados ao tabaco⁸.

Este estudo revelou que metade dos fumantes trabalha fora de casa, sendo que 56 (60,9%) associaram o fumo com o trabalho. O tabagismo associa-se ao trabalho, para muitos fumantes, como forma de alívio das tensões cotidianas provocadas no ambiente de trabalho. Tanto as proposições da Convenção-Quadro para Controle do Tabaco como o INCA apresentam diretrizes voltadas para ambientes de trabalho livres da poluição do tabaco, partindo-se da premissa que este é o ambiente ideal para formação de grupos de tratamento para cessação do

tabagismo, divulgação de informações sobre os riscos do tabagismo passivo e cumprimento da lei de proibição do fumo em locais fechados^{3,20}.

A população do estudo apresentou baixo nível de escolaridade, assim como no Brasil e na maioria dos países em desenvolvimento, o tabagismo aparece relacionado a baixos níveis sócio-econômicos⁸. Este resultado indicou que a conscientização sobre os malefícios do fumo, e a divulgação do PCT está atingindo também àqueles com menor escolaridade.

Estudo do MS apresenta questões econômicas relacionadas ao tabagismo, e correlaciona a dependência nicotínica e o baixo nível de escolaridade como fatores de indução de muitos chefes de família a usarem para compra de cigarros parte de seus recursos, que são diminuídos, ao invés de aplicá-los em alimentação, moradia, lazer ou mesmo para promoção de sua saúde e de sua família²¹.

Nota-se que a procura voluntária predominou sobre as demais formas de encaminhamento ao PCT para cessação do fumo. Há ampla evidência de que boa parte dos fumantes deseja receber orientações de seus médicos sobre o abandono do tabaco, porém, muitas vezes a falta de tempo e a percepção de que o tratamento antitabagismo é ineficiente dificulta a abordagem durante a consulta²². No último PNAD fica evidente a falta de abordagem dos fumantes pelos profissionais de saúde, no qual apenas 57,1% dos fumantes brasileiros haviam sido advertidos a parar de fumar nos últimos 12 meses⁴.

Os resultados comprovam o tabagismo como uma doença pediátrica, ou seja, a maioria dos fumantes iniciou no tabagismo com idade precoce (10 a 20 anos). Este dado coincide com a idade média proposta pela Organização Mundial da Saúde (OMS) que é de 15 anos²³. Na última PNAD, realizada em 2008, a faixa etária com maior percentual de início do uso do tabaco está entre 17 a 19 anos, seguida por 15 ou 16 anos em nível nacional⁴.

O aumento de jovens que estão se tornando dependentes da nicotina se deve a inúmeros fatores como a facilidade de compra da droga, a influência de amigos, a curiosidade e a presença de pais fumantes. A tendência para esta crescente iniciação precoce no tabagismo ocorre principalmente nos países em desenvolvimento de acordo com o Banco Mundial^{13,23}.

A maioria dos fumantes do presente estudo fez de 1 a 3 tentativas anteriores para abster-se do cigarro. O conhecimento das causas que levaram o fumante à recaída é essencial para o planejamento do tratamento a ser utilizado²⁴. Normalmente a cessação do tabagismo só ocorre após várias tentativas e o número de recaídas é muito grande. O profissional de saúde deve ater-se a uma abordagem cognitivo-comportamental voltada às necessidades do fumante que já tentou cessar o fumo, porém, não obteve sucesso, pois a transmissão de técnicas que auxiliam no controle da abstinência vai ajudar o fumante a modificar seu comportamento^{22,25}.

Cerca de metade dos fumantes referiram conviver com tabagistas na mesma residência. A influência de outros membros da família e amigos pode induzir na iniciação e manutenção do tabagismo, entretanto, sabe-se que existem fatores complexos que predispõem as pessoas a fumar. Atuar sobre estes fatores é um desafio para a saúde pública, pois se trata de intervir sobre a realidade heterogênea do indivíduo²⁶.

O histórico familiar para transtorno psiquiátrico foi negativo para grande parte dos fumantes, todavia, vale ressaltar que fumantes com história familiar de transtornos psiquiátricos podem apresentar um maior nível de ansiedade, podendo acarretar o início e a manutenção no tabagismo. O fator genético exerce forte influência sobre o tabagismo, mas os fatores ambientais também devem ser enfatizados. Esta linha de pesquisa poderá, no futuro, auxiliar na escolha correta do tratamento do fumante²⁷.

A maioria dos fumantes do estudo não apresentava comorbidades psiquiátricas, pois estudos mostram que fumantes com desordens psiquiátricas procuram menos ajuda para cessação do tabagismo, apresentam maior dificuldade no processo de tratamento e são mais sensíveis aos efeitos desagradáveis da abstinência^{13,28}.

O grau de dependência nicotínica, avaliado a partir da escala de Fagerström, classificou a maioria dos fumantes desta pesquisa em níveis elevado e muito elevado. Os fumantes com maior grau de dependência nicotínica tendem a procurar serviços de ajuda, enquanto os fumantes menos dependentes acreditam que podem abandonar o cigarro a qualquer momento, pois ainda têm controle sobre ele ou ainda não entraram no modelo cíclico clássico da dependência de drogas²⁹.

Estudo afirma que ser mais ou menos dependente não é fator de sucesso ou fracasso diante das intervenções antitabágicas²⁹. Embora a maioria dos fumantes apresente um elevado e muito elevado grau de dependência, 78 (84,8%) foram classificados no estágio de contemplação quanto à motivação para o abandono do tabagismo. A população do estudo pode ser considerada com alto grau de interesse em cessação do uso do tabaco quando comparada com a amostra entrevistada na PNAD de 2008, a qual relatou em sua maioria não estar interessado em parar de fumar (47,9%)⁴.

É imprescindível verificar as possíveis causas que levaram ao abandono do programa desde a consulta de avaliação clínica realizada na USF até a quarta sessão terapêutica. A não adesão dos fumantes e a dificuldade dos profissionais em mantê-los no programa podem ser atribuídas: à falta de capacitação e sensibilização dos profissionais da rede de atenção à saúde no acolhimento dos fumantes; poucos fumantes que iniciaram no programa estavam no estágio de ação quanto à motivação para cessação do tabagismo; alta rotatividade dos profissionais que atuam no PCT; indisponibilidade ou insuficiência de medicamentos para prescrição do tratamento farmacológico, entre outros.

É importante analisar também que a população desta pesquisa é pequena quando distribuída no período estudado, fato que se deve à dificuldade dos fumantes em reconhecer o problema do tabagismo e procurar ajuda, à baixa oferta do programa que apresenta pouca divulgação à população e reduzido número de vagas por grupo novo que se forma (25 fumantes por grupo do programa) e não formação de grupos do programa por alguns meses de 2008, devido à indisponibilidade de medicamentos para o tratamento.

Em uma pesquisa nacional temos um decréscimo no percentual de perda dos fumantes entre a consulta de avaliação clínica e a primeira sessão estruturada do tratamento, estando em 15,13% em 2008. Em relação ao programa de Cambé, o percentual de perda está bastante elevado, demonstrado a partir do indicador PF, com resultado de 31,5%. Vale lembrar que as longas filas de espera nas USF para o fumante iniciar o tratamento pode contribuir para a desmotivação e a não adesão ao PCT¹⁷.

A falta de oferta de vagas para início do tratamento é considerada um problema nacional quando se verifica que no Brasil existem poucos serviços

públicos especializados no tratamento intensivo do fumante e isso deve ser resolvido, o quanto antes, para garantir o acesso do fumante ao programa enquanto o mesmo encontra-se num bom estágio motivacional para abandonar o tabagismo¹⁰.

O indicador FA atingiu o valor de 23,8%, número inferior quando comparado à média nacional que é de 25,30%. Este indicador mostrou que os fumantes que participam da primeira sessão estruturada estão desistindo menos do tratamento. O foco, então, passa a ser o estímulo ao fumante para que ele inicie a primeira sessão terapêutica do total de quatro¹⁷.

O indicador FSF estimado em 66,6% foi alto quando comparado à média nacional que foi de 51,90% em 2008. Entretanto, este sucesso pode ser considerado pontual, tendo em vista que, para um sucesso real, o indivíduo deve permanecer em abstinência por um ano³⁰. Estudo do INCA identificou que do ano de 2005 a 2008 houve uma flutuação deste indicador, porém é notável o aumento do abandono de 2007 a 2008¹⁷.

A PNAD⁴ mostra que 46,9% da população brasileira de fumantes encontrava-se na condição de ex-fumantes, destes, 57,3% estavam sem fumar há 10 anos ou mais. Pesquisa mostra um índice de cessação do tabagismo de 40,6% para a região metropolitana de Belo Horizonte e de 38,8% para Bambuí, município do interior de Minas Gerais. Estes autores encontraram associação do índice de cessação com a idade, com a escolaridade e entre indivíduos casados na região metropolitana de Belo Horizonte, ou seja, o índice era maior em indivíduos que apresentavam aumento dessas características⁹.

O sucesso do tratamento esteve associado ao uso de adesivo de nicotina com bupropiona em 23 fumantes (36,5%). O emprego da apenas terapia cognitivo-comportamental como único método de tratamento não se fez efetivo, pois foi observada uma taxa de abandono muito alta (12=19%). Há relatos na literatura que comprovam taxas de sucesso na cessação do tabagismo quando foram utilizados bupropiona e um método de reposição nicotínica (59%). O fracasso também ficou evidente quando utilizada apenas a terapia como forma de tratamento para casos considerados mais leves¹¹.

Os grupos de auto-ajuda e a psicoterapia (individual ou em grupo) são coadjuvantes no tratamento da dependência da nicotina. Embora a terapia cognitivo-comportamental já esteja associada com fracasso no tratamento, ela é

indicada para casos de dependência nicotínica muito baixa e baixa. O indicador FM mostrou-se alto (83,3%), porém, partindo do princípio que a maioria dos fumantes era dependente nicotínico de nível elevado, a medicação está indicada³⁰.

Verificou-se no Brasil que dentre os programas implantados, 71,3% dos fumantes necessitaram de apoio medicamentoso, porém, o uso de medicamentos como estratégia de tratamento tem sido uma crescente nos programas de controle do tabagismo¹⁷. A pesquisa PNAD (2008)⁴ apresentou um dado diferente dos achados na literatura quando mostrou que dos fumantes entrevistados, 6,7% já haviam utilizado farmacoterapia como método para parar de fumar e 15,2% haviam buscado ajuda em aconselhamentos. As mulheres necessitaram de maior suporte medicamentoso que os homens.

As políticas públicas para controle do tabagismo estão avançando significativamente no Brasil, especialmente na legislação. Todavia, é nítido que os programas de controle do tabagismo ainda apresentam um trabalho incipiente diante de toda complexidade da doença.

Conhecer a heterogeneidade de características dessa população é essencial para o planejamento de ações eficazes no combate ao tabagismo. Os indicadores relacionados ao tratamento do fumante permitem dizer que as preocupações com as fragilidades do programa devem concentrar-se no acolhimento do fumante a partir da decisão de mudança de comportamento, oferecendo a essa população uma melhor qualidade de estrutura do programa, especialmente em relação à disponibilidade de insumos, ampliação das equipes de tratamento do fumante e capacitação profissional

REFERÊNCIAS

1. Organização Mundial da Saúde. Classificação estatística internacional de doenças e problemas relacionados à saúde – décima revisão. 4a ed. São Paulo: OMS; 1997.
2. Organización Mundial de la Salud. MPOWER: um plan de medidas para hacer retroceder la epidemia de tabaquismo. Ginebra: OMS; 2008.
3. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Instituto Nacional do Câncer. Ação global para o controle do tabaco: 1º tratado internacional de saúde pública. Rio de Janeiro: INCA; 2004.

4. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Pesquisa nacional por amostra de domicílios. Tabagismo 2008. Rio de Janeiro: IBGE; 2009.
5. Azevedo RCS, Higa CMH, Assumpção ISAM, Fernandes RF, Boscolo MM, Frazatto CRG et al. Atenção aos tabagistas pela capacitação de profissionais da rede pública. Rev Saúde Pública. 2008;42(2):353-55.
6. Viegas CA. A abordagem breve. In: Gigliotti A, Presman S, organizadores. Atualização no tratamento do tabagismo. Rio de Janeiro: ABP-Saúde; 2006. p. 21-26.
7. Brasil. Ministério da Saúde. Instituto Nacional do Câncer. Abordagem e Tratamento do Fumante – Consenso 2001. Rio de Janeiro; INCA; 2001.
8. Iglesias R, Prabhat JHA, Pinto M, Silva VLC, Godinho J. Controle do Tabagismo no Brasil [Internet]. Washington, DC: World Bank; 2007 [citado em 2010 mar 10]. Disponível em: <http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/Controle%20do%20Tabagismo%20no%20Brasil.pdf>
9. Peixoto SV, Firmo JOA, Costa MFL. Fatores associados ao índice de cessação do hábito de fumar em duas diferentes populações adultas (Projetos Bambuí e Belo Horizonte). Cad Saúde Pública. 2007 jun;23(6):1319-328.
10. Caram LMO, Ferrari R, Tanni SE, Coelho LS, Godoy I, Martin RSS et al. Perfil de fumantes em serviço público para tratamento do tabagismo. J Bras Pneumol 2009;35(10):980-85 .
11. Haggström FM, Chatkin JM, Cavalet-Blanco D, Rodin V, Fritscher CC. Tratamento do tabagismo com bupropiona e reposição nicotínica. J Pneumol. 2001;27(5):255-61.
12. Martins KA, Pontes AEB, Fornés NS. Caracterização de fumantes em tratamento para abandono do tabagismo e seu perfil de consumo alimentar. Brasília Méd. 2009; 46(3):228-240.
13. Santos SR, Gonçalves MS, Leitão Filho FSS, Jardim JR. Perfil dos fumantes que procuram um centro de cessação de tabagismo. J Bras Pneumol 2008;34(9):695-01.
14. Szklo AS, Otero UB. Perfil dos fumantes que não buscam tratamento para deixar de fumar, município do Rio de Janeiro. Rev Saúde Pública. 2008;42(1):139-42.
15. Vendrametto MC, Silva MC, Gomes MF, Mella Junior SE, Mella EAC. Prevalência de tabagismo em docentes de uma instituição de ensino superior. Arq Ciências Saúde UNIPAR. 2007 maio/ago;11(2):123-28.
16. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Cidades [Internet]. [citado em 2010 abr 01]. Disponível em: <http://www.ibge.gov.br/cidadesat/topwindow.htm?1> .%20

17. Carvalho CRS. O Instituto Nacional do Câncer e o Controle do Tabagismo: uma análise da gestão federal do tratamento do tabagismo no SUS [Dissertação]. Rio de Janeiro: Fundação Oswaldo Cruz, Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca; 2009.
18. Brasil. Ministério da Saúde. Instituto Nacional do Câncer. Jovem/mulher na mira e tabaco [Internet]. 2007. [citado em 10 jun 2009]. Disponível em: <http://www.inca.gov.br>.
19. Echer IC, Menna Barreto SS, Motta GCP. Fatores que contribuem para o abandono do tabagismo. *Rev Gaúcha Enferm* . 2007;28(3):350-58.
20. Souza DPO, Silveira Filho DX. Uso recente de álcool, tabaco e outras drogas entre estudantes adolescentes trabalhadores e não trabalhadores. *Rev Bras Epidemiol*. 2007;10(2):276-87.
21. Cavalcante T, Pinto M. Considerações sobre tabaco e pobreza no Brasil: consumo e produção de tabaco. In: Brasil. Ministério da Saúde. Organização Pan-Americana da Saúde. Tabaco e pobreza, um círculo vicioso - a convenção-quadro de controle do tabaco: uma resposta. Brasil: Ministério da saúde; 2004. p. 97-136.
22. Presman S, Carneiro E, Gigliotti A. Tratamentos não-farmacológicos para o tabagismo. *Rev Psiquiatr Clín*. 2005;32(5):267-75.
23. Banco Mundial. A epidemia do tabagismo: os governos e os aspectos econômicos do controle do tabaco. Washington, DC: World Bank; 1999.
24. Presman S. Intervenção intensiva e terapia de grupo. In: Gigliotti AP, Presman S, organizadores. Atualização no tratamento do tabagismo. Rio de Janeiro: ABP-Saúde; 2006; p. 27-51.
25. Yudkin P, Hey K, Roberts S, Welch S, Murphy M, Walton R. Abstinence from smoking eight years after participation in randomized controlled trial of nicotine patch. *BMJ* 2003;327(7405):28-9.
26. Precioso J. Boas práticas em prevenção do tabagismo no meio escolar. *Rev Port Clin Geral*. 2006;22:201-22.
27. Chatkin JM. A influência da genética na dependência tabágica e o papel da farmacogenética no tratamento do tabagismo. *J Bras Pneumol* 2006;32(6):573-79.
28. Lemos T, Gigliotti AP. Tabagismo e comorbidades psiquiátricas. In: Gigliotti AP, Presman S, organizadores. Atualização no tratamento do tabagismo. Rio de Janeiro: ABP-Saúde; 2006. p. 59-70.
29. Fiore MC, Novotny TE, Giovino GA, Hatziandreu EJ, Newcomb PA. Methods used to quit smoking in the United States. Do cessation program help? *JAMA* 1990;263(20):2760-765.

30. Laranjeira R, Gigliotti A. Tratamento da dependência da nicotina. *Psiquiatr Prat Med* 2001/2002;34(4):p. 1-9.

ARTIGO 2

**ABANDONO DO TRATAMENTO
DO TABAGISMO EM PROGRAMA DE
MUNICÍPIO DO NORTE DO PARANÁ**

**ABANDONO DO TRATAMENTO DO TABAGISMO EM PROGRAMA DE
MUNICÍPIO DO NORTE DO PARANÁ**

**WITHDRAWAL OF TREATMENT FOR SMOKING IN A PROGRAM OF A
MUNICIPALITY OF NORTHERN PARANA**

Denise Andrade Pereira Meier¹, Marli Terezinha Oliveira Vannuchi²,
Iara Aparecida de Oliveira Secco³

¹ Mestranda do Curso de Pós – Graduação em Gestão de Serviços de Saúde da Universidade Estadual de Londrina, Londrina-PR, Brasil

² Doutora em Saúde Pública. Docente do Curso de Pós – Graduação em Gestão de Serviços de Saúde da Universidade Estadual de Londrina, Londrina-PR, Brasil

³ Doutora em Enfermagem. Docente do Curso de Pós – Graduação em Gestão de Serviços de Saúde da Universidade Estadual de Londrina, Londrina-PR, Brasil

Texto elaborado a partir da dissertação de mestrado apresentada à Universidade Estadual de Londrina, Londrina-PR, Brasil, 2010.

Endereço para correspondência:

Rua Pinheiros, 139, Jd. Morumbi, Cambé-PR, Brasil. CEP 86191-776
demeier01@gmail.com

Resumo

O objetivo deste estudo foi investigar o abandono do tratamento no Programa de Controle do Tabagismo em Cambé-PR. Trata-se de um estudo transversal, realizado com 92 fumantes. Na coleta de dados foram utilizadas as fichas de avaliação inicial do fumante, relatórios mensais de prestação de contas do programa e entrevistas semi-estruturadas com os fumantes que abandonaram o tratamento. Os resultados mostram que, dentre os participantes do Programa, houve predominância feminina (57=62%), com idade entre 40 a 59 anos (50=54,3%). A maioria era casada (55=59,8%). A idade de iniciação no tabagismo ocorreu entre 10 e 20 anos (79=85,9%), e 47 (51,1%) já haviam realizado de uma a três tentativas prévias de cessação. Foi detectado que 56 (60,9%) associaram o trabalho com o fumo e 60 participantes (65,1%) eram dependentes nicotínicos de grau elevado e muito elevado sendo que, 78 (84,5%) estavam no estágio de contemplação para abandonar o cigarro. O percentual de abandono do programa foi de 23,8%. Entre os tabagistas que abandonaram o tratamento 27 (61,8%) eram do sexo masculino. As causas do abandono do programa relacionaram-se com o local em que o programa é desenvolvido, tipo de terapia utilizada, horário das reuniões e aos profissionais que prestaram assistência. A utilização da terapia cognitivo-comportamental como única estratégia não favoreceu a continuidade do tratamento. A associação de bupropiona com adesivo de nicotina colaborou para a cessação do tabagismo.

Descritores: Tabagismo. Programa nacional de controle do tabagismo. Abandono do hábito de fumar Prevenção & controle.

Abstract

This study aims at investigating the treatment withdrawal in the Program for Tobacco Control in Cambé-PR, Brazil. This is a cross-sectional survey with 92 smokers. In data collection were used the registration forms of the smokers, the monthly accounting records of the program and semi-structured interviews with smokers who gave up on the treatment. The results showed that, among the program participants, were predominantly female (57 = 62.0%), aged between 40-59 years (50 = 54.3%). Most were married (55 = 59.8%). Smoking initiation occurred between the age of 10 and 20 years (79 = 85.9%) and 47 (51.1%) had made one to three previous attempts to stop smoking. It was found that 56 (60.9%) associated addiction with their work activity and 60 participants (65.1%) were high-grade nicotine dependent and 78 (84.5%) were in the contemplative stage of smoking cessation. The dropout rate of the program was 23.8%. Among smokers who gave up treatment 27 (61.8%) were male. The causes of the abandonment of the program were related to the location where the program was developed, type of therapy used, dates of meetings and the professionals who provided assistance. The use of cognitive-behavioral therapy as one method hasn't contributed for the continuation on the treatment. The combination of bupropion and the nicotine patch has contributed to smoking cessation.

Keywords: Smoking. National Tobacco Control Program. Smoking cessation. Prevention & Control.

INTRODUÇÃO

O tabagismo é uma doença epidêmica resultante da dependência da nicotina e pode ser classificada no grupo dos transtornos mentais e de comportamento decorrentes do uso de substâncias psicoativas, de acordo com a 10ª Revisão de Classificação Internacional de Doenças¹.

O consumo do tabaco é fator de risco para seis das oito principais causas de mortalidade em todo mundo: cardiopatia isquêmica, enfermidades cerebrovasculares, infecções de vias respiratórias inferiores, doença pulmonar obstrutiva crônica (DPOC), câncer de traquéia, brônquios e pulmões e tuberculose. O tabagismo é considerado como uma das dependências químicas de mais difícil tratamento^{2,3}.

Cerca de cinco milhões de pessoas morrem no mundo a cada ano em consequência do tabaco, sendo que no Brasil estima-se cerca de duzentas mil mortes por ano em decorrência do uso do tabaco⁴.

Tendo em vista sua complexidade, o tabagismo requer uma abordagem ampla com integração de diversos componentes para tratamento da dependência nicotínica. Portanto, são necessárias associações de medidas psicossociais e não medicamentosas às medidas farmacológicas⁵.

A Organização Mundial da Saúde (OMS) propôs em 2008, um plano de medidas para fazer retroceder a epidemia do tabagismo, conhecido como *mpower*, e suas medidas são representadas em quatro sessões: *m-monitor* – vigiar o consumo do tabaco; *p-protect* – proteger a população do fumo do tabaco; *o-offer* – oferecer ajuda para o abandono do tabaco; *w-warn* – advertir sobre os perigos do tabaco; *e-enforce* – fazer cumprir as proibições sobre publicidade, promoções e patrocínios e, *r-raise* – aumentar os impostos sobre o tabaco².

Este plano foi elaborado a partir das diretrizes da Convenção-Quadro para Controle do Tabaco, realizada no ano de 1999, em Genebra. Esta convenção constitui-se no primeiro tratado internacional de saúde pública e dispõe de normas para contenção global do tabaco. O referido documento foi assinado por 192 países e apresenta estratégias ancoradas em ações de informação,

regulamentação e aumento dos impostos para os países interessados na convenção⁶.

Embora muitos países já implementem as medidas *mpower*, ainda há um trabalho considerável a desenvolver, pois apenas 10% da população mundial estão cobertos por alguma das medidas propostas por esse plano. Das grandes metrópoles mundiais, somente 22 implantaram legislação para ambientes livres do tabaco após a proposta do plano. A OMS destacou o Rio de Janeiro, São Paulo e Salvador como as três últimas cidades a adotarem medidas legislativas para o controle do tabaco, após a publicação do documento, o que leva a concluir a necessidade de implementação de ações efetivas no país em relação à problemática⁷.

No Brasil, o Ministério da Saúde (MS) desempenha há duas décadas suas políticas de ação contra o tabaco através do Instituto Nacional do Câncer (INCA). Uma das ações neste sentido é o Programa Nacional de Controle do Tabagismo (PNCT) que apresenta como estratégias de ação a proteção social (promoção à saúde, divulgação de informações sobre o tabaco, acesso ao tratamento), a dimensão política (relação com os movimentos sociais, questões federativas) e a dimensão econômica (relação com os agricultores, regulação da propaganda, impostos sobre o tabaco, repressão ao comércio ilícito, etc.)⁸.

O PNCT é inovador, principalmente no que concerne ao avanço da legislação antitabagismo, e já atende muitas recomendações da Convenção-Quadro para o controle do tabaco, assinada em 2003 e ratificada em 2005. Entretanto, para alcançar reduções sustentáveis na morbi-mortalidade pelo fumo, o Brasil deve continuar a investir tanto nas ações voltadas à iniciação no tabagismo, quanto naquelas destinadas à cessação⁹.

Para atingir os objetivos propostos pelo programa, foi organizada uma rede nacional para gerenciamento regional do programa, através do processo de descentralização e parceria com as secretarias estaduais e municipais de saúde, seguindo a lógica do Sistema Único de Saúde (SUS)¹⁰.

As ações para promover a cessação do tabagismo têm como objetivo principal motivar os fumantes a deixarem de fumar e aumentar o acesso dos mesmos a métodos eficazes para tratamento da dependência. Com este enfoque, o INCA disponibiliza aos municípios todo o material necessário para o tratamento, que

vai desde cartilhas informativas até os medicamentos propriamente ditos, incluindo a capacitação dos profissionais que prestarão assistência¹⁰.

O abandono do tabaco não é uma decisão súbita, pelo contrário, o fumante passa por um processo cheio de estágios de mudança descritos por Prochaska e Di Clemente (1985) como estágio pré-contemplativo, contemplativo, preparação para ação e ação. Na pré-contemplação as pessoas acreditam que não devam mudar seu comportamento e que quando assim desejarem, poderá fazê-lo facilmente. Já no estágio da contemplação, os fumantes compreendem a necessidade de mudança de comportamento, porém não vislumbram o momento desse acontecimento e não desenvolvem ações para realizar essa mudança, efetivamente. Na preparação, os fumantes começam a preparar-se para a mudança de comportamento. No estágio da ação, os fumantes desempenham efetivamente ações para cessação do tabagismo¹¹.

O tratamento para cessação permeia esses estágios e sua intensidade, duração e o tipo de intervenção devem se adequar ao estágio de mudança do paciente. Desta forma, os profissionais de saúde devem ter percepção do estágio motivacional para conduzir o fumante à ação através dos métodos não farmacológicos e farmacológicos, mesmo com as influências que a dependência nicotínica pode gerar tanto fisiológica, como cultural quanto social¹².

A escala de Fagerström constitui-se em um instrumento utilizado há anos para caracterização da dependência nicotínica a partir de seis questões. Cada questão apresenta uma pontuação e a soma das alternativas permite ao profissional conhecer o grau da dependência, que varia de muito baixa a muito elevada¹³. O Quadro a seguir ilustra esta escala.

Quanto tempo após acordar você fuma seu primeiro cigarro?	(0) Após 60 minutos (1) Entre 31 e 60 minutos (2) Entre 6 e 30 minutos (3) Dentro de 5 minutos
Você acha difícil não fumar em lugares proibidos como igrejas, bibliotecas, etc?	(0) Não (1) Sim
Qual cigarro do dia traz mais satisfação?	(0) Outros (1) O primeiro da manhã
Quantos cigarros você fuma por dia?	(0) Menos de 10 (1) De 11 a 20 (2) De 21 a 30 (3) Mais de 31
Você fuma mais freqüentemente pela manhã?	(0) Não (1) Sim
Você fuma, mesmo doente, quando precisa ficar de cama a maior parte do tempo?	(0) Não (1) Sim

Figura 1 – Escala de Fagerström (BRASIL, 2001)

O hábito de fumar pode variar conforme o sexo, faixa etária, estado civil, trabalho, escolaridade, condições de saúde, intensidade da dependência nicotínica, entre outras características, o que determina a importância em conhecer os principais aspectos de uma população diante do hábito de fumar para, então, planejar ações preventivas mais eficazes.

Contudo, a respeito do abandono do tratamento do tabagismo, pouco se conhece principalmente quanto as causas que conduzem o fumante a apresentar tal comportamento, faz-se, portanto fundamental revelar esta informação para implementar o PNCT com vistas a cessação do uso do tabaco ao prestar assistência com qualidade, colaborando para o enfrentamento de um dos maiores desafios da saúde pública mundial: o fumo¹⁴.

No Brasil muitos municípios implementam o PNCT e no Paraná, as ações de combate ao fumo iniciaram em meados de 1979 com medidas pontuais de educação e informação sobre os prejuízos advindos do tabagismo. Com os avanços legislativos e tributários sobre o cigarro, o estado consolidou o programa e conta com grande parte das equipes de saúde capacitadas para atuação no controle do tabaco¹⁵. No município de Cambé-PR o programa teve início no ano de 2007 e conta com ações voltadas à educação e promoção da saúde através da cessação do tabagismo, de acordo com o PNCT.

Nesta perspectiva, dada a relevância do problema para a saúde pública, este estudo teve como objetivo investigar o abandono do tratamento disponibilizado por este programa.

METODOLOGIA

A presente pesquisa apresenta delineamento transversal com população constituída por 92 fumantes que iniciaram o tratamento do tabagismo do Programa de Controle do Tabagismo (PCT) do município de Cambé-PR nos anos de 2007 e 2008.

O município de Cambé localiza-se na região norte do Paraná e apresenta uma população de aproximadamente 97.329 habitantes¹⁶.

Para acesso ao PCT o fumante inscreve seu nome em lista de espera na sua Unidade de Saúde da Família (USF) de referência. Com a disponibilização de novas vagas, o fumante comparece à USF para reunião de sensibilização e consulta de avaliação clínica. Após, realiza-se o agendamento da primeira sessão estruturada, que ocorre em uma sala de reuniões na região central do município as segundas-feiras à tarde, semanalmente.

Cada novo grupo terapêutico disponibiliza 25 vagas ao município e o tratamento conta com uma reunião de sensibilização com consulta de avaliação clínica e quatro encontros semanais. Caso o participante não obtenha sucesso na cessação do tabagismo, ele poderá continuar a terapêutica nas sessões de manutenção. Ressalta-se que este PCT em questão é referência para quatro USF de Cambé-PR.

Os instrumentos utilizados na coleta de dados foram as fichas de avaliação inicial do fumante, relatórios mensais de prestação de contas do programa e entrevistas semi-estruturadas com os fumantes que abandonaram o tratamento. Realizou-se pré-teste entre trabalhadores de diversas áreas com o objetivo de adequar o instrumento.

Para entrevista foram selecionados 44 fumantes que abandonaram o tratamento no percurso compreendido desde a avaliação clínica até a quarta sessão

terapêutica. Esses pacientes foram previamente contatados e entrevistados em suas residências. Destes, foram excluídos 10 fumantes que não foram localizados após três tentativas em períodos diferentes. Sendo assim, 34 (77,3%) dos fumantes participaram da etapa das entrevistas.

Para operacionalização dos objetivos propostos foram utilizadas variáveis sócio-demográficas – sexo, faixa etária, estado civil, escolaridade, trabalho e origem do encaminhamento, e variáveis relativas ao hábito de fumar que consistiram em idade de início no tabagismo, número de tentativas sem conseguir a cessação, convivência com fumantes na residência, existência de associação entre o fumo e o trabalho, histórico familiar e pessoal de transtorno psiquiátrico, avaliação do grau de dependência nicotínica e avaliação do grau de motivação para o abandono do tabaco.

Para definição das causas de abandono do tratamento do tabagismo referidas pelos fumantes, foram utilizadas as questões do formulário de entrevista. Este foi composto por cinco questões, sendo quatro fechadas e uma aberta. As questões referem-se à: participação do entrevistado no PCT; motivo do abandono do Programa (local, dia da semana, horário, profissionais, tipo de terapia utilizada ou a outro motivo); manutenção do hábito de fumar; desejo em participar novamente do PCT.

Para ilustração do texto foram utilizados alguns relatos dos entrevistados e identificados com a letra E seguida do número do entrevistado.

A digitação e tabulação dos dados foram realizadas nos programas Microsoft Office Excel e Word 2007. A análise descritiva foi utilizada para processamento dos dados, com uso de porcentagens para distribuição das frequências encontradas.

Esse estudo foi analisado e aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Estadual de Londrina com emissão do parecer nº116/09.

RESULTADOS

As características sócio-demográficas dos 92 fumantes que participaram da consulta de avaliação clínica estão apresentadas na Tabela 1.

Tabela 1 – Características sócio-demográficas dos fumantes que iniciaram o tratamento de cessação do fumo no Programa de Controle ao Tabagismo em Cambé - PR, 2007 e 2008.

VARIÁVEIS	N	%
SEXO		
Feminino	57	62,0
Masculino	35	38,0
Total	92	100,0
FAIXA ETÁRIA		
18 a 39 anos	26	28,3
40 a 59 anos	50	54,3
Acima de 60 anos	16	17,4
Total	92	100,0
ESTADO CIVIL		
Casado	55	59,8
Solteiro	5	5,4
Separado/Divorciado	22	23,9
Viúvo	10	10,9
Total	92	100,0
ESCOLARIDADE		
Analfabeto	8	8,7
1º Grau completo	25	27,2
1º Grau incompleto	26	28,3
2º Grau completo	29	31,5
Nível superior completo	4	4,3
Total	92	100,0
TRABALHA FORA DE CASA		
Sim	46	50,0
Não	46	50,0
Total	92	100,0
ORIGEM DO ENCAMINHAMENTO AO PCT		
Procura voluntária	52	56,5
Indicação médica ou clínica particular	25	27,2
Indicação de um amigo ou colega de trabalho	14	15,2
Outra forma de encaminhamento	1	1,1
Total	92	100,0

Há predominância do sexo feminino (57=62%), com média de idade entre 40 a 59 anos (50=54,3%), casados (55=59,8%) e com escolaridade máxima primeiro grau completo (51=64,2%). Metade da população trabalha fora de casa e a maioria procurou ajuda do PCT voluntariamente (52=56,5%).

Quanto às características relacionadas ao hábito de fumar, 79 (85,9%) iniciaram o uso do tabaco entre 10 e 20 anos, sendo que do total, 47 (51,1%) tentaram abandonar o tabagismo de uma a três vezes, sem sucesso. A maioria foi classificada com grau de dependência nicotínica elevado e muito elevado (60=65,1%). Houve predominância de fumantes no estágio motivacional contemplativo (78=84,8%).

Verificou-se ainda que a convivência com fumantes na mesma residência apresentou pouca variação, sendo que 47 (51,1%) não co-habitam com fumantes. A associação do fumo com o trabalho foi referida por 56 fumantes (60,9%). Quanto ao histórico familiar de transtorno psiquiátrico, 58 (63%) não apresentaram. Observa-se ainda que 77 (83,7%) não possuem história prévia de transtorno psiquiátrico.

Do total de 92 fumantes que participaram da consulta de avaliação clínica, 63 participaram da primeira sessão estruturada, implicando em uma desistência de 29 tabagistas. O percentual de fumantes que abandonaram o tratamento (entre a primeira sessão e a quarta) foi de 23,8%. Mais da metade dos participantes que concluíram a quarta sessão de tratamento obtiveram sucesso na cessação (66,6%) e destes, 83,3% necessitaram de terapia farmacológica. Destaca-se que concluíram o tratamento 48 fumantes, resultando em uma desistência de 44 indivíduos desde a consulta de avaliação clínica.

Verificou-se que um elevado índice aponta para o uso de fármacos durante o tratamento (83,3%). Do total de pacientes que utilizaram como forma de tratamento a terapia cognitivo-comportamental associada a fármacos, apenas 3 (4,8%) abandonaram o PCT. O abandono do tratamento apresentou maior índice quando utilizada a terapia cognitivo-comportamental como única forma de tratamento (12=19%). Destaca-se que a terapia cognitivo-comportamental se fez presente na utilização de outros tratamentos em concomitância.

Observou-se ainda que, a associação de adesivo de nicotina com bupropiona contribuiu para a cessação do fumo, pois 23 (36,5%) dos fumantes obtiveram sucesso ao término da quarta sessão com seu uso.

A maioria dos fumantes que abandonaram o PCT é do sexo masculino somando 27 (61,8%) contra 17 (38,2%) mulheres. A faixa etária predominante dos desistentes foi de 40 a 59 anos.

A Tabela a seguir apresenta as principais causas que conduziram os fumantes ao abandono do tratamento.

Tabela 2 – Principais causas relacionadas ao abandono do tratamento do tabagismo do Programa de Controle do Tabagismo de Cambé-PR, 2007 e 2008.

CAUSA REFERIDA	N	%
Local de difícil acesso	33	97,0
Dia da semana inadequado	2	5,8
Horário das reuniões inadequado	8	23,5
Incompatibilidade com os profissionais	8	23,5
Terapia prescrita inconveniente	9	26,4

O local das reuniões foi o principal fator de dificuldade relatado pelos fumantes que abandonaram o tratamento (33=97%). O tipo de terapia prescrita desagradou 9 (26,4%) dos participantes. O horário dos encontros (8=23,5%) e a incompatibilidade com os profissionais que prestaram assistência (8=23,5%) também desmotivaram os fumantes na continuidade do tratamento.

DISCUSSÃO

Os resultados do presente estudo apontam para a predominância da participação feminina no PCT. Possivelmente, as mulheres têm mais facilidade em reconhecer dificuldades na interrupção do tabagismo e buscar ajuda. Os homens têm dificuldades em reconhecer suas fragilidades, cultivando o pensamento mágico que rejeita a possibilidade de adoecer. Alguns homens entrevistados verbalizaram a dificuldade e vergonha em retirar-se do trabalho para comparecer ao PCT, mesmo tendo enviado a declaração de participação ao patrão^{14,17}.

O tabagismo feminino está relacionado com a sociedade contemporânea, na qual a mulher sofre fortes pressões do mercado de trabalho, das demandas sócio-familiares, entre outras contradições, e o cigarro torna-se um “companheiro” para auxiliá-las a suportar toda essa sobrecarga¹⁸.

Em nível mundial, as taxas de fumantes do sexo masculino estabilizaram ou apresentaram um discreto declínio enquanto as taxas de fumantes do sexo feminino vêm aumentando progressivamente. A última pesquisa nacional por amostra de domicílios (PNAD), realizada em 2008, verificou que no Brasil, 21,6% dos fumantes são do sexo masculino, enquanto 13,1% são do sexo feminino^{19,20}.

A OMS estimou que, em 2002, de cinco milhões de pessoas acometidas fatalmente pelo cigarro, metade seriam pessoas em idade produtiva (35-69 anos)²¹. Esse estudo apresentou uma população participante do PCT com idades entre 40-59 anos. O percentual de fumantes no Brasil é maior na população com faixa etária entre 45 a 64 anos (22,7%)²⁰, logo, esta população procura mais ajuda para cessação do tabagismo em relação às outras faixas etárias. A prevalência do hábito de fumar está associada com a idade, e cada ano a mais de vida está associado a uma redução de 1% de chance de o indivíduo fumar regularmente^{20,21,22}.

Os danos causados pelo cigarro a este grupo etário vão além da morbi-mortalidade, pois, considerando essa uma população produtiva em relação à força de trabalho, leva-se em conta também as alterações econômicas derivadas do uso do tabaco. As principais causas de morte no Brasil são as doenças do aparelho circulatório e neoplasias. Entre as neoplasias o câncer de traquéia, brônquios e pulmões acometem a maioria dos brasileiros, ou seja, todas relacionadas com o tabagismo⁶. O aumento da idade favorece o surgimento das co-morbidades e consequentemente aumenta o risco de morte, logo, pessoas com mais idade tendem a preocupar-se mais com a saúde e procurar os PCT para cessação como forma de adiar o acometimento fatal pelas doenças associadas ao cigarro^{10,23}.

O apoio familiar e de pessoas queridas fortalece a decisão de abandonar o tabagismo. Os indivíduos casados têm maior suporte social no processo de cessação, e estes dados são compatíveis ao encontrado na presente pesquisa, na qual os indivíduos casados constituíram maioria para participar do tratamento do tabagismo (55=59,8%). Uma pesquisa publicada no INCA sobre a

prevalência do uso de tabaco entre idosos comprovou que a solidão e o isolamento dos solteiros aumentam a vulnerabilidade da manutenção do tabagismo. Os resultados mostraram que os idosos solteiros apresentavam 66% mais chances de serem tabagistas do que os casados e viúvos^{22,24,25}.

O grau de escolaridade tem sido uma das principais variáveis sócio-demográficas no estudo do tabagismo. A prevalência do tabagismo no Brasil está mais concentrada nos grupos com baixo nível sócio-econômico e em 2003 mostrou-se 1,5 a 2 vezes mais alta entre os que possuem pouca ou nenhuma escolaridade. A prevalência entre homens e mulheres é mais alta para fumantes que apresentam de zero a oito anos de escolaridade. Em 2008 o percentual de tabagistas manteve-se alto nos grupos sem instrução até sete anos de estudo (PNAD, 2008)^{14,26,27}.

Observa-se que a população do estudo apresentou um baixo nível de escolaridade. Nota-se com este resultado que a divulgação do PCT e a conscientização acerca dos malefícios do fumo estão atingindo camadas com menor nível de escolaridade¹⁴.

O ambiente de trabalho, onde as pessoas passam a maior parte do tempo, pode reforçar ou modificar o tabagismo. Isto aponta para a necessidade de adoção de políticas para ambientes livres do tabaco, entre outros investimentos relacionados à divulgação de informações, etc. Neste estudo metade da população referiu trabalhar fora de sua residência, implicando em maior atenção para esta população²⁸.

Estudo com jovens de Cuiabá – MT verificou que os jovens trabalhadores têm mais tendência à iniciação em drogas psicoativas do que jovens não trabalhadores, principalmente no que se refere ao uso do tabaco. Esta iniciação no tabagismo deriva muitas vezes da necessidade em aliviar as tensões impostas pelo ambiente de trabalho, das longas jornadas de trabalho ou da influência de colegas de trabalho que fumam²⁹.

A predominância da procura voluntária pelo tratamento pelos fumantes deste estudo revela a sensibilização dos mesmos a respeito dos malefícios do cigarro. A parcela de fumantes brasileiros que visitaram algum médico ou profissional de saúde em 2008 foi de 58,8%. Grande parte dos fumantes foi advertida a parar de fumar (57,1%) e 45,6% tentaram parar. Esses dados revelam que os profissionais de saúde podem potencializar a decisão do fumante na

cessação do uso do tabaco. Entretanto, os países de média e baixa renda apresentam escassas medidas de intervenção no controle do tabagismo, e os profissionais de saúde sequer realizam as mínimas intervenções para a cessação do uso do tabaco^{4,20,21}.

A abordagem mínima ao fumante proposta pelo INCA consiste em um método com duração de no máximo 10 minutos que incorpora os seguintes procedimentos: Pergunte – a respeito da motivação em parar de fumar; Aconselhe - motive o paciente a respeito dos benefícios relacionados à cessação do tabagismo e mostre que ele é capaz; Prepare - faça as devidas orientações a respeito das atividades que o auxiliarão a superar o período de abstinência e ajude-o a agendar uma data para parar de fumar; Acompanhe - agende novas consultas para acompanhar todo o processo de mudança de comportamento e prevenção de recaídas. Esta abordagem já é utilizada pelos profissionais do município de Cambé³⁰.

Quanto maior o tempo de abordagem, maiores as chances de cessação, logo, a abordagem mínima (com tempo inferior a três minutos) aumenta a taxa de cessação em 30%. A abordagem de três a dez minutos aumenta em 60% e a abordagem de maior intensidade (acima de dez minutos de duração), aumenta em mais de 100%³¹.

Neste estudo observa-se a iniciação precoce dos participantes no tabagismo. O tabagismo é considerado uma doença pediátrica, especialmente nos países em desenvolvimento, cuja iniciação começa em 90% dos casos antes dos 19 anos. No Brasil, a média de idade de iniciação no tabagismo está entre 17 a 19 anos (31,9%). Isto pode ser afirmado também através desta pesquisa, onde a maioria dos fumantes apresentou idade de início no tabagismo entre 10 a 20 anos (79=85,9%). Quanto menor a idade em que se começa a fumar, maiores são as chances de se tornar um dependente nicotínico de grau elevado e maiores serão as conseqüências advindas do fumo. Além do mais, o uso precoce do tabaco abre precedentes para iniciação em outras drogas como álcool, maconha e cocaína^{20,32,33}.

O tabaco é a segunda droga mais consumida entre os jovens, no mundo e no Brasil, e isso se deve às facilidades e estímulos para obtenção do produto, entre eles o baixo custo. A iniciação no tabagismo é decorrência de fatores multicausais e está associada a fatores pessoais, fatores sociais e fatores

ambientais. O município de Cambé ainda não adotou estratégias para atingir o público jovem com ações de educação e vigilância do tabagismo em escolares^{6,32}.

A maioria dos fumantes realiza diversas tentativas de cessação antes de abster-se do fumo efetivamente. Em média são necessárias cinco a sete tentativas para que se possa atingir o objetivo. A maioria dos fumantes do estudo já tentou parar de fumar em um número de uma a três vezes e, provavelmente, alguns irão recair e realizar novas tentativas até conseguirem manter uma abstinência efetiva. É imprescindível o conhecimento prévio dessa informação ao iniciar o tratamento com o intuito de planejar um novo método de tratamento que contribua para o sucesso terapêutico^{3,5,33}.

Quanto à convivência com fumantes na mesma residência, constatou-se que 47 (51,1%) obtiveram resposta negativa. Essa informação é de extrema importância, pois sabe-se que os fatores sociais induzem, principalmente o jovem, a iniciar o tabagismo. Nas relações sociais incluem-se os amigos, os pais, os irmãos, ídolos, entre outros, reforçando a aceitabilidade do cigarro no meio em que vivem³².

A motivação individual é o fator mais decisivo no processo de abandono do tabagismo, entretanto, outros fatores têm grande influência sobre o fumante, como o apoio de pessoas queridas, a proibição do cigarro no trabalho, no meio social do fumante, senso estético olfativo, valorização da vida, preocupações com a saúde e conhecimento das conseqüências do cigarro. A convivência com fumantes na mesma residência pode contrapor-se ao desejo do fumante em cessar o uso do tabaco e alterar a motivação para abandoná-lo³⁴.

A maioria dos fumantes da pesquisa relacionou o tabagismo com o trabalho, e como já mencionado anteriormente, tal associação pode ocorrer devido ao alívio das tensões, melhoria do humor e excitação do organismo³⁰. Em estudo sobre a prevalência do tabagismo entre docentes de uma instituição de nível superior, verificou-se que os docentes tabagistas há mais de dez anos fumavam mais no ambiente de trabalho (61%), enquanto os que fumavam há menos de dois anos, muitas vezes não fumavam no ambiente de trabalho por respeito aos demais colegas e à própria instituição. Sugere-se então que, quanto maior a dependência nicotínica, mais difícil será o controle do hábito, independente do ambiente em que estiver²⁸.

A proibição do fumo em locais públicos e as determinações sociais impostas aos fumantes acarretaram desconfortos em fumantes de uma pesquisa sobre fatores que contribuem para o abandono do tabagismo. O fator discriminação, por pior que seja, contribuiu para a modificação de seus hábitos, já que desejavam estar incluídos na sociedade. Logo, a adoção de políticas para ambientes livres do tabaco é fundamental para auxiliar na cessação do tabagismo e na proteção dos não fumantes, tendo em vista que é no trabalho que as pessoas passam maior parte de seu tempo³⁴.

O tabagismo é uma doença multifatorial na qual contribuições genéticas e ambientais são determinantes significativos tanto para a iniciação, quanto para a manutenção do hábito. O conhecimento prévio do histórico familiar e pessoal para transtornos psiquiátricos auxilia na detecção precoce de sinais e sintomas e definição de estratégias de tratamento que aumentem as chances de sucesso^{14,35}.

A depressão, a ansiedade e a dependência de outras drogas, além do tabaco, são co-morbidades psiquiátricas comuns entre fumantes. A cessação do tabagismo para fumantes com transtornos psiquiátricos pode agravar o quadro, implicando em uma melhor avaliação pelos profissionais perante estes agravos⁵.

A maioria dos participantes desta pesquisa referiu não ter histórico pessoal ou familiar para transtornos psiquiátricos, e isto eleva as chances desta população em abandonar o fumo, pois populações com transtornos psiquiátricos têm maior dificuldade no processo de cessação e chegam ao tratamento com relatos de várias tentativas frustradas¹⁴.

A maior procura do PCT foi por fumantes com elevado e muito elevado grau de dependência nicotínica (60=65,1%). Isto pode refletir a preocupação que fumantes muito dependentes têm sobre a piora de seu estado de saúde e a percepção sobre os benefícios que as intervenções para cessação de fumar pode trazer³⁶.

Estudo sobre avaliação da dependência nicotínica em um hospital psiquiátrico do Rio de Janeiro constatou que os elevados níveis de dependência nicotínica estão associados ao aumento da ingestão de álcool e outras substâncias, além disso, a predição de um elevado grau de dependência nicotínica remete a

maiores chances de fracasso no tratamento, dada a dificuldade em desvencilhar-se da dependência física e emocional^{37,38}.

Os fumantes deste estudo compreendiam os efeitos maléficos do cigarro, estavam dispostos a parar de fumar, porém não haviam agendado uma data específica. Sem sombra de dúvidas a motivação é o principal fator para superar o tabagismo durante o tratamento, entretanto, outras variáveis também devem ser levadas em consideração como os níveis de ansiedade e depressão. Quanto maiores os escores de ansiedade e depressão, menores as chances de sucesso no tratamento³⁴.

Para as pessoas se moverem ao estágio da ação elas precisam estar motivadas e acreditar que podem mudar seu comportamento. Na última PNAD a maioria dos fumantes brasileiros relatou não estar interessado em parar de fumar (47,9%)²⁰.

Quanto aos indicadores do PCT, observa-se um elevado percentual de perda de fumantes entre a consulta de avaliação clínica e a primeira sessão estruturada (31,5%). Em recente estudo sobre análise da gestão federal do tabagismo no SUS, verificou-se um percentual de 15,1%, em 2008 no Brasil, e apesar de flutuante, houve um decréscimo com o decorrer dos anos de 2005 a 2008⁸.

Durante a consulta de avaliação clínica, um dos fatores que identifica o fumante que está mais comprometido com a meta para cessação, é o fato dele se encontrar no estágio da ação, ou seja, pretender seriamente parar de fumar dentro do espaço de um mês. A existência mínima de fumantes neste estágio motivacional justifica este elevado valor³⁹.

Apesar da desistência dos fumantes em participar do PCT ser um aspecto notável desta pesquisa, o percentual de fumantes que abandonaram o tratamento é inferior ao constatado por Carvalho em 2009⁸, que foi de 25,30%. É necessária uma revisão dos fatores que conduzem a tal abandono, além do grau de motivação, pois a alteração da estrutura do grupo e a maior disponibilização da medicação parecem ter efeito positivo nos resultados⁴⁰. Um dos fumantes fundamentou sua desistência da seguinte forma:

Eu fui uma vez. Mas daí, sentia um desânimo de ver aquele povo velho lá. Eu era a mais nova. Assim não dá, tinha que ser gente da minha idade (E₁).

Na pesquisa, a adequação do local, do horário e das normas de funcionamento das reuniões pode auxiliar no fortalecimento do PCT. As reuniões eram desenvolvidas às segundas-feiras no período vespertino, sendo que 2 (5,8%) dos desistentes referiram como motivo o dia da semana inadequado e 8 (23,5%) relacionaram o abandono com o horário das reuniões. Existem poucos serviços públicos especializados no tratamento do tabagismo, todavia, garantir o acesso do fumante, enquanto o mesmo está em um bom estágio motivacional, é primordial⁴. As seguintes falas ilustram esta percepção.

Eu larguei o tratamento porque era muito longe do meu serviço. Meu patrão autorizou, mas, eu tinha que trabalhar até às 14h, e o grupo começava às 14h, aí é impossível chegar de ônibus (E₉).

Eu não fui porque quem colocou meu nome na fila de espera foi minha mãe. Eu falei pra ela não pôr, mas ela insistiu. Eu até fui na entrevista do posto, mas depois não fui mais lá no lugar que era pra ir (E₁₈).

Apesar da alta desistência, houve sucesso terapêutico em 66,6% dos casos. Vale ressaltar que a cessação do tabagismo neste estudo foi verificada de maneira pontual, até a quarta semana de tratamento. Este sucesso terapêutico foi observado no valor de 67% no ambulatório para tratamento do tabagismo no Ceará⁴⁰, 49% no ambulatório para tratamento do tabagismo da Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul³⁹, 40,6% na região metropolitana de Belo Horizonte²⁵.

É notável o percentual de fumantes que abandonaram o PCT que atribuíram a causa ao tipo de terapia utilizada, e o apoio medicamentoso foi utilizado em 83,3% dos casos. A associação da bupropiona com a terapia de reposição nicotínica (goma de nicotina ou adesivo de nicotina) favorece o sucesso terapêutico e previne recaída⁴⁰. Um dos tabagistas que abandonou o tratamento justificou-se com a seguinte fala.

O motivo que me fez desistir foi que o doutor achou que eu não precisava de remédio. Ir lá naquele lugar pra ficar falando do

cigarro me dava mais vontade de fumar!

Risos...(E₃₁)

O uso de terapia cognitivo-comportamental como única forma de tratamento, apresentou o maior percentual de abandono do PCT deste estudo. Em contrapartida, o uso associado de bupropiona com adesivo de nicotina favoreceu a cessação do tabagismo na quarta sessão.

Estudo verificou um percentual de sucesso significativamente menor nos fumantes que receberam apenas terapia cognitivo-comportamental, e os fumantes que receberam bupropiona associada ou não com terapia de reposição nicotínica apresentaram um mínimo risco para o fracasso³⁹.

O sucesso terapêutico está intimamente relacionado com o tratamento farmacológico, logo, a falta dos medicamentos tornou-se um empecilho no processo e muitos fumantes abandonaram o PCT exatamente no período de descontinuidade no fornecimento desses recursos pelo INCA. A justificativa para esta falha da gestão federal do programa foi a falha do cumprimento de contrato por algumas empresas farmacêuticas e a expiração do prazo de validade de alguns medicamentos⁸.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

O conhecimento acerca das características sócio-demográficas e relativas ao hábito de fumar da população de fumantes que busca auxílio no processo de cessação é fundamental para o planejamento adequado das ações de controle do tabagismo.

Os resultados quanto à predominância feminina, faixa etária adulto-produtiva, baixo grau de escolaridade, casados e com procura voluntária ao PCT coincidem com os achados na literatura. Foi constatado que os fumantes que procuraram o PCT iniciaram no tabagismo na adolescência, com tentativas prévias de cessação, associam o fumo com o trabalho, foram considerados fumantes com elevado grau de dependência nicotínica e ainda contemplavam o abandono do uso do tabaco.

A terapia farmacológica associada à cognitivo-comportamental mostrou-se mais efetiva do que somente a terapia cognitivo-comportamental. O uso de bupropiona associado ao adesivo de nicotina potencializou o tratamento e favoreceu a cessação do tabagismo ao término das quatro semanas de tratamento. A indisponibilidade desses recursos dificultou ainda mais o processo de adesão ao PCT.

O abandono do PCT apresentou-se relacionado a fatores estruturais do programa e ao tipo de terapia utilizada, especialmente quando indicado apenas o método cognitivo-comportamental. Os homens abandonaram mais o tratamento que as mulheres.

Apesar da descentralização do tratamento do tabagismo na rede pública ser um processo recente, o reconhecimento dos fatores que conduzem ao fracasso terapêutico devem ser verificados, analisados e modificados. A sensibilização dos gestores e profissionais da atenção básica quanto à gravidade desta epidemia mundial é o ponto de partida para implementação de ações de promoção da saúde e prevenção de agravos da população de fumantes e de não-fumantes, principalmente no que tange à saúde do adolescente.

Com relação a Política Nacional de Humanização, o cliente deve ser considerado como sujeito protagonista do processo de produção de saúde. Esta valorização se refere a mudanças nos modelos de atenção e gestão em saúde para consolidação prática dos princípios do Sistema Único de Saúde. O fumante é um dos principais atores na epidemia tabagista, logo, os serviços devem preparar-se para atendê-lo em todas as suas necessidades, acolhendo-o e tornando-o participante ativo no controle do tabagismo.

Algumas intervenções podem auxiliar para resolução de “nós” críticos do PCT como: a ampliação do acesso de fumantes ao PCT; a superação da prática assistencial tradicional, ao passo o tabagista seja visto em suas particularidades e diferenças; a reconfiguração das práticas assistenciais dos profissionais da equipe de saúde, com capacitação para escuta terapêutica garantindo assim, a interação entre profissionais e fumantes; a avaliação do PCT pelos profissionais, com a identificação dos problemas e adequação do PCT e a articulação do PCT com a população em geral e atores políticos.

Conclui-se que as intervenções para controle do tabagismo devem ser implementadas de modo a garantir a adesão dos fumantes ao PCT. Sabe-se que a motivação do tabagista em abandonar o fumo é um fator intrínseco, entretanto a capacidade das equipes de saúde em estimular a interrupção do seu uso e fornecer subsídios para o tratamento pode auxiliar na permanência do fumante durante o processo de tratamento para cessação do tabagismo, contribuindo desta forma para a promoção da saúde e prevenção de agravos relacionados ao tabaco.

REFERÊNCIAS

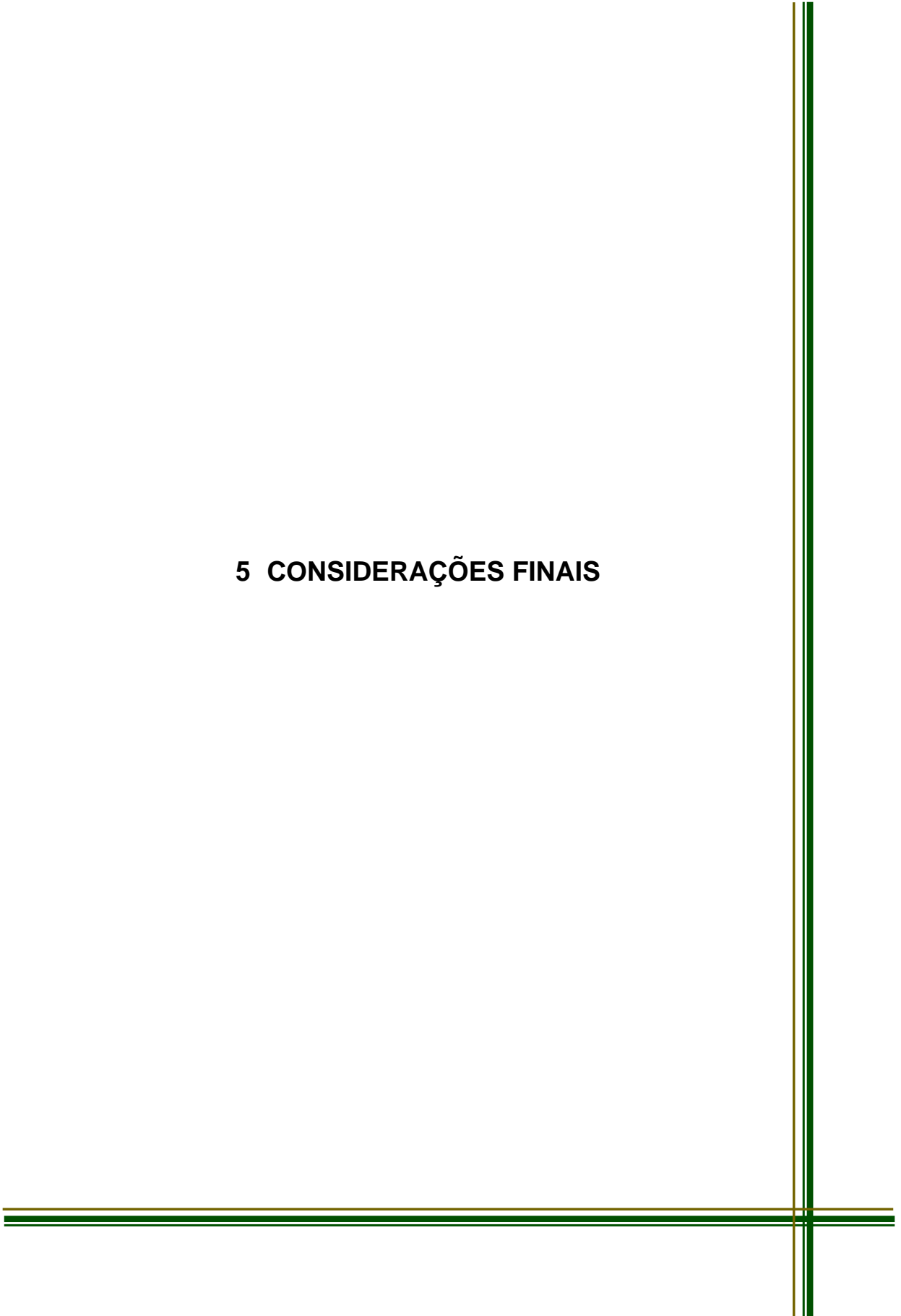
1. Organização Mundial da Saúde. Classificação estatística internacional de doenças e problemas relacionados à saúde (CID 10). 4th ed. São Paulo: Edusp; 1997.
2. Organización Mundial de la Salud. MPOWER: um plan de medidas para hacer retroceder la epidemia de tabaquismo. Ginebra: OMS; 2008.
3. Achutti A. Guia nacional de prevenção e tratamento do tabagismo. Rio de Janeiro: Vitro Comunicação & Editora; 2001.
4. Caram LMO, Ferrari R, Tanni SE, Coelho LS, Godoy I, Martin RSS et al. Perfil de fumantes atendidos em serviço público para tratamento do tabagismo. J Bras Pneumol. 2009;35(10):980-85.
5. Presman S. Intervenção intensiva e terapia de grupo. In: Gigliotti AP, Presman S, organizadores. Atualização no tratamento do tabagismo. Rio de Janeiro: ABP-Saúde; 2006; p. 27-51.
6. Brasil. Ministério da Saúde. Organização Pan-Americana da Saúde. Tabaco e Pobreza, um círculo vicioso – a convenção-quadro de controle do tabaco: uma resposta. Brasília: OMS; 2004.
7. World Health Organization. WHO report on the global tobacco epidemic, 2009: implementing smoke-free environments. Switzerland: WHO; 2009.
8. Carvalho CRS. O Instituto Nacional do Câncer e o controle do tabagismo: uma análise da gestão federal do tratamento do tabagismo no SUS [dissertação]. Rio de Janeiro: Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca, Fundação Oswaldo Cruz; 2009.
9. Iglesias R, Prabhat JHA, Pinto M, Silva VLC, Godinho J. Controle do Tabagismo no Brasil [Internet]. Washington, DC: World Bank; 2007 [citado em 2010 mar 10]. Disponível em: [http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/Controle% 20do% 20Tabagismo%20no%20Brasil.pdf](http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/Controle%20do%20Tabagismo%20no%20Brasil.pdf)

10. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Instituto Nacional do Câncer. Ação global para o controle do tabaco: 1º tratado internacional de saúde pública. Rio de Janeiro: Ministério da Saúde; 2004.
11. Prochaska JO, Diclemente CC. Stages and process of self-change of smoking: toward into a integrative model of change. *J Consult Clin Psychol* 1985;51(3):390-95.
12. Laranjeira R, Gigliotti A. Tratamento da dependência da nicotina. *Psiquiatr Prat Med [Internet]*. 2002 [citado 2010 mar 10];34(4):[about 5 p.]. Disponível em: http://www.unifesp.br/dpsiq/polbr/ppm/atu1_02.htm
13. Brasil. Ministério da Saúde. Instituto Nacional do Câncer. Abordagem e Tratamento do Fumante – Consenso 2001. Rio de Janeiro: INCA; 2001.
14. Santos SR, Gonçalves MS, Leitão Filho FSS, Jardim JR. Perfil dos fumantes que procuram um centro de cessação de tabagismo. *J Bras Pneumol*. 2008;34(9):695-701.
15. Paraná. Secretaria de Saúde do Estado do Paraná. Histórico do Programa de Controle do Tabagismo no Paraná [Internet]. 2009 [citado 2010 mai 31]. Disponível em: <http://www.saude.pr.gov.br/modules/conteudo/print.php?conteudo=279>.
16. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Cidades [Internet]. [citado em 2010 abr 01]. Disponível em: <http://www.ibge.gov.br/cidadesat/topwindow.htm?1>.%20>
17. Brasil. Ministério da Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Política nacional de atenção integral á saúde do homem (princípios e diretrizes) [Internet]. Brasília: Ministério da Saúde; 2008 [citado em 2010 mar 31]. Disponível em: <http://dtr2001.saude.gov.br/sas/PORTARIAS/Port2008/PT-09-CONS.pdf>.
18. Borges MTT, Barbosa RHS. Cigarro “companheiro”: o tabagismo feminino em uma abordagem crítica do gênero. *Cad Saúde Pública*. 2008;24(12):2834-842.
19. World Health Organization. Gender and tobacco control: a policy brief. Switzerland: WHO; 2007.
20. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Pesquisa nacional por amostra de domicílios. Tabagismo 2008. Rio de Janeiro: IBGE; 2009.
21. Organização Mundial da Saúde. Tabagismo e saúde nos países em desenvolvimento. Brasília: Ministério da Saúde; 2003.
22. Pesquisa indica que idosos solteiros fumam mais [Internet]. Folha de São Paulo 2006 jul 13 [citado em 2009 dez 12]. Disponível em: <http://www.inca.gov.br/tabagismo/atualidades/ver.asp?id=551>.
23. Ji M, Hofstetter RC, 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 .

24. Echer IC, Barreto SSM. Determinação e apoio como fatores de sucesso no abandono do tabagismo. *Rev Latinoam Enferm*. 2008;16(3): 445-51.
25. Peixoto SV, Firmo JOA, Costa MFL. Fatores associados ao índice de cessação do hábito de fumar em duas diferentes populações adultas (Projetos Bambuí e Belo Horizonte). *Cad Saúde Pública*. 2007 jun;23(6):1319-328.
26. Banco Mundial. Economic analysis of tobacco demand. tool 3. economics of tobacco toolkit. Washington, DC: The World Bank; 2003.
27. Silva GA, Valente JG, Almeida LM, Moura EC, Malta DC. Tabagismo e escolaridade no Brasil, 2006. *Rev Saúde Pública*. 2009 nov;43(Supl. 2):48-56.
28. Vendrametto MC, Silva MC, Gomes MF, Mella Junior SE, Mella EAC. Prevalência de tabagismo em docentes de uma instituição de ensino superior. *Arq Ciências Saúde UNIPAR*. 2007 maio/ago;11(2):123-28.
29. Souza DPO, Silveira Filho DX. Uso recente de álcool, tabaco e outras drogas entre estudantes adolescentes trabalhadores e não trabalhadores. *Rev Bras Epidemiol*. 2007;10(2):276-87.
30. Brasil. Ministério da Saúde. Instituto Nacional do Câncer. Abordagem mínima/básica do fumante (PAAPA) [Internet]. [citado em 2009 jul 10]. Disponível em: http://dab.saude.gov.br/docs/eventos/2a_mostra/abordagem_minima_basica.pdf
31. Fiore MC, Bailey WC, Cohen SJ, Dorfman SF, Goldstein MG, Gritz ER et al. Treating Tobacco use and dependence [Internet]. 2000. [citado em 2009 nov 12]. Disponível em: http://www.surgeongeneral.gov/tobacco/treating_tobacco_use.pdf
32. Precioso J. Boas práticas em prevenção do tabagismo no meio escolar. *Rev Port Clin Geral*. 2006;22:201-22.
33. Melo WV, Oliveira MS, Ferreira EA. Estágios motivacionais, sintomas de ansiedade e de depressão no tratamento do tabagismo. *Interação Psicol*. 2006;10(1):91-99.
34. Echer IC, Menna Barreto SS, Motta GCP. Fatores que contribuem para o abandono do tabagismo. *Rev Gaúch Enferm*. 2007;28(3):350-58.
35. Batra V, Patkar AA, Berrenttini WH, Weinstein SP, Leone FT. The genetic determinants of smoking. *Chest*. 2003;123(5):1730-740.
36. Szklo AS, Otero UB. Perfil dos fumantes que não buscam tratamento para deixar de fumar, município do Rio de Janeiro. *Rev Saúde Pública*. 2008;42(1):139-42.
37. Soares HLR, Gonçalves HCB. Avaliação da dependência nicotínica em um hospital municipal psiquiátrico do Rio de Janeiro. *Fractal Rev Psicol*. 2008 Jan./Jun; 20(1):335-36.
38. Rosemberg J, Rosemberg AMFA, Moraes MA. Nicotina: droga universal. São Paulo: Secretaria da Saúde. Centro de Vigilância Epidemiologia; 2003.

39. Haggström FM, Chatkin JM, Cavalet-Blanco D, Rodin V, Fritscher CC. Tratamento do tabagismo com bupropiona e reposição nicotínica. J Pneumol. 2001;27(5):255-61.
40. Sales MPU, Figueiredo MRF, Castro HN. Ambulatório de apoio ao tabagista no Ceará: perfil dos pacientes e fatores associados ao sucesso terapêutico. J Bras Pneumol. 2006;32(5):410-17.

5 CONSIDERAÇÕES FINAIS



A caracterização do perfil sócio-demográfico dos participantes do PCT apontou para predominância feminina (57=62%), com idade entre 40 a 59 anos (50=54,3%) e casados (55=59,8%). A maioria dos fumantes apresentou como escolaridade máxima o primeiro grau completo (59=64,2%) e 52 (56,5%) procuraram a ajuda do PCT voluntariamente.

Quanto ao hábito de fumar, para 79 (85,9%) a iniciação no tabagismo entre 10 e 20 anos e 79 (85,6%) já haviam realizado tentativas prévias para interrupção do uso do tabaco. Observou-se que 56 fumantes (60,9%) associaram o tabagismo com o trabalho. O teste de Fagerström identificou que 60 (65,1%) dos participantes apresentaram elevado ou muito elevado grau de dependência nicotínica. A avaliação do grau de motivação para o abandono do tabagismo apontou que 78 (84,8%) encontravam-se contemplativos.

Os métodos de tratamento mais utilizados no PCT em estudo, foram: terapia cognitivo-comportamental de forma exclusiva (20=31,7%) e adesivo de nicotina associado à bupropiona (34=54%). O sucesso na cessação ocorreu com o uso de adesivo de nicotina e bupropiona, associados (23=36,5%). O uso de terapia cognitivo-comportamental como único método de tratamento contribuiu para o abandono de 12 participantes (19%).

As causas de abandono relacionaram-se: ao local das reuniões, considerado para 33 fumantes (97%) como de difícil acesso; ao tipo de tratamento prescrito, principalmente quando a terapia cognitivo-comportamental foi o único método indicado (9=26,4%); ao horário dos encontros (8=23,5%) e às dificuldades no relacionamento com a equipe do PCT (8=23,5%)

A análise dos indicadores do tratamento antitabagismo aponta para dificuldades de adesão do fumante ao PCT na consulta de avaliação clínica, pois o indicador PF foi de 31,5%, considerado alto quando comparado ao nível nacional. O PCT mostrou-se bastante efetivo na cessação do uso do tabaco, com um FSF de 66,6%. O indicador FM também apresentou-se elevado (83,3%), entretanto, estudos apontam que o uso de medicação para o sucesso na cessação do tabagismo tem se tornado essencial.

Portanto, os resultados deste estudo permitem concluir que a participação feminina no PCT é notável e reforça a idéia de que mulheres procuram mais por ajuda reconhecendo, desta forma, a dificuldade de abstinência do cigarro e,

provavelmente, apresentando maior determinação que os homens para participação nas reuniões do tratamento. Os adultos, em faixa etária produtiva, também estão mais preocupados com a saúde ou já apresentam seqüelas resultantes do uso do tabaco.

Os fumantes casados apresentaram maior participação no tratamento e isto se deve às pressões exercidas por familiares e pessoas do convívio familiar. Outro aspecto importante foi o baixo nível de escolaridade dentre os participantes, o que denota conscientização da população com menor nível sócio-econômico, graças aos esforços do governo com campanhas de informação e à legislação que constrange, cada vez mais, os fumantes no meio social.

A procura voluntária pelo programa revela possíveis fragilidades no acolhimento do fumante pelos profissionais de saúde. Tendo em vista que a maioria da população brasileira procura um serviço de saúde de forma sistemática, cabe aos profissionais estimular o abandono do fumo, tendo em vista a promoção da saúde e a prevenção de agravos associados ao tabaco.

A iniciação precoce dos participantes no tabagismo reforça a classificação do tabagismo como doença pediátrica pela OMS. Sabe-se que quanto mais precoce a iniciação, mais dependente o jovem se tornará da nicotina, implicando em diversas tentativas frustradas de cessação e desmotivação para abandono do vício.

A associação do fumo com o trabalho sugere que a política de ambientes livres do tabaco complementada por técnicas de alívio do estresse pode auxiliar na cessação do tabagismo.

O elevado nível de dependência nicotínica e o grau de motivação para abandono do tabagismo explicam a grande desistência dos fumantes entre a consulta de avaliação clínica e a primeira sessão estruturada. A humanização do atendimento ao fumante e o acolhimento visto como um processo técnico-assistencial são fatores preponderantes para motivação da cessação do tabagismo durante todo processo de tratamento, todavia, a abordagem do fumante em seu primeiro contato na USF, durante a consulta de avaliação clínica, deve possibilitar estímulo suficiente para sua continuidade nas sessões terapêuticas.

A abordagem diferenciada do fumante durante consulta de avaliação clínica dentro da Política de Humanização do SUS inclui a escuta terapêutica e a

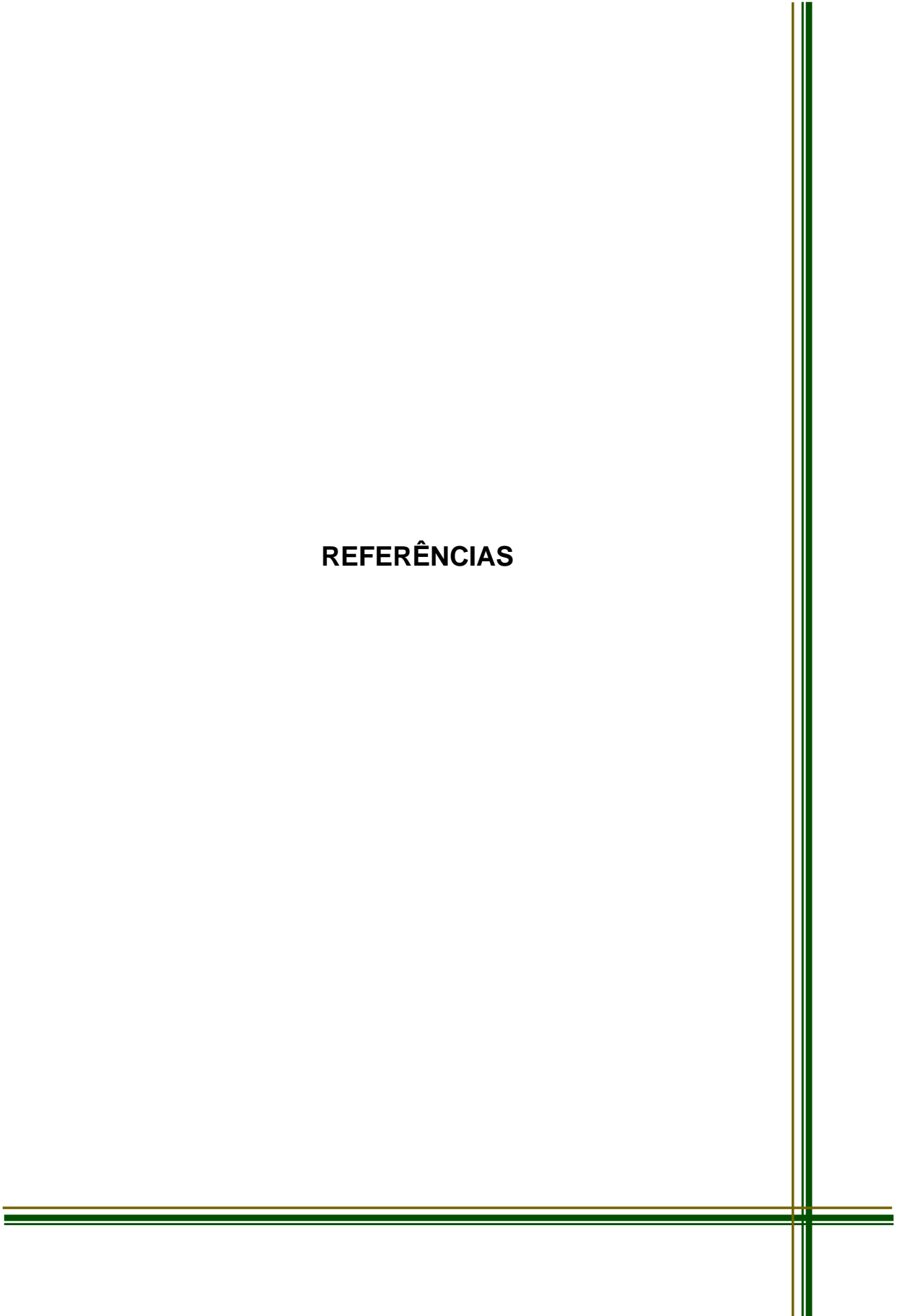
consideração do ser humano como sujeito ativo e participante nas tomadas de decisão sobre sua saúde. Observa-se que, desde que participem da primeira sessão estruturada do tratamento, o índice de sucesso na cessação do tabagismo é bastante alto, logo, esforços nesse primeiro contato do serviço com o fumante precisam ser implementados.

A ampliação de oferta de vagas para o tratamento facilita o acesso e contribui no processo de abandono do tabagismo, pois somente fumantes motivados a parar de fumar podem obter sucesso no tratamento, porém caso permaneçam em uma longa fila de espera seu nível motivacional pode alterar-se. As normas de funcionamento organizam o programa, porém devem ser revistas e adequadas às necessidades de cada fumante antes que ocorra sua desistência do programa.

Os achados a respeito do sucesso ou fracasso do fumante na cessação do tabagismo coincidem com a literatura, ao passo que a associação de terapia de reposição nicotínica com bupropiona favoreceu o abandono do vício na quarta sessão e, a terapia cognitivo-comportamental, quando indicada como única forma de tratamento, contribuiu para o abandono do programa pelo fumante.

As intervenções para contenção da epidemia tabágica e prevenção de agravos apresentam-se como práticas a serem devidamente implementadas com vistas à melhoria da qualidade de vida da população em geral, fumantes e não fumantes. A utilização dos indicadores relacionados ao tratamento orienta o processo de decisão-ação, desencadeando mudanças no processo de trabalho e aumentando a capacidade técnica dos profissionais de saúde no cotidiano.

REFERÊNCIAS



ACHUTTI, Aloyzio. **Guia nacional de prevenção e tratamento do tabagismo**. Rio de Janeiro: Vitro Comunicação & Editora, 2001.

ARAÚJO, Alberto José de et al. Diretrizes para cessação do tabagismo. **Jornal Brasileiro de Pneumologia**, São Paulo, v. 30, p. S1-75, ago. 2004. Suplemento 2.

BENSEÑOR, Isabela M.; LOTUFO, Paulo A. **Epidemiologia: Abordagem Prática**. São Paulo: Sarvier, 2005.

BORGES, Marcia Terezinha Trotta; SIMÕES-BARBOSA, Regina Helena. Cigarro “companheiro”: o tabagismo feminino em uma abordagem crítica do gênero. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 24, n. 12, p. 2834-2842, 2008.

BRASIL. Ministério da Saúde. Instituto Nacional do Câncer. **Abordagem e tratamento do fumante – consenso 2001**. Rio de Janeiro: INCA, 2001.

BRASIL. Ministério da Saúde. Instituto Nacional do Câncer. **Programa Nacional de Controle do Tabagismo e outros fatores de risco de câncer**. Modelo lógico e avaliação. 2. ed. Rio de Janeiro: INCA, 2003.

BRASIL. Ministério da Saúde. Organização Pan-Americana da Saúde. **Tabaco e pobreza, um círculo vicioso – a convenção-quadro de controle do tabaco: uma resposta**. Brasília: ministério da Saúde, 2004(a).

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Assistência à Saúde. Conselho Nacional de Saúde. Programa Nacional de Doenças Sexualmente Transmissíveis. **Diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisa envolvendo seres humanos**. Brasília, 1997.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Instituto Nacional do Câncer. **Ação Global para o Controle do Tabaco: 1º Tratado Internacional de Saúde Pública**. Rio de Janeiro: INCA, 2004(b).

BRASIL. Ministério da Saúde. VIGITEL- **Vigilância de fatores de risco e proteção para doenças crônicas por inquérito telefônico: Estimativas sobre frequência e distribuição sócio-demográfica de fatores de risco e proteção para doenças crônicas nas capitais dos 26 estados brasileiros e no Distrito Federal em 2006**. Brasília, 2007(a). Disponível em: http://bvsmis.saude.gov.br/bvs/publicacoes/relatorio_vigitel_2006_marco_2007.pdf Acesso em 24/07/2009.

BRASIL. Ministério do Desenvolvimento Agrário. **Cultivo do Tabaco, agricultura familiar e estratégias de diversificação no Brasil**. Brasília: Ministério do Desenvolvimento Agrário, 2007(b).

CARVALHO, Cleide Regina da Silva. **O Instituto nacional do câncer e o controle do tabagismo**: uma análise da gestão federal do tratamento do tabagismo no SUS. 2009.208 f. Dissertação (Mestrado Profissional em Política, Gestão, Ciência, Tecnologia e Inovação) – Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio Arouca, Rio de Janeiro.

CAVALCANTE, Tânia Maria. O controle do tabagismo no Brasil: avanços e desafios. **Revista de Psiquiatria Clínica**, São Paulo, v. 32, n. 5, p. 283-300, set./out. 2005. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rpc/v32n5/27703.pdf> . Acesso em: 23 fev. 2009.

CEBRID – Centro Brasileiro de Informação sobre Drogas Psicotrópicas. **II Levantamento domiciliar sobre o uso de drogas psicotrópicas no Brasil**: estudo envolvendo as 108 maiores cidades do país. São Paulo, 2006. Disponível em: http://www.ippad.com.br/ippad/site/principal/material.asp?var_chavereg=193. Acesso em: 31/05/2010.

ECHER, Isabel Cristina; MENNA BARRETO, Sérgio Saldanha; MOTTA, Giordana de Cássia Pinheiro da. Fatores que contribuem para o abandono do tabagismo. **Revista Gaúcha de Enfermagem**, Porto Alegre, v. 28, n. 3, p. 350-358, 2007.

FAGERSTRÖM, Karl. Uma breve apresentação da neurofarmacologia e fisiologia da dependência à nicotina. In: GIGLIOTTI, Analice de Paula; PRESMAN, Sabrina (Org.). **Atualização no tratamento do tabagismo**. Rio de Janeiro: ABP-Saúde, 2006. p. 13-20.

FIORE, Michael C. et al. **Treating tobacco use and dependence**: clinical practice guideline. Rockville: Public Health Service, 2000.

GAYA, Isilda Carolina Meneses de et al. As propriedades psicométricas do Teste de Fagerström para dependência de nicotina. **Jornal Brasileiro de Pneumologia**, Brasília, v. 35, n. 1, p. 73-82, 2009.

HAGGSTRÄM, Fábio.Maraschini et al. Tratamento do tabagismo com bupropiona e reposição nicotínica. **Jornal de Pneumologia**, Brasília, v. 27, n. 5, p. 255-261, set. 2001.

IGLESIAS, Roberto et al. **Controle do tabagismo no Brasil**. 2007. Disponível em: <http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/Controle%20do%20Tabagismo%20no%20Brasil.pdf>. Acesso em: 10 mar. 2010.

IMAGESHACK – MEDIA HOSTING COMPANY. **Vista Aérea de Cambé-PR**. Disponível em: <http://img218.imageshack.us/i/cambe2jp8.jpg/>. Acesso em: 12/04/2008.

IBGE - INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. **Cidades**. 2009a. Disponível em: <http://www.ibge.gov.br/cidadesat/topwindow.htm?1>. Acesso em: 01 abr. 2010.

_____. **Pesquisa nacional por amostra de domicílios**. Tabagismo 2008. Rio de Janeiro, 2009b.

LUPPI, Claudia Helena Bronzato et al. Perfil Tabágico segundo teste de dependência em nicotínica. **Revista Ciência em Extensão**, Botucatu, v. 4, n. 1, p. 94-104, 2008.

MARQUES, Ana Cecilia P. R. et al. Consenso sobre o tratamento da dependência de nicotina. **Revista Brasileira de Psiquiatria**, São Paulo, v. 23, n. 4, p. 200-214, dez. 2001.

MAY, Silvia; WEST, Robert. Do social support interventions (“buddy systems”) aid smoking cessation? A review. **Tobacco control**, London, v. 9, n. 4, p. 415-22, Dec. 2000.

MELO, Wilson Vieira; OLIVEIRA, Margareth da Silva; FERREIRA, Elisa Arrenti. Estágios motivacionais, sintomas de ansiedade e de depressão no tratamento do tabagismo. **Interação em Psicologia**, Curitiba, v. 10, n. 1, p. 91-99, 2006.

MUSK, Arthur William; DE KLERK, Nicholas Hubert. History of tobacco and health. **Respirology**, Carlton, v. 8, n. 3, p. 286-290, Sept. 2003.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. **Classificação estatística internacional de doenças e problemas relacionados à saúde (CID 10)**. 4. ed. São Paulo: Edusp, 1997.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. **Tabagismo e saúde nos países em desenvolvimento**. 2003. Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/inca/tabagismo_saude.pdf. Acesso em: 22 mar. 2010.

ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD. **MPOWER**: um plan de medidas para hacer retroceder la epidemia de tabaquismo. Ginebra: OMS, 2008.

PAGANI JÚNIOR, Carlos Roberto; SOUSA, Evandro Guimarães; PAGANI, Thais Costa de Sousa. O tabagismo nos dias atuais. **Ensaio e Ciência**, Campo Grande, v. 2, n. 2, p. 116-22, 2007.

PARANÁ. Lei n. 16.239 de 29 de setembro de 2009. Estabelece normas de proteção à saúde e de responsabilidade por dano ao consumidor, nos termos dos incisos V, VIII e XII do artigo 24, da Constituição Federal, para criação de ambientes de uso coletivo livres de produtos fumígenos, conforme especifica e adota outras providências. **Diário Oficial**, Curitiba, 29 set. 2009(a). nº. 8066. Disponível em: <http://www.saude.pr.gov.br/arquivos/File/SPP_Arquivos/Tabagismo/PR_Livre/LEI_ESTADUAL_16239_2009.pdf >. Acesso em: 22 mar. 2010.

PARANÁ. Secretaria de Saúde do Estado do Paraná. **Histórico do Programa de Controle do Tabagismo no Paraná**. 2009(b). Disponível em: <http://www.saude.pr.gov.br/modules/conteudo/print.php?conteudo=279>. Acesso em: 31/05/2010.

PRECIOSO, José. Boas práticas em prevenção do tabagismo no meio escolar. **Revista Portuguesa de Clínica Geral**, Lisboa, v. 22, p. 201-22, 2006.

PRESMAN, Sabrina. Intervenção intensiva e terapia de grupo. In: GIGLIOTTI, Analice de Paula; PRESMAN, Sabrina (Org.). **Atualização no tratamento do tabagismo**. Rio de Janeiro: ABP- Saúde, 2006. p. 27-51.

PRESMAN, Sabrina; CARNEIRO, Elizabeth; GIGLIOTTI, Analice. Tratamentos não-farmacológicos para o tabagismo. **Revista de Psiquiatria Clínica**, São Paulo, v. 32, n. 5, p. 267-75, 2005.

PROCHASKA, J.O; DICLEMENTE, C.C. Stages and processo f self-change of smoking: toward into a integrative modelo f change. **Journal of Consulting and Clinical Psychology**, Washington, v. 51, n. 3, p. 390-395, 1983.

PROJETO internacional de avaliação das políticas de controle do tabaco: ITC Brasil – Resumo. 2009. Disponível em: http://www1.inca.gov.br/inca/Arquivos/publicacoes/ITC_Brasil_resumo.pdf.pdf. Acesso em: 22 mar. 2010.

ROSEMBERG, José; ROSEMBERG, Ana Margarida Furtado Arruda; MORAES Marco Antonio. **Nicotina: droga universal**. São Paulo: Secretaria da Saúde, Centro de Vigilância Epidemiologia, 2003.

ROUQUAYROL, Maria Zélia; ALMEIDA FILHO, Naomar de. **Epidemiologia & saúde**. 6. ed. Rio de Janeiro: MEDSI, 2003.

SANTOS, Sergio Ricardo; GONÇALVES, Maria Stela; LEITÃO, Fernando S. S. Filho; JARDIM, José Roberto. Perfil dos fumantes que procuram um centro de cessação de tabagismo. **Jornal Brasileiro de Pneumologia**. v.34.n.9.p.695-701. São Paulo, 2008.

SOARES, Hugo Leonardo Rodrigues; GONÇALVES, Hérica Cristina Batista. Avaliação da dependência nicotínica em um hospital municipal psiquiátrico do Rio de Janeiro. **Fractal Revista de Psicologia**, Rio de Janeiro, v. 20, n. 1, p. 335-336, jan./jun. 2008.

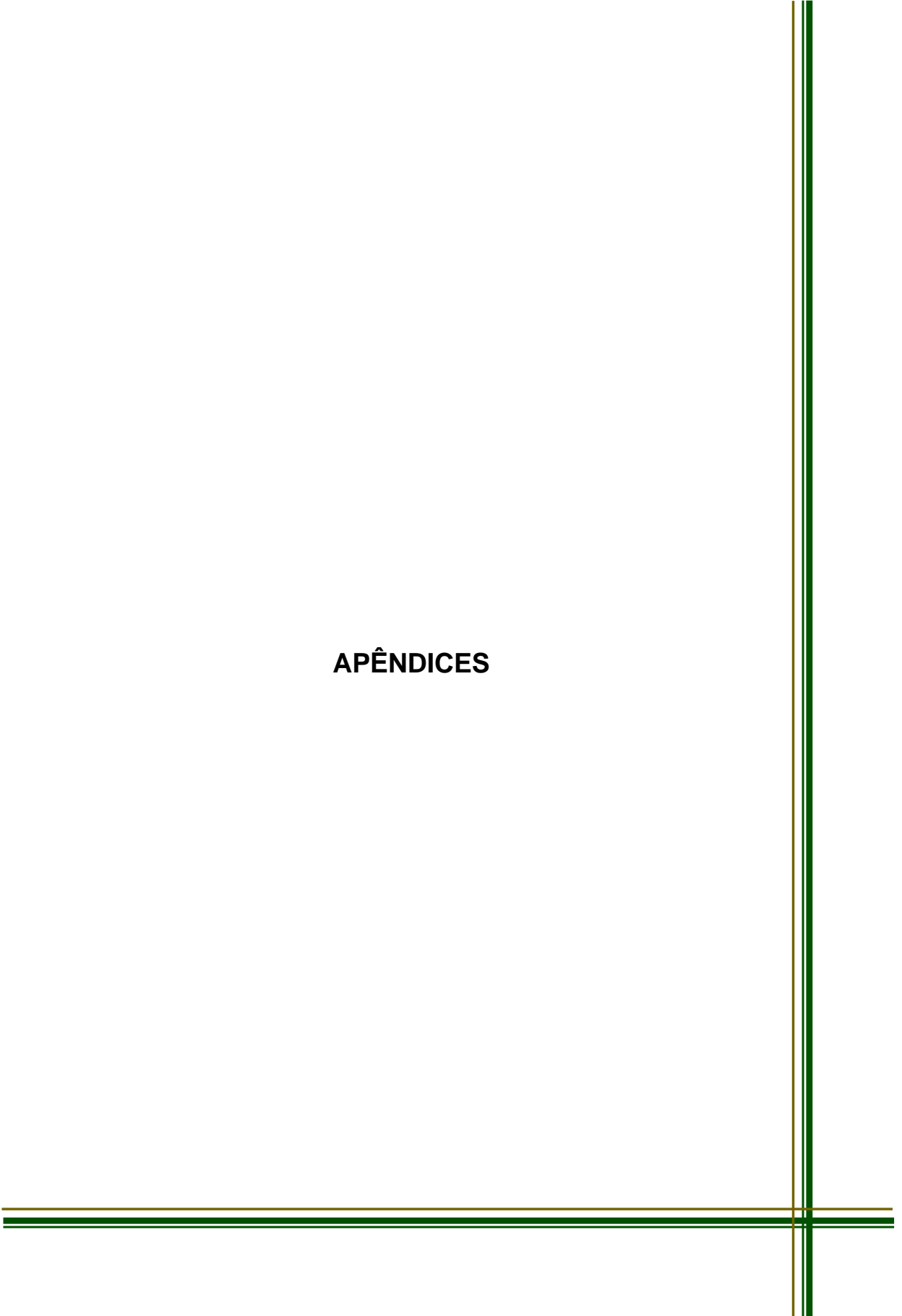
STEAD, L. F.; LANCASTER, T. **Group behavior therapy programmes for smoking cessation**. 2005. Disponível em: <http://mrw.interscience.wiley.com/cochrane/clsysrev/articles/CD001007/frame.html>. Acesso em: 11 nov. 2009.

SUTHERLAND, Gay. Smoking: can we really make a difference? **Heart**, London, v. 89, p. 25-27, 2003. Supplement 2.

USSHER, Michael H.; TAYLOR, Adrian; FAULKNER, Guy. Exercise interventions for smoking cessation. **Cochrane Database of Systematic Reviews**, , Oxford, n. 4, 2008. Disponível em: <http://mrw.interscience.wiley.com/cochrane/clsysrev/articles/CD002295/frame.html>. Acesso em: 11 nov. 2009.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **WHO report on the global tobacco epidemic, 2009: implementing smoke-free environments**. Switzerland: WHO, 2009. Disponível em: http://whqlibdoc.who.int/publications/2009/9789241563918_eng_full.pdf. Acesso em: 11 nov. 2009.

APÊNDICES



APÊNDICE A – Formulário de Pesquisa

Investigação Sobre o Abandono do Grupo de Tabagismo do Município de Cambé-Pr

Formulário Nº _____

1. Você participou do Grupo de Tabagismo do Município de Cambé no ano de 2008? () SIM () NÃO

2. Você participou de todas as reuniões do Grupo, que foram 5?

() SIM () NÃO

Se você respondeu **NÃO** à pergunta anterior (Nº2), pedimos que responda às questões seguintes.

3. O motivo de seu abandono do grupo de apoio ao tabagista está relacionado:

a) Ao local em que o grupo é realizado? () SIM () NÃO

b) Ao dia da semana em que o grupo é realizado? () SIM () NÃO

c) Ao horário em que o grupo é realizado? () SIM () NÃO

d) Aos profissionais que o atenderam no grupo (médico, enfermeira, cirurgião-dentista, nutricionista)? () SIM () NÃO

e) Ao tipo de terapia utilizada (valorizando mais o trabalho em grupo e sua motivação pessoal que o tratamento com remédios)? () SIM () NÃO

f) A outro motivo? Qual?

4. Você continua fumando?

() SIM () NÃO

5. Você gostaria de participar do grupo de apoio novamente?

() SIM () NÃO

Obrigada pela sua participação,

Enfª Denise Meier

APÊNDICE B – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

Título da Pesquisa: “Avaliação do Programa de Controle do Tabagismo de Município do Norte do Paraná”

Eu, _____, estou sendo convidado (a) e concordo em participar da pesquisa sobre a “**Avaliação do Programa de Controle do Tabagismo de Município do Norte do Paraná**”, realizada em Cambé-PR **com o objetivo** de analisar a efetividade do Programa de Controle do Tabagismo desenvolvido pela Secretaria Municipal de Saúde Pública de Cambé-PR.

A minha participação na referida pesquisa será no sentido de responder um questionário contendo cinco perguntas a respeito do abandono do grupo de apoio ao tabagista, com intuito de identificar as possíveis falhas no fluxo do grupo que o levaram a desistência para, posteriormente, implementar ações que promovam o acesso de todos os tabagistas que desejam abandonar o tabaco.

Estou ciente que as informações por mim fornecidas **são confidenciais** e quando divulgados **os resultados** serão **de forma geral e os nomes dos entrevistados não serão citados**. Sei também que **não receberei e nem precisarei efetuar qualquer pagamento**.

Em caso de **dúvida posso esclarecer com a pesquisadora** Denise Andrade Pereira Meier cujo endereço se localiza na Rua Pinheiros, nº139, telefone (43)3154-5197 ou ainda através de consulta no CEP/UEL no telefone 3371 2490.

Tenho a liberdade em aceitar ou não responder as questões dos grupos focais e me recusar em participar no momento em que quiser, sem prejuízo para mim e minha família.

Entrevistado:

Assinatura: _____

Pesquisador:

Nome: Denise Andrade Pereira Meier

Assinatura: _____

Data: ____/____/____

APÊNDICE C – Termo de Compromisso da Pesquisadora

Título do Projeto: “Avaliação do Programa de Controle do Tabagismo de Município do Norte do Paraná”.

Pesquisador Responsável: Denise Andrade Pereira Meier

Instituição: Universidade Estadual de Londrina

Telefone para Contato: (43) 3154-5197

Local da Coleta de Dados: Cambé-PR

A pesquisadora do presente projeto se compromete em preservar a privacidade dos sujeitos de pesquisa cujos dados serão coletados através de entrevista com participantes que abandonaram o grupo de apoio ao tabagista do município e por meio dos relatórios mensais do grupo de apoio ao tabagista do município de Cambé-PR. Concordo, igualmente, que estas informações serão utilizadas única e exclusivamente para execução do presente projeto.

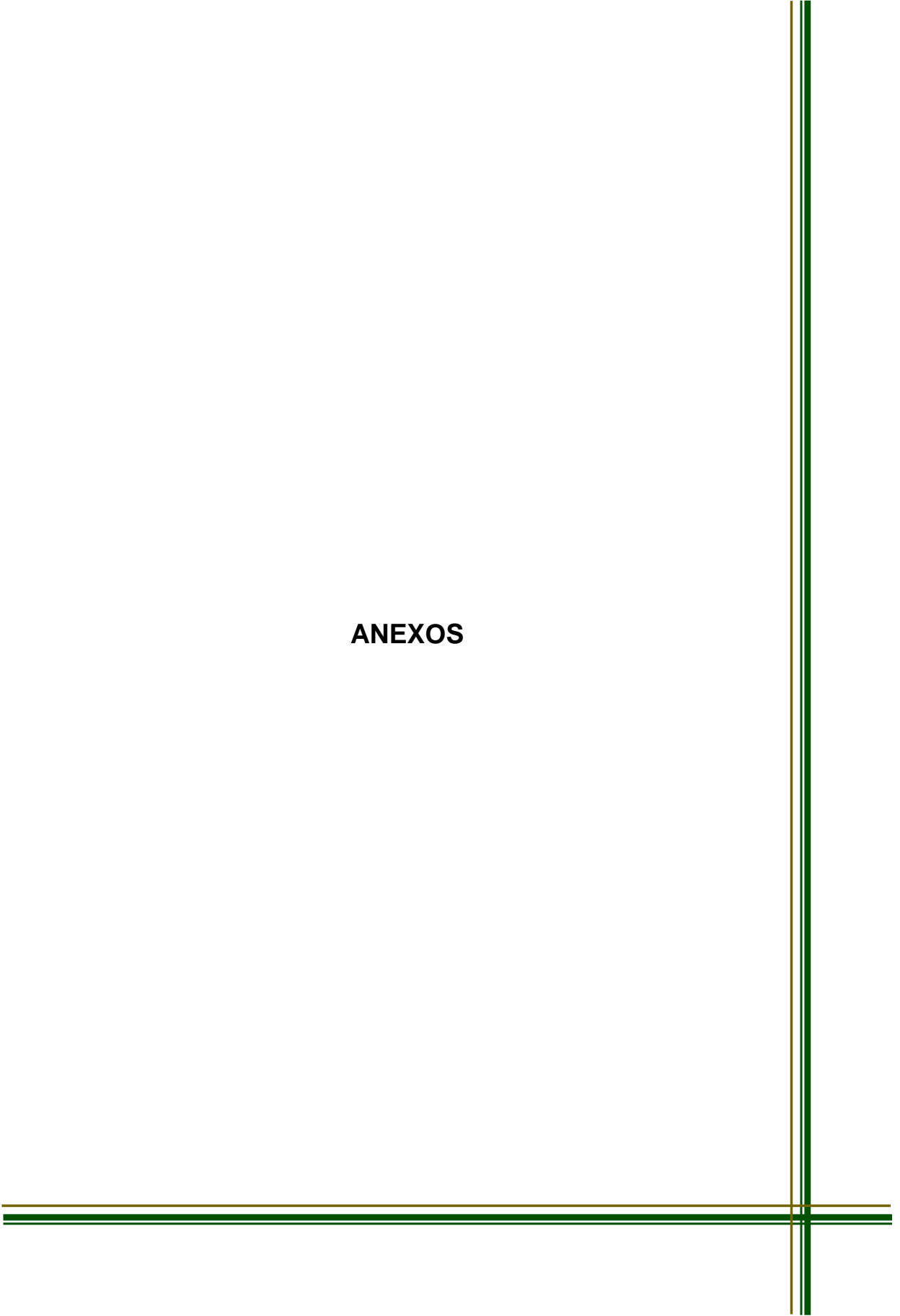
As informações somente poderão ser divulgadas de forma anônima e serão mantidas nos arquivos da pesquisadora por um período de 5 anos sob a responsabilidade da mesma.

Este projeto de pesquisa foi revisado e aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Estadual de Londrina em ___/___/___, com o número de protocolo _____.

Londrina, _____ de _____ de 2009.

Denise Andrade Pereira Meier

ANEXOS



ANEXO A – Fichas de Atendimento Inicial do Fumante



Prefeitura Municipal de Cambé
Estado do Paraná
 Secretaria Municipal de Saúde Pública

**AMBULATÓRIO PARA TRATAMENTO DO FUMANTE****FICHA INICIAL DO PACIENTE:**

Nome do Profissional: _____ **Data:** ____ / ____ / ____

I – IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE:

- Nome: _____
- Sexo: () Feminino () Masculino
- Data de Nascimento: _____ Naturalidade: _____
- Nacionalidade: _____
- Endereço Residencial: _____
 Bairro: _____ CEP: _____ Cidade: _____
 Estado: _____ Fone: _____
- Local de Trabalho : _____
 Endereço: _____
 Bairro: _____ CEP: _____ Cidade: _____
 Estado: _____ Fone: _____
- Profissão: _____ Função: _____
- Estado Civil:
 () Solteiro () Separado/Divorciado
 () Casado () Viúvo
- Escolaridade:
 () Analfabeto () 1º Grau Incompleto (até 4ª série)
 () 1º Grau Completo (até 8ª série) () 2º Grau Completo
 () Nível Superior Completo () 3º Grau Incompleto

II – Análise Clínica:

História Patológica:

1 – No momento você está sentindo algum sintoma como cansaço, tosse de manhã, dor no peito, dor no estômago ou outros?

2 – Você tem ou teve algum problema de saúde como ?

- () Aftas, lesões ou sangramento na boca – **Faz tratamento** () Não () Sim Qual:
- () Gengivites – **Faz tratamento** () Não () Sim Qual:
- () Diabetes - **Faz tratamento** () Não () Sim Qual:

- () Hipertensão Arterial - **Faz tratamento** () Não () Sim Qual:
 () Insuficiência Coronária - **Faz tratamento** () Não () Sim Qual:
 () Problema Cardíaco - **Faz tratamento** () Não () Sim Qual:
 () Problema Pulmonar - **Faz tratamento** () Não () Sim Qual:
 () Asma Brônquica - **Faz tratamento** () Não () Sim Qual:
 () Queimação dor de Estômago - **Faz tratamento** () Não () Sim Qual:
 () Úlcera ou Gastrite - **Faz tratamento** () Não () Sim Qual:
 () Alergia Cutânea - **Faz tratamento** () Não () Sim Qual:
 () Lesão ou tumor maligno - **Faz tratamento** () Não () Sim Qual:
 () Crise convulsiva, convulsão febril - **Faz tratamento** () Não () Sim Qual:
 () Anorexia nervosa ou bulimia - **Faz tratamento** () Não () Sim Qual:
 () Obesidade - **Faz tratamento** () Não () Sim Qual:
 () Você costuma ter crise de depressão e/ou ansiedade - **Faz tratamento** () Não () Sim Qual:
 () Tratamento psicológico - **Faz tratamento** () Não () Sim Qual:
 () Tratamento psiquiátrico - **Faz tratamento** () Não () Sim Qual:
 () Bebida Alcoólica - **Faz tratamento** () Não () Sim Qual:
 () Algum outro problema de saúde - **Faz tratamento** () Não () Sim Qual:
 () Algum medicamento em uso atual: () Não () Sim Qual:
 () Tem prótese dentária móvel : () Não () Sim Qual:
 - Se for do sexo feminino:
 - Nº de gestação: _____ Abortos: _____
 - Está Grávida : () SIM() NÃO
 - Quanto tempo: _____
 - Está Amamentando: () SIM() NÃO
 - Faz uso de contraceptivo oral: () SIM() NÃO
 - Faz reposição hormonal:() SIM() NÃO

III – Exame Físico Social:

Peso: _____ Altura: _____ Pressão Arterial: _____
 CO: _____ HbCO: _____ Há quanto tempo último cigarro: _____
 Faz Atividade Física:
 () Sim () Não Qual: _____ Quantas Vezes/Semana: _____

IV – Avaliação do grau de dependência:

1 – Quanto tempo após acordar você fuma o seu primeiro cigarro?

- ▶ Após 60 min (0)
- ▶ Entre 31 e 60 min (1)
- ▶ Entre 6 e 30 min (2)
- ▶ Dentro de 5 min (3)

2 – Você acha difícil não fumar em lugares proibidos como igreja, biblioteca, etc... ?

NÃO(0)

SIM (1)

3 – Qual cigarro do dia traz mais satisfação?

Outros(0)

O primeiro da manhã (1)

4 – Quantos cigarros você fuma por dia ?

Menos de 10 (0)

De 11 a 20(1)

De 21 a 30(2)

Mais de 31(3)

5 – Você fuma mais freqüentemente pela manhã?

NÃO(0)

SIM (1)

6 – Você fuma mesmo doente quando precisa ficar de cama a maior parte do tempo ?

NÃO(0)

SIM (1)

- **Grau de Dependência: Teste de Fagerström**

0 – 2 : Muito baixo 3 – 4: Baixo

5: Médio 6 – 7 : Elevad

8 – 10: Muito Elevado

- Avaliação do Grau de Motivação:

() Pré-contemplativo - não motivado para parar;

() Contemplativo-motivado e sem data marcada para parar;

() Ação -já tem data marcada ou está motivado por dentro do mês;

ANEXO B – Autorização da Secretaria Municipal de Saúde de Cambé

**Prefeitura Municipal de Cambé**


ESTADO DO PARANÁ

Secretaria Municipal de Saúde Pública

OF Nº 253/09 -GAB


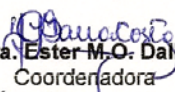
Cambé, 12 de maio de 2009.

Informamos para fins de realização da pesquisa : "AVALIAÇÃO DO PROGRAMA DE CONTROLE DO TABAGISMO DE MUNICIPIO DO NORTE DO PARANÁ", na Secretaria Municipal de Cambé, sob a coordenação da Profª Marli T O Vannuche e Profª Iara A O Secco do Departamento de Saúde Coletiva da Universidade de Londrina, e que por tratar-se de pesquisa com seres humanos, deverá seguir as seguintes orientações da Res CNS196/96, desta forma, sua execução nesta Secretaria será autorizada após a apresentação do parecer favorável do Comitê de Ética em pesquisa.


Alessandra Garcia G Vaz
Secretária Municipal de Saúde Pública
Cambé-Pr

Rua Pará, 154 - Centro - cep: 86181-240 - Cambé/PR - Fone: 3903-1224
E-mail: dais@cambe.pr.gov.br - Site: <http://www.cambe.pr.gov.br>

ANEXO C – Parecer do Comitê de Ética

	
COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA ENVOLVENDO SERES HUMANOS Universidade Estadual de Londrina/ Hospital Universitário Regional Norte do Paraná Registro CONEP 268	
Parecer PF Nº 116/09 CAAE Nº 0103.0.268.268-09 FOLHA DE ROSTO Nº : 262198	Londrina, 23 de outubro de 2009.
PESQUISADOR: DENISE ANDRADE PEREIRA MEIER Mestrado Profissional/CCS <i>Nesco</i>	
Prezada Senhora: O "Comitê de Ética em Pesquisa Envolvendo Seres Humanos da Universidade Estadual de Londrina/ Hospital Universitário Regional Norte do Paraná" (Registro CONEP 268)– de acordo com as orientações da Resolução 196/96 do Conselho Nacional de Saúde/MS e Resoluções Complementares, avaliou o projeto: "AVALIAÇÃO DO PROGRAMA DE CONTROLE DO TABAGISMO DE MUNICÍPIO DO NORTE DO PARANÁ".	
Situação do Projeto: APROVADO	
Informamos que deverá ser comunicada, por escrito, qualquer modificação que ocorra no desenvolvimento da pesquisa, bem como deverá apresentar ao CEP/UEL relatório final da pesquisa.	
Atenciosamente,  Prof.ª Dra. Ester M.O. Dalla Costa Coordenadora Comitê de Ética em Pesquisa-CEP/UEL	
<small> Campus Universitário: Rodovia Celso Garcia Cid (PR 455), km 390 - Fone (043) 371-4000 FAX - Fax 328-4440 - Caixa Postal 6.001 - CEP 86051-990 - Internet http://www.uel.br Hospital Universitário/Centro de Ciências da Saúde: Av. Robert Koch, 60 - Vila Operária - Fone (043) 381-2000 FAX - Fax 337-4041 e 337-7495 - Caixa Postal 791 - CEP 86038-440 LONDRINA - PARANÁ - BRASIL </small>	
<small>Form. Código 11.764 - Formato A4 (210x297mm)</small>	

ANEXO D – Normas Para Publicação de Trabalhos

Revista *Epidemiologia e Serviços de Saúde*

Introdução

A *Epidemiologia e Serviços de Saúde: revista do Sistema Único de Saúde do Brasil* é uma publicação trimestral de caráter técnico-científico destinada aos profissionais dos serviços de saúde e editada pela Coordenação-Geral de Desenvolvimento da Epidemiologia em Serviços da Secretaria de Vigilância em Saúde (CGDEP/SVS), do Ministério da Saúde. Sua principal missão é difundir o conhecimento epidemiológico visando ao aprimoramento dos serviços oferecidos pelo Sistema Único de Saúde, o SUS. Nela, também são divulgadas portarias, regimentos e resoluções do Ministério da Saúde, bem como normas técnicas relativas aos programas de prevenção e assistência, controle de doenças e vetores.

Modelos de trabalhos

O Corpo Editorial da revista acolhe manuscritos nas seguintes modalidades: (1) **Artigos originais** nas diversas linhas temáticas – avaliação de situação de saúde; estudos etiológicos; avaliação epidemiológica de serviços; programas e tecnologias; e avaliação da vigilância epidemiológica (limite máximo: 20 laudas) –; (2) **Artigos de revisão crítica** – sobre tema relevante para a Saúde Pública – ou de atualização em um tema controverso ou emergente (limite máximo: 30 laudas); (3) **Ensaio** – interpretações formais, sistematizadas, bem desenvolvidas e concludentes de dados e conceitos sobre assuntos de domínio público pouco explorados (limite máximo: 15 laudas) –; (4) **Relatórios** de reuniões ou oficinas de trabalho realizadas para discutir temas relevantes à Saúde Pública, suas conclusões e recomendações (número máximo de 25 laudas); (5) **Artigos de opinião** – comentários curtos, abordando temas específicos –; (6) **Notas prévias**; e (7) **Republicação** de textos considerados relevantes para os serviços de saúde, originalmente editados por outras fontes de divulgação técnico-científica.

Apresentação dos trabalhos

Cada trabalho proposto para publicação deverá ser elaborado tendo por referência os "Requisitos Uniformes para Manuscritos Submetidos a Periódicos Biomédicos" [*Epidemiologia e Serviços de Saúde* 2006;15(1):7-34, disponíveis nas páginas eletrônicas da Secretaria de Vigilância em Saúde (http://portal.saude.gov.br/portal/saude/area.cfm?id_area=1133) e do Instituto Evandro Chagas (IEC) de Belém, Estado do Pará, vinculado à SVS/MS (www.iec.pa.gov.br, coluna Periódicos, *link* Pesquisa de títulos)]. O trabalho apresentado deverá ser acompanhado de uma carta de apresentação dirigida ao Corpo Editorial da revista. Os autores de artigos originais, artigos de revisão e comentários responsabilizar-se-ão pela veracidade e ineditismo do trabalho apresentado na carta de encaminhamento, na qual constará que: a) o manuscrito ou trabalho semelhante não foi publicado, parcial ou integralmente, tampouco submetido a publicação em outros periódicos; b) nenhum autor tem associação comercial que possa configurar conflito de interesses com o manuscrito; e c) todos os autores participaram na elaboração do seu conteúdo intelectual – desenho e execução do projeto, análise e interpretação dos dados, redação ou revisão crítica e aprovação da versão final. A carta deverá ser assinada por todos os autores.

Formato de um trabalho para publicação

O trabalho deverá ser digitado em português do Brasil, em espaço duplo, fonte Times New Roman tamanho 12, no formato RTF (Rich Text Format); impresso em folha-padrão A4 com margens de 3cm; e remetido em uma cópia impressa e gravação magnética (CD-ROM; disquete), exclusivamente por correio. Tabelas, quadros, organogramas e fluxogramas apenas serão aceitos quando elaborados em programas do Microsoft Office (Word ou

Excel); e figuras (gráficos, mapas, fotografias), se elaboradas nos formatos EPS (Encapsulated PostScript), BMP (Bitmap/Windows) ou TIFF (Tag Image File Format), no modo de cor CMYK. Todas as páginas deverão ser numeradas, inclusive as das tabelas e figuras. Não serão aceitas notas de texto de pé de página. Cada manuscrito, obrigatoriamente, deverá contar com uma página de rosto em que aparecerão o título completo e resumido do estudo, em português e inglês, nome do autor ou autores e instituições por extenso, resumo e *summary* (versão em inglês do resumo) e rodapé –; e, nas páginas seguintes, o relatório completo – Introdução; Metodologia, Resultados, Discussão, Agradecimentos, Referências bibliográficas e tabelas e figuras que o ilustrem, nesta ordem. Cada um desses itens será obrigatório para os artigos originais; as demais modalidades de artigos poderão dispor desse ou de outro formato, à escolha do autor, sempre pautado na racionalidade, objetividade, clareza e inteligibilidade. A seguir, apresenta-se o conteúdo a ser contemplado por cada um desses itens:

Página de rosto

A página de rosto é composta do título do artigo – em português e inglês, em letras maiúsculas – seguido do nome completo do(s) autor(es) e da(s) instituição(ões) a que pertence(m), em letras minúsculas. É fundamental a indicação do título resumido, para referência no cabeçalho das páginas da publicação. O **Resumo** do estudo, com número máximo de 150 palavras, descreverá, sucinta e claramente, seu objetivo, metodologia, resultados e conclusão, em um único parágrafo, em texto contínuo. Imediatamente após o Resumo, serão listadas três ou quatro palavras-chave de acesso, contempladas na lista de Descritores de Saúde definida pelo Centro Latino-Americano e do Caribe de Informação em Ciências da Saúde da Organização Pan-Americana de Saúde (Bireme/OPAS). O **Summary** corresponde à versão em inglês do Resumo; como ele, será acompanhado pelas palavras-chave (*key words*), igualmente em inglês. Ainda na Página de rosto, em seu rodapé, deverá constar o endereço completo, telefone, fax e *e-mail* do autor principal, para contato, bem como do órgão financiador da pesquisa.

A estrutura de um artigo original deverá respeitar a seguinte seqüência, além dos tópicos da Página de rosto aqui descritos:

Introdução

Apresentação do problema, justificativa e objetivo(s) do estudo.

Metodologia

Descrição precisa da metodologia adotada e, quando necessário, dos procedimentos analíticos utilizados. **Considerações éticas** do estudo deverão ser destacadas e apresentadas como último

parágrafo do item Metodologia, com menção às comissões éticas que aprovaram o projeto original, desde que a questão seja pertinente ao artigo.

Resultados

Exposição dos resultados alcançados, podendo considerar tabelas e figuras, sempre autoexplicativas, se necessárias (ver o item Tabelas e figuras).

Discussão

Comentários sobre os resultados observados, suas implicações e limitações, e comparação do estudo com outros de relevância para o tema e objetivos considerados.

Agradecimentos

Em havendo, devem-se limitar ao mínimo indispensável, localizando-se após a Discussão.

Referências bibliográficas

Cada uma das referências bibliográficas, listadas após a Discussão ou Agradecimentos, será numerada por algarismo arábico, de acordo com sua ordem de citação no texto. Esse número corresponderá ao número sobrescrito (sem parênteses) imediatamente após a passagem ou passagens do texto nas quais é feita a referência. Títulos de periódicos, livros e editoras deverão ser colocados por extenso. A quantidade de citações bibliográficas dever-se-á limitar a 30, preferencialmente. Para artigos de revisão sistemática e metanálise, não há limite de citações. As referências também deverão obedecer aos “Requisitos Uniformes para Manuscritos Submetidos a Periódicos Biomédicos”. Exemplos:

Anais de congresso

1. Wunsch Filho V, Setimi MM, Carmo JC. Vigilância em Saúde do Trabalhador. In: Anais do III Congresso Brasileiro de Saúde Coletiva; 1992; Porto Alegre, Brasil. Rio de Janeiro: Abrasco; 1992.

Artigos de periódicos

2. Monteiro GTR, Koifman RJ, Koifman S. Confiabilidade e validade dos atestados de óbito por neoplasias. II. Validação do câncer de estômago como causa básica dos atestados de óbito no Município do Rio de Janeiro. Cadernos de Saúde Pública 1997;13:53-65.

Autoria institucional

3. Fundação Nacional de Saúde. Plano Nacional de Controle da Tuberculose. Brasília: Ministério da Saúde; 1999.

Livros

4. Fletcher RH, Fletcher SW, Wagner EH. Clinical Epidemiology. 2a ed. Baltimore: Williams & Wilkins; 1988.

Livros, capítulos de

5. Opromolla DV. Hanseníase. In: Meira DA, Clínica de doenças tropicais e infecciosas. 1ª ed. Rio de Janeiro: Interlivros; 1991. p. 227-250.

Material não publicado

6. Leshner AI. Molecular mechanisms of cocaine addiction. New England Journal of Medicine. No prelo 1996.

Portarias e Leis

7. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Assistência à Saúde. Portaria n. 212, de 11 de maio de 1999. Altera a AIH e inclui o campo IH. Diário Oficial da União, Brasília, p.61, 12 maio. 1999. Seção 1.

8. Brasil. Lei n. 9.431, de 6 de janeiro de 1997. Decreta a obrigatoriedade do Programa de Controle de Infecção Hospitalar em todos os hospitais brasileiros. Diário Oficial da União, Brasília, p.165, 7 jan. 1997. Seção 1.

Referências eletrônicas

9. Ministério da Saúde. Informações de saúde [acessado durante o ano de 2002, para informações de 1995 a 2001] [Monografia na internet] Disponível em <http://www.datasus.gov.br>

10. Morse SS. Factors in the emergence of infectious diseases. Emerging Infectious Diseases [Serial on the internet]; 1(1): 24 telas [acessado em 5 Jun.1996, para informações de Jan.- Mar.1995]. Disponível em <http://www.cdc.gov/ncidod/EID/eid.htm>

Teses

11. Waldman EA. Vigilância epidemiológica como prática de saúde pública [Tese de Doutorado]. São Paulo (SP): Universidade de São Paulo; 1991.

Tabelas e figuras

As tabelas e figuras (gráficos, quadros, fotografias, desenhos, fluxogramas, organogramas etc.), cada uma delas disposta em folha separada e numerada em algarismos, deverão ser agrupadas ao final da apresentação do artigo, segundo sua ordem de ocorrência no texto. Seu título, além da concisão, deverá evitar o uso de abreviaturas ou siglas; estas forem indispensáveis, serão traduzidas em legendas ao pé da própria tabela.

Uso de siglas

Siglas ou acrônimos com até três letras deverão ser escritos com todas as letras maiúsculas (Ex: DOU; USP; OMS). Em sua primeira aparição no texto, acrônimos desconhecidos deverão ser escritos por extenso e acompanhados da respectiva sigla entre parênteses. As siglas e abreviaturas compostas por consoantes, exclusivamente, serão escritas em letras maiúsculas. Siglas com quatro letras ou mais serão escritas com todas as letras maiúsculas, se cada uma de suas letras for pronunciada separadamente (Ex: BNDES; INSS; IBGE). Siglas com quatro letras ou mais que formarem uma palavra, ou seja, que incluam vogais e consoantes, serão escritas apenas com a inicial maiúscula (Ex: Sebrae; Camex; Funasa, Vigisus, Datasus, Sinan). Siglas que incluam letras maiúsculas e minúsculas originalmente, como forma de diferenciação, serão escritas como foram criadas (Ex: MTb; CNPq; UnB). Para siglas estrangeiras, recomendase a designação correspondente em português, se a forma traduzida for largamente aceita; ou sua utilização na forma original, se não houver correspondência em português, ainda que o nome por extenso em português não corresponda à sigla. (Ex: OIT = Organização Internacional do Trabalho; UNESCO = Organização das Nações Unidas para a Educação, a Ciência e a Cultura; MRPII = Manufacturing Resource Planning). Entretanto, algumas siglas, por força da sua divulgação nos meios de comunicação, acabaram por assumir um sentido além da representação da sigla; é o caso, por exemplo, de AIDS = Síndrome da Imunodeficiência Adquirida, sobre a qual o Conselho Nacional de Aids, do Ministério da Saúde, decidiu recomendar, dada a vulgarização da sigla original, que os documentos do Ministério reproduzissem-na como se tratasse do nome da doença, *aids*, em letras minúsculas portanto. (Brasil. Fundação Nacional de Saúde. Manual de editoração e produção visual da Fundação Nacional de Saúde. Brasília: Funasa, 2004. 272p.)

Análise e aceitação dos trabalhos

Os trabalhos serão submetidos à revisão de pelo menos dois pareceristas externos (revisão por pares) e serão aceitos para publicação desde que aprovados, finalmente, pelo Comitê

Editorial da *Epidemiologia e Serviços de Saúde*. Endereço para correspondência:

Coordenação-Geral de Desenvolvimento da Epidemiologia em Serviços
Epidemiologia e Serviços de Saúde: revista do Sistema Único de Saúde do Brasil
 SEPN, Av. W3 Norte, Quadra 511, Bloco C, Edifício Bittar IV, 3º andar, Asa Norte,
 Brasília-DF
 CEP: 70750-543

Telefones: (61) 3448-8302 / 3448-8242. Telefax: (61) 3448-8303

Para se comunicar com a *Epidemiologia e Serviços de Saúde* por e-mail, o leitor deve escrever para revista.svs@saude.gov.br

ANEXO E – Normas Para Publicação de Trabalhos
Revista Espaço Para a Saúde

INSTRUÇÕES AOS AUTORES

- Orientações gerais
- Categorias de artigos
 - Autoria
- Processo de julgamento dos manuscritos
 - Preparo dos manuscritos
 - Envio dos manuscritos
 - Verificação de itens
- Declaração de Responsabilidade e Transferência de direitos autorais

INSTRUÇÕES AOS AUTORES

Orientações gerais

Atenta às tendências no campo das publicações científicas, a **Revista Espaço Para a Saúde** passa a adotar os “Requisitos Uniformes para Manuscritos Submetidos a Revistas Biomédicas”, publicado pelo Comitê Internacional de Editores de Revistas Médicas – Estilo Vancouver como normas para publicação de artigos. No que couber e para efeito de complementação das informações, recomenda-se consultar o site <http://www.icmj.org>

Os manuscritos devem destinar-se exclusivamente à Revista Espaço Para a Saúde, não sendo permitida sua apresentação simultânea a outro periódico, tanto do texto, quanto de figuras e tabelas, quer na íntegra ou parcialmente, excetuando-se resumos ou relatórios preliminares publicados em anais de reuniões científicas. O(s) autor(es) deverá(ão) assinar e encaminhar

Declaração de Responsabilidade e Transferência de Direitos Autorais.

Quando a investigação envolver sujeitos humanos, a publicação do artigo na Revista estará condicionada ao cumprimento dos princípios éticos, que deverá ser claramente descrito no último parágrafo da seção Metodologia do artigo.

O encaminhamento do manuscrito deve ser feito através de ofício ou mensagem eletrônica contendo: nome completo do(s) autor(es), local(ais) de trabalho, título(s) e/ou cargo(s) atual(ais), endereço eletrônico (e-mail) e endereço para correspondência.

Os conceitos emitidos nos manuscritos são de responsabilidade exclusiva dos(s) autor(es), não refletindo obrigatoriamente a opinião do Conselho Editorial.

Categorias de artigos

Além dos artigos originais, os quais têm prioridade, a Revista Espaço Para a Saúde publica artigos de revisão, atualizações, notas e informações e cartas ao editor.

Artigos originais – são contribuições destinadas a divulgar resultados de pesquisa original que possam ser replicados e/ou generalizados. Devem atender aos princípios de objetiv clareza da questão norteadora. Devem ter no máximo 25 (vinte e cinco) páginas. As tabelas e figuras não devem exceder a 7 (sete).

Artigos de revisão – são avaliações críticas e ordenadas da literatura sobre determinado assunto, devendo conter Objetivo (por que a revisão da literatura foi realizada, indicando se ela enfatiza algum fator em especial), Fonte de dados (informar os critérios de seleção de artigos e os métodos de extração e avaliação da qualidade das informações), Síntese dos dados (informar os principais resultados da pesquisa, sejam quantitativos ou qualitativos) e Conclusões (as conclusões e sua aplicações). Os procedimentos adotados e a delimitação do tema devem estar incluídos. Sua extensão limita-se a 30 (trinta) páginas.

Atualizações – são trabalhos descritivos e interpretativos baseados na literatura recente sobre a situação global em que se encontra determinado assunto investigativo. Devem ter no máximo 10 (dez) páginas.

Notas e informações – são relatos de estudos avaliativos, originais ou notas prévias de pesquisa contendo dados inéditos e relevantes para a saúde pública. A apresentação deve acompanhar as mesmas normas para artigos originais, limitando-se a 5 (cinco) páginas e 10 (dez) referências.

Cartas ao editor – são comentários, discussões ou críticas a artigos recentes, publicados na Revista, ou relatos de pesquisa originais ou achados científicos significativos. Sua extensão limita-se a 2 (duas) páginas e as referências bibliográficas são limitadas a 5 (cinco).

Autoria

O conceito de autoria está baseado na contribuição substancial de cada uma das pessoas listadas como autores, no que se refere sobretudo à concepção e planejamento do projeto de pesquisa, obtenção ou análise e interpretação dos dados, redação e revisão crítica. Não se justifica a inclusão de nome de autores cuja contribuição não se enquadre nos critérios acima, podendo, neste caso, figurar na seção “Agradecimentos”. A indicação dos nomes dos autores deverá vir logo abaixo do título do artigo.

Processo de julgamento dos manuscritos

Os critérios de editoração estabelecidos pela Revista visam garantir a qualidade das publicações.

Os artigos submetidos à Revista, que atendem às “instruções aos autores” e que se coadunem com a sua política editorial, são encaminhados ao Editor que considerará o mérito científico da contribuição. Aprovados nesta fase, os artigos serão encaminhados a membros do Conselho Editorial previamente selecionado pelo Editor. Cada artigo é enviado para dois conselheiros de reconhecida competência na temática abordada. Diante dos pareceres emitidos pelos conselheiros, o editor toma ciência e os analisa em relação ao cumprimento das normas de publicação. Posteriormente, encaminha os pareceres de aceitação de publicação, necessidade de reformulação ou de recusa justificada aos autores.

O anonimato é garantido durante todo o processo de julgamento. A decisão sobre aceitação é tomada pelo Conselho Editorial.

Os artigos recusados não serão devolvidos, a menos que solicitados pelos respectivos autores no prazo de até 6 (seis) meses.

Os artigos recusados, mas com possibilidade de reformulação, poderão retornar como novo trabalho, iniciando outro processo de julgamento.

Os artigos aceitos sob condição serão retornados aos autores para alterações necessárias e normalizações de acordo com o estilo da revista.

Caso o número de trabalhos aprovados ultrapasse o número máximo de artigos para uma edição, os artigos excedentes serão publicados na edição posterior.

Preparo dos manuscritos

Da formatação: Os manuscritos deverão ser produzidos em editor de texto word 7.0 (ou versão inferior) com:

- a) no máximo 25 (vinte e cinco) páginas, digitadas em uma só face, em papel tamanho A4;
- b) letra arial, corpo 12 (doze), espaço 1,5 em todo o texto, incluindo página de rosto, resumos, ilustrações, agradecimentos e referências;
- c) páginas numeradas no ângulo superior direito a partir da página de identificação;
- d) margens laterais, superiores e inferiores de 2,5 cm cada.

Da estrutura:

Os manuscritos enviados devem ser redigidos de acordo com a ortografia e a gramática oficiais, e obedecendo a estrutura formal abaixo:

a) Página de rosto – deve conter:

- Título do artigo que deve ser centralizado, em caixa alta, conciso e completo, evitando palavras supérfluas. Recomenda-se começar pelo termo que represente o aspecto mais relevante do trabalho, com os demais termos em ordem decrescente de importância;
- Versão exata do título para o idioma inglês;
- Abaixo do título, centralizado: Nome completo do(s) autor(es), titulação e instituição a que pertence(m);
- Nome, endereço, telefone, fax e e-mail do autor responsável para troca de correspondência;
- Tipo de auxílio e nome da agência financiadora;
- Se baseado em tese ou dissertação de mestrado, o título, ano e instituição onde foi apresentada.

b) Resumos e descritores – devem ser apresentados dois resumos, sendo um em português e outro em inglês (abstract), incluindo descritores e keywords.

Artigos originais – para os artigos originais, o resumo deve conter no máximo 250 (duzentas e cinquenta) palavras, estabelecendo os **objetivos** do estudo ou investigação, os **métodos** empregados, os principais **resultados** e as principais **conclusões**. Abaixo do resumo, deve ser fornecido de 3 (três) a 6 (seis) descritores extraídos do vocabulário “Descritores em Ciências da Saúde” (LILACS - disponível nas bibliotecas médicas ou na Internet <http://www.decs.bvs.br>) quando acompanharem os resumos em português, e do Medical Subject Headings (Mesh –disponível em <http://www.nlm.nih.gov/mesh/meshhome.html>) quando acompanharem os resumos em inglês. Se não forem encontrados descritores disponíveis para a temática do assunto, poderão ser indicados termos ou expressões de uso conhecido.

Demais categorias – para as demais categorias, o formato do resumo deve ser narrativo, com até 250 (duzentas e cinquenta) palavras, destacando o objetivo, os métodos usados para levantamento das fontes de dados, os critérios de seleção dos trabalhos incluídos, os aspectos mais importantes discutidos e as conclusões mais importantes e suas aplicações.

c) Texto – o texto de estudos experimentais ou observacionais deve conter as seguintes seções, cada uma com seu respectivo subtítulo: **Introdução** (deve ser breve, definir claramente o problema estudado, destacando sua importância e as lacunas do conhecimento, fornecendo referências estritamente pertinentes), **Métodos** (deve descrever de forma objetiva e completa os métodos empregados, a população estudada, a fonte de dados e os critérios de seleção), **Resultados** (deve descrever os resultados encontrados sem incluir interpretações ou comparações e o texto deve complementar e não repetir o que está descrito em tabelas e figuras), **Discussão** (deve conter comparação dos resultados com a literatura, as limitações da pesquisa e a interpretação dos autores, enfatizando os aspectos novos e importantes do estudo), e **Conclusões** (relacionar as conclusões com os objetivos do trabalho, evitando assertativas não apoiadas pelos achados e incluindo recomendações, quando pertinentes).

O texto de artigos de revisão não obedece a um esquema rígido de seções. Sugere-se uma breve **introdução**, em que o(s) autor(es) explica(m) qual a importância da revisão para a prática, à luz da literatura, uma **síntese dos dados**, que deve apresentar todas as informações pertinentes, e uma **conclusão**, que deve relacionar as idéias principais da revisão com as possíveis aplicações. As demais categorias terão estrutura textual livre, devendo, entretanto, serem observadas as regras de formatação.

d) Tabelas e Ilustrações – os quadros, tabelas e figuras deverão ser apresentados inseridos no texto, titulados corretamente, numerados consecutivamente com algarismos arábicos na ordem em que foram citados no texto e construídos para sua reprodução direta sempre que possível.

e) Agradecimentos – devem ser breves e objetivos, somente a pessoas ou instituições que contribuíram significativamente para o estudo, mas que não tenham preenchido os critérios de

autoria, desde que haja permissão expressa dos nomeados. Podem constar agradecimentos a instituições pelo apoio econômico, material e outros.

f) **Citações** – identificar as referências no texto por números arábicos seqüenciais (iniciando pelo 1) e sobrescritos. Quando se tratar de citação seqüencial separar os números por traço (ex: 1-5); quando intercalados use vírgula (ex: 1,3,7).

g) **Referências** – as referências devem ser numeradas e normalizadas de acordo com o estilo Vancouver, disponível no site http://www.nlm.nih.gov/bsd/uniform_requirements.html. Os títulos de periódicos devem ser referidos de forma abreviada, de acordo com o Index Medicus: <http://www2.bg.am.poznan.pl/czasopisma/medicus.php?lang=eng>. Publicações com até 6 (seis) autores citam-se todos; acima de 6 (seis) autores, citam-se os seis primeiros autores, seguidos da expressão latina “et al”. Não devem ser inseridas notas de rodapé.

Envio dos manuscritos

Serão aceitos trabalhos enviados por via eletrônica ou em disquete ou disco compacto, desde que obedçam às normas estipuladas para publicação na Revista. Não será necessário o envio de cópias impressas. Entretanto, é obrigatório o envio da Declaração de Responsabilidade e da Transferência de Direitos Autorais, impressas e assinadas pelo(s) autor(es). Os originais devem ser enviados para a Edição da **Revista Espaço Para a Saúde** - email: espacosaude@uel.br ou para o endereço:

Núcleo de Estudos em Saúde Coletiva - NESCO
 Revista Espaço Para a Saúde
 Rua Robert Koch, nº 60 – Vila Operária –
 Londrina – Paraná CEP: 86.038-440
 Telefone: 0xx43 3371-2254 – Fone/Fax: 0xx43 3337-5115

Verificação de itens

- 1) Original dentro das normas de formatação;
- 2) Página de rosto com todas as informações solicitadas;
- 3) Resumo em português e inglês, com palavras-chave e keywords;
- 4) Texto dentro das normas de estruturação: introdução, métodos, resultados, discussão e conclusões;
- 5) Tabelas, quadros e figuras numerados por ordem de inserção no texto;
- 6) Referências no estilo Vancouver, numeradas por ordem de citação;
- 7) Declaração de Responsabilidade e Transferência de Direitos Autorais.

Declaração de Responsabilidade e Transferência de Direitos Autorais

Declaração de Responsabilidade e Transferência de Direitos Autorais

DECLARAÇÃO DE RESPONSABILIDADE

Todas as pessoas relacionadas como autores devem assinar a declaração de responsabilidade nos termos abaixo:

- Certifico que participei suficientemente do trabalho para tornar pública minha responsabilidade pelo seu conteúdo.
- Certifico que o manuscrito representa um trabalho original e que nem este manuscrito, em parte ou na íntegra, nem outro trabalho com conteúdo substancialmente similar, de minha autoria, foi publicado ou está sendo considerado para publicação em outro periódico, quer seja no formato impresso ou no eletrônico.

- Atesto que, se solicitado, fornecerei ou cooperarei na obtenção e fornecimento de dados sobre os quais o artigo está baseado, para exame dos editores.

Assinatura do(s) autor(es): Data: _____

TRANSFERÊNCIA DE DIREITOS AUTORAIS

Declaro que, em caso de aceitação do artigo, concordo que os direitos autorais a ele referentes se tornarão propriedade exclusiva da Revista Espaço Para a Saúde, vedada qualquer reprodução, total ou parcial, em qualquer outra parte ou meio de divulgação, impressa ou eletrônica, sem que a prévia e necessária autorização seja solicitada e, se obtida, farei constar o competente agradecimento à Revista Espaço Para a Saúde.

Assinatura do(s) autor(es): Data: _____