



esec
ESCOLA SUPERIOR DE EDUCAÇÃO



Mestrado em Educação para a Saúde

AVALIAÇÃO DO PROGRAMA NACIONAL DE CONTROLE DO TABAGISMO EM SÃO LUÍS

Dinair Brauna de Carvalho Ribeiro

Coimbra, 2018

Dinair Braúna de Carvalho Ribeiro

AVALIAÇÃO DO PROGRAMA NACIONAL DE CONTROLE DO TABAGISMO EM SÃO LUÍS

Trabalho de Projeto do Mestrado em Educação para a Saúde, apresentado à Escola Superior de Tecnologia da Saúde de Coimbra e à Escola Superior de Educação de Coimbra para obtenção do grau de Mestre

Relatório realizado sob a orientação do Professor Coordenador de Fisiologia Clínica
Jorge Conde

Novembro, 2018

AGRADECIMENTOS

A Deus, Senhor de todas as coisas, por abençoar-me com sabedoria, equilíbrio e paz durante todo esse momento de minha vida, dando-me condições para concluir essa importante etapa.

Ao meu marido Egidio, pela compreensão nas ausências.

A minha filha Dynielle, pelo companheirismo.

Aos professores do Curso de Especialização Conducente ao Mestrado em Educação para a Saúde, pela valiosa troca de experiências.

À equipe administrativa da Unidade Básica de Saúde da Família Turu II, pela oportunidade de realizar esta pesquisa, sem a qual não seria possível concluir este estudo.

Aos voluntários do Programa Municipal de Combate ao Tabagismo da UBS Turu II pela compreensão e aceitação na participação do estudo.

A todos que, de alguma forma, colaboraram com a construção desta pesquisa.

RESUMO

O tabagismo, tema deste trabalho, é visto como uma doença crônica, pois causa dependência entre os usuários, causando predisposição para doenças e incapacidades, com alta morbidade e mortalidade, portanto, um problema de saúde pública. O objetivo do estudo foi avaliar o desempenho do Programa de Combate ao Tabagismo em uma unidade básica de saúde no município de São Luís - Maranhão. A metodologia consistiu de pesquisa bibliográfica, tabulação estatística dos dados referentes aos pacientes do Programa em 2017 e estudo de campo exploratório, descritivo e quantitativo junto aos pacientes do Programa na Unidade de Saúde da Família Turu II. Traçou-se o diagnóstico por meio de informações contidas no Relatório da Unidade e realização de uma pesquisa junto a 25 fumantes do programa, através da aplicação de um questionário estruturado. As variáveis utilizadas foram voltadas para o perfil sociodemográfico dos participantes, opinião dos mesmos referentes aos fatores apontados como causas prováveis do insucesso do tratamento em abandonar o cigarro e às ações educativas de saúde do Programa. Os resultados do questionário apontaram prevalência do sexo feminino, faixa etária acima dos 60 anos, solteira, com ensino médio completo, renda inferior a 1 salário mínimo, aposentada e residente na capital, São Luís. O local de moradia distante do Posto de Saúde e a convivência com amigos e familiares fumantes foram apontados como prováveis fatores de insucesso no programa. A maioria dos pacientes pesquisados nunca realizou tratamento ou participou de programa para parar de fumar. A totalidade dos pesquisados aderiu às atividades, destacando-se a terapia medicamentosa, palestras e dinâmicas de grupo. A grande maioria dos entrevistados opinou que o programa tem estrutura para ajudá-los a deixar de usar o cigarro. No total de 50 pacientes inscritos em 2017, 34% não compareceu na última sessão, o que pode indicar provável abandono do tratamento e 20% compareceu ainda fumando. Dos inscritos, 46% compareceu sem fumar na última sessão, o que representa um sucesso, considerando que o Ministério da Saúde preconiza, como uma resposta clínica positiva ao tratamento, um percentual igual ou maior de 30%. Conclui-se que o Programa de Combate ao Tabagismo desenvolvido pela Unidade de Saúde da Família do Turu II tem sua eficácia reconhecida pelos seus resultados, entretanto, estes podem ser ampliados com a colocação de um fisioterapeuta na equipe multiprofissional e maior divulgação junto a outras comunidades.

Palavras-chave: Tabagismo. Ações educativas. Unidade Básica de Saúde. Avaliação

ABSTRACT

Smoking, the subject of this study, is seen as a chronic disease, because it causes dependence among users, causing predisposition to diseases and disabilities, with high morbidity and mortality, therefore, a public health problem. The objective of the study was to evaluate the performance of the Combat Tobacco Program in a basic health unit in the city of São Luís -Maranhão. The methodology consisted of bibliographic research, data statistical tabulation referring to the patients of the Program in 2017 and an exploratory, descriptive and quantitative-qualitative field study with the patients of the Program in the Family Health Unit Turu II. The diagnosis was made using the information contained in the Unit Report and a research with 25 smokers of the program, through the application of a structured questionnaire. The used variables were focused on the sociodemographic profile of the participants, their opinion regarding the factors pointed out as probable causes of cessation treatment failure and the health educational actions of the Program. The results of the questionnaire showed a prevalence of women, over 60 years old, single, with a high school education, income less than 1 minimum salary, retired and resident in the capital, São Luís. The place of residence far from the Health Post and the coexistence with friends and family smokers were pointed out as probable factors of failure in the program. Most of the patients surveyed never realized treatment or participated in a smoking cessation program. All of the respondents adhered to the activities, with emphasis on medication therapy, lectures and group dynamics. The vast majority of respondents said the program has the structure to help them stop using the cigarette. Out of 50 patients enrolled in 2017, 34% did not attend the last session, which may indicate a probable dropout, and 20% were still smoking. Of those enrolled, 46% attended without smoking in the last session, which represents a success, considering that the Health Ministry recommends, as a positive clinical response to treatment, a percentage equal to or greater than 30%. It is concluded that the Tobacco Combat Program, developed by Family Health Unit Turu II has its effectiveness recognized by its results, however, these can be improved by adding a physiotherapist in the multiprofessional team and greater dissemination with other communities.

Keywords: Smoking. Educational actions. Basic Health Unit. Evaluation

LISTA DE FIGURAS

Figura 1	Carteira de Cigarro com Informação sobre malefícios do produto.....	13
Figura 2	Cartaz da campanha “Dia mundial sem tabaco” 2017	15
Figura 3	Fachada da Unidade Saúde da Família Turu II	21
Figura 4	Palestra com o grupo de voluntários sobre malefícios do cigarro na Unidade Saúde da Família Turu II	22

LISTA DE TABELAS

Tabela 1	Medicamentos usados na Terapia de Reposição da Nicotina.....	23
Tabela 2	Demonstrativo dos participantes do Programa de Controle do Tabagismo na UBS do Turu II, 2017.....	25
Tabela 3	Demonstrativo do perfil dos voluntários participantes do Programa de Controle do Tabagismo na UBS do Turu em 2017..	27
Tabela 4	Demonstrativo referente aos fatores apontados como causa do insucesso no tratamento, segundo a percepção dos entrevistados..	28
Tabela 5	Demonstrativo referente às ações educativas, segundo a percepção dos entrevistados.....	28

LISTA DE GRÁFICOS

Gráfico 1	Avaliação do Escore de Fagerström que mede o grau de dependência à nicotina dos pacientes inscritos no Programa de Combate ao Tabagismo na UBS Turu II, 2017.....	26
Gráfico 2	Percentual referente à participação dos entrevistados em tratamento anterior em relação ao uso do cigarro	29
Gráfico 3	Percentual referente à participação anterior dos entrevistados em Programa para abandono do cigarro, 2017.....	29
Gráfico 4	Percentual referente a percepção dos entrevistados sobre a estrutura do programa para ajuda-los a deixar de fumar	29

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

ANVISA	Agência Nacional de Vigilância Sanitária
CTB	Código de Trânsito Brasileiro
CQCT	Convenção Quadro para Controle do Tabaco
DPOC	Doença pulmonar obstrutiva crônica
ECA	Estatuto da Criança e do Adolescente
FAC	Fumaça ambiental do cigarro
GM	Gabinete do Ministro
IBGE	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
INCA	Instituto Nacional do Câncer
MS	Ministério da Saúde
NANDA	North American Nursing Diagnosis Association
OMS	Organização Mundial de Saúde
PCDT/DN	Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas – Dependência à Nicotina
PNCT	Programa Nacional de Controle do Tabagismo
SEMUS	Secretaria Municipal de Saúde
SNC	Sistema Nervoso Central
SUS	Sistema Único de Saúde
WHO	World Health Organization
TCLE	Termo de Consentimento Livre e Esclarecido
TO	Terapeuta ocupacional
UBS	Unidade Básica de Saúde
VIGITEL	Vigilância de Fatores de Risco e Proteção para Doenças Crônicas por Inquérito Telefônico

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	1
2 ENQUADRAMENTO TEÓRICO	5
2.1 O fumo e suas principais características	5
2.2 Epidemiologia do tabagismo no Brasil	6
2.3 Malefícios do tabagismo na saúde.....	7
2.4 Legislação e política de atenção ao tabagismo.....	10
2.4.1 Programa Nacional de Controle ao Tabagismo (PNCT)	14
2.5 Papel da enfermagem na educação em saúde junto a tabagistas	16
3 METODOLOGIA DO PROJETO	19
3.1 Diagnóstico da situação e objetivos	19
3.2 Estrutura da pesquisa.....	19
3.3 Instrumentos de avaliação	20
3.4 Procedimentos: planejamento, questões éticas, estratégias e recursos.....	20
3.5 Ações de saúde voltadas para prevenção e controle do tabagismo na Unidade de Saúde da Família Turu II.....	21
3.5.1 Características da Instituição	21
3.5.2 Descrição das atividades de educação para a saúde realizadas pela UBS Saúde da Família Turu II	22
4 RESULTADOS.....	25
4.1 Resultados da consolidação dos dados informados pela Unidade de Saúde quanto aos participantes do Programa de Controle ao Tabagismo, no ano de 2017	25
4.2 Resultados do questionário aplicado aos participantes do Programa de Combate ao Tabagismo em Unidade de Saúde.....	26
5 DISCUSSÃO	31
6 SUGESTÃO DE MELHORIAS	37
7 CONCLUSÃO	39
REFERÊNCIAS	41

APÊNDICES	47
APÊNDICE A – QUESTIONÁRIO APLICADO AOS USUÁRIOS DO PROGRAMA NACIONAL DE COMBATE AO TABAGISMO NA UNIDADE BÁSICA DE SAÚDE DA FAMÍLIA TURU II.....	47
APÊNDICE B – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO (TCLE) APRESENTADO AOS USUÁRIOS DA UBS PARTICIPANTES DO ESTUDO	49
ANEXOS.....	51
ANEXO I – TERMO DE AUTORIZAÇÃO PARA COLETA DE DADOS	51
ANEXO II – AUTORIZAÇÃO PARA REALIZAÇÃO DE PESQUISA.....	52
ANEXO III – TESTE DE FAGERSTRÖM.....	53
ANEXO IV – MODELO SUGERIDO DE CARTAZ MOTIVACIONAL	54

1 INTRODUÇÃO

O hábito de fumar é milenar, haja vista que as pessoas usam o tabaco desde as mais antigas civilizações e esse hábito ainda acompanha grande parte da população de todo o mundo atualmente. Mesmo com o avanço da tecnologia, das pesquisas científicas e informações sobre as consequências do hábito de fumar, ainda existe muito desconhecimento da população acerca dos riscos para o desenvolvimento de uma série de doenças crônicas, incluindo-se o câncer, doenças pulmonares e doenças cardiovasculares, configurando-se o uso do tabaco como a principal causa de mortes evitáveis (WHO, 2011).

Pesquisas realizadas pela OMS nos últimos dez anos revelaram que houve uma redução de 10% a 20% nos eventos coronarianos agudos, em ambientes cuja proibição do tabaco foi instituída (WHO, 2005).

O tabagismo é considerado a segunda causa de morte no mundo pela OMS. Está associado à mortalidade por diversos tipos de câncer (pulmão, boca, laringe, faringe, esôfago, estômago, pâncreas, fígado, bexiga, rim, colo do útero e leucemias), doença pulmonar obstrutiva crônica (DPOC), doença coronariana, hipertensão arterial e acidente vascular encefálico. O fumante está sujeito à mortalidade por todas essas doenças, mas o simples fato de exposição à fumaça de produtos de tabaco contribui para o desenvolvimento ou agravamento de diversas outras (Instituto Nacional de Câncer, 2017).

Desde o final da década de 1980, sob a ótica da promoção da saúde, a gestão e governança do controle do tabagismo no Brasil vem sendo articulada pelo Ministério da Saúde através do Instituto Nacional do Câncer (INCA), o que inclui um conjunto de ações nacionais que compõem o Programa Nacional de Controle do Tabagismo (PNCT) (Brasil, 2016).

O PNCT tem como objetivo reduzir a prevalência de fumantes e a consequente morbimortalidade relacionada ao consumo de derivados do tabaco no Brasil seguindo um modelo lógico com ações educativas, de comunicação, de atenção à saúde, junto com o apoio a adoção ou cumprimento de medidas legislativas e econômicas (Brasil, 2016).

Todas estas ações se potencializam para prevenir a iniciação do tabagismo, principalmente entre adolescentes e jovens, para promover a cessação de fumar e para proteger a população da exposição à fumaça ambiental do tabaco e reduzir o dano individual, social e ambiental dos produtos derivados do tabaco (Brasil, 2016)

Em novembro de 2005, o Brasil ratificou a Convenção Quadro para Controle do Tabaco (CQCT), primeiro tratado internacional de saúde pública com objetivo de conter a epidemia global do tabagismo. A implantação do Programa Nacional de Controle do Tabagismo passa então a fazer parte da Política Nacional de Controle do Tabaco, que é orientada ao cumprimento das medidas e diretrizes da CQCT pelo país (Brasil, 2016).

Para a implementação da CQCT no setor saúde, o Ministério da Saúde e o INCA atuam em rede e desenvolvem ações junto às equipes coordenadoras dos estados (secretarias estaduais de Saúde e Educação), que, por sua vez, multiplicam junto às equipes coordenadoras dos municípios (secretarias municipais de Saúde e Educação), para desenvolverem atividades de coordenação/gerência operacional e técnica do PNCT. Os municípios multiplicam as ações junto aos profissionais que atuam nas diferentes instituições envolvidas no controle do tabagismo e prevenção de câncer, como escolas, unidades de saúde, universidades, dentre outras (Brasil, 2016).

Apesar de ser um país em desenvolvimento, de ter dimensões continentais e mais de 200 milhões de habitantes, e de ser o segundo maior produtor e o maior exportador de tabaco em folhas do mundo, o Brasil tem conseguido desenvolver um Programa de Controle do Tabagismo forte e abrangente. As taxas de mortalidade por câncer de pulmão têm aumentado com maior velocidade entre as mulheres do que entre os homens nos últimos anos, um provável reflexo da tendência mais tardia de crescimento do tabagismo entre mulheres (Brasil, 2016).

A legislação de combate ao fumo no Brasil prevê a participação do enfermeiro em Políticas de Saúde e Programas de Educação em Saúde voltado para o tabagismo. A equipe de enfermagem atua como importante fonte de conscientização, atuando como elo entre as Políticas de Saúde e os usuários da Atenção Básica, por meio de ações voltadas para a prevenção nos seus postos de trabalho, onde tem a incumbência de falar e aconselhar, seus pacientes a respeito dos malefícios decorrentes do uso de derivados do tabaco (Cruz, Gonçalves, 2010). Segundo o INCA (2010) os

profissionais de enfermagem, devem ter formação específica e habilidades técnicas e científicas para desempenhar ações educativas que promovam a conscientização sobre a necessidade de parar de fumar.

Estes profissionais são amparados pela Lei do exercício profissional número 7.498/86 de 25 de junho de 1986, Art. 1111, onde cabe ao enfermeiro “a responsabilidade de participar no planejamento, execução e avaliação da programação de saúde”. (Brasil, 1986)

O interesse em estudar este tema decorreu da observação da alta prevalência do tabagismo em populações atendidas pela Atenção Básica, e este hábito, apresenta um impacto epidemiológico importante, pois, comprovadamente, a dependência à nicotina é um fator de risco para mais de 50 doenças. Estima-se que 50% dos fumantes crônicos desenvolvam alguma doença relacionada ao tabaco ao longo da vida. Considerando todos esses números alarmantes, é possível compreender porque o tabagismo é visto como um grande problema de saúde pública (Brasil, 2016).

Com base no contexto acima apresentado, o presente estudo, traz uma pesquisa realizada em uma Unidade de Saúde que integra o PNCT no município de São Luís-Maranhão, com a finalidade de avaliar o desempenho do Programa, analisando a sua aceitação e eficácia junto a população usuária, além de viabilizar informações e conscientização não somente ao paciente, mas a todos os que estão envolvidos de alguma forma com a doença ou que desejam conhecê-la quanto à sua prevenção, considerando ainda que todo acompanhamento, tratamento e medicação para o tabagista são totalmente gratuitos no sistema público de saúde.

No presente estudo, as questões norteadoras direcionam-se para: a) tem havido promoção de saúde com ações educativas para cessão do uso do tabaco como: campanhas de conscientização, eventos comunitários, informações através da mídia? b) O PNCT tem alcançado seus objetivos? c) O PNCT oferece serviço gratuito e tratamento medicamentoso para quem deseja deixar de fumar?

O estudo tem como objetivo, avaliar o desempenho do Programa Municipal de Combate ao Tabagismo (PNCT) em uma unidade básica de saúde, referência no Programa de Educação em Saúde voltado ao Tabagismo, no município de São Luís - Maranhão.

2 ENQUADRAMENTO TEÓRICO

O enquadramento teórico de um estudo tem como finalidade embasar a pesquisa através da explanação e descrição de estudos já existentes na literatura sobre o assunto, fazendo-se uma breve discussão desse conjunto de conhecimentos existentes em produções científicas (Duarte, 2010). Trata-se, portanto, de uma revisão de literatura, onde enfatizam-se temas importantes relacionados à pesquisa proposta, divididos em tópicos.

O enquadramento teórico deste estudo centra-se no tabagismo, e tudo que está relacionado a ele como histórico/origens, epidemiologia do tabagismo no mundo e no Brasil, malefícios do tabagismo na saúde, legislação específica, programa de educação em saúde voltado para controle e prevenção do tabagismo e o papel da enfermagem na educação em saúde junto a tabagistas.

2.1 O fumo e suas principais características

O uso do tabaco surgiu aproximadamente no ano 1.000 A.C., nas sociedades indígenas da América Central, em rituais mágicos e religiosos. A planta, cientificamente chamada *Nicotiana tabacum*, foi levada para a Europa pelos exploradores portugueses e espanhóis no século XV, época das grandes navegações. Posteriormente, foi introduzida pelos europeus na Ásia (com destaque para o Japão, a China e a Índia, os quais incorporaram o tabaco a suas culturas milenares) e na África, onde era moeda corrente no tráfico de escravos. A planta chegou ao Brasil por meio da migração de tribos tupis/guaranis e quando os portugueses aqui desembarcaram conheceram o tabaco pelo contato com os índios (Jaques & Gonçalves, 2009).

De acordo com a Enciclopédia Larousse Cultural (2002, p. 5555 v. 22) o tabaco é cientificamente denominado de *Nicotiana tabacum*, “uma planta herbácea, anual, que atinge dois (2) metros de altura, tomentosa, de folhas amplas, oblongas, acuminadas e macias, e flores avermelhadas”.

As folhas do tabaco foram comercializadas sob a forma de fumo para cachimbo, rapé, tabaco para mascar e charuto, e, somente ao final do século XIX, teve início a industrialização do tabaco sob a forma de cigarro. Com a industrialização o

uso do cigarro foi disseminado pelo mundo e teve avanços a partir de meados do século XX, através do desenvolvimento da tecnologia aplicada a publicidade e marketing (Jaques & Gonçalves, 2009).

O cigarro ou fumo é composto por cerca de setecentos aditivos químicos que até pouco tempo eram desconhecidos do público, entretanto, hoje sabe-se que entre os seus ingredientes existem metais pesados, pesticidas e inseticidas, sendo até proibido jogar os restos do cigarro em aterros, sendo mesmo, ilegal em alguns países. Cerca de 4.000 substâncias, entre as quais acetona, arsénico, butano, monóxido de carbono e cianeto fazem parte da composição do cigarro onde as pesquisas comprovam que tanto os pulmões dos fumantes, como os pulmões de quem fica próximo de quem fuma, se expõem a, pelo menos, 43 substâncias comprovadamente cancerígenas (INCA, 2004).

O ato de usar cigarro ou tabaco denomina-se tabagismo, sendo este um costume que por muito tempo foi considerado “chique”, símbolo de status, principalmente entre os anos 50 e 80, muito consumido pela juventude da época. Define-se como uma atividade compulsiva determinada por um conjunto de fatores interconectados e de mútuo reforço, ainda que independentes uns dos outros. Além disso, esses fatores podem ser contraditórios entre si e variáveis conforme aspectos bioquímicos e/ou genéticos, e também culturais, sociológicos e históricos (Boeira, 2006).

O consumo de tabaco constitui-se como um dos mais graves problemas de saúde pública, com repercussão em toda a população, fumadora e não fumadora, sendo sua prevalência elevada na população de adolescentes e jovens, o que tem promovido índices alarmantes do consumo de tabaco em todo o mundo (Brasil, 2016).

2.2 Epidemiologia do tabagismo no Brasil

Um estudo realizado pelo Ministério da Saúde (MS) e o Instituto Nacional do Câncer (INCA) revelou que o tabagismo foi responsável por 156.216 mortes no Brasil em 2015, representando 12,6% de todos os óbitos de pessoas com mais de 35 anos no país. Destes óbitos, 34.999 foram por doenças cardíacas, 31.120 por Doença pulmonar obstrutiva crônica (DPCO), 26.651 por cânceres diversos, 23.762 por câncer

de pulmão, 17.972 por tabagismo passivo, 10.900 por pneumonia e 10.812 por Acidente Vascular Cerebral (INCA, 2017).

Estudos realizados pela Vigilância de Fatores de Risco e Proteção para Doenças Crônicas por Inquérito Telefônico (VIGITEL), em 2016, detectou que houve redução do uso do tabaco na população Brasileira nos últimos dez anos, por meio da política Brasileira de controle do tabaco, feita em parceria com o Ministério da Saúde e INCA, conseguindo reduzir em 35% a prevalência de fumantes nas capitais Brasileiras, no período de 2006 a 2016. A pesquisa da VIGITEL realizada por telefone nas 26 capitais e Distrito Federal em 2016 entrevistou 53.210 pessoas, constatando que nos últimos 10 anos, a prevalência de fumantes caiu de 15,7%, em 2006, para 10,2% em 2016 (VIGITEL, 2016).

Ainda segundo dados da VIGITEL (2016), entre os que fumam 20 cigarros ou mais por dia a pesquisa revelou que a prevalência foi decrescente no período de 10 anos, caindo de 4,6% em 2006 para 2,8% em 2016. Em relação ao fumo passivo, a prevalência também foi decrescente, de 2009 (12,1%) a 2016 (7,0%). O hábito de fumar traz malefícios para a saúde dos fumantes ativos e passivos, conforme será visto a seguir.

2.3 Malefícios do tabagismo na saúde

O cigarro é uma droga, e segundo a definição da Organização Mundial da Saúde, “droga... é qualquer substância não produzida pelo organismo que tem a propriedade de atuar sobre um ou mais de seus sistemas produzindo alterações em seu funcionamento” (Brasil, 2006).

Para a medicina droga significa “qualquer substância capaz de modificar a função dos organismos vivos resultando em mudanças fisiológicas ou de comportamento” (Magno, 2000 apud Olivetti, 2013, p. 13). Segundo pesquisas quando uma substância estranha ao organismo é ingerida, provoca como reação a contração dos vasos sanguíneos, modifica uma determinada função natural do organismo, podendo apresentar alterações na pressão arterial, ou seja, provoca mudanças fisiológicas.

Todo tipo de droga vicia, ou seja, causa dependência, porque ativam no cérebro o sistema de recompensa, ou seja, a pessoa experimenta a sensação de bem-estar quando ingere a droga. Entretanto, essa busca pelo prazer acaba causando o que chamamos de dependência, porque a pessoa, vai querer mais e mais se sentir bem e isso acaba aumentando a vontade de usar a droga cada vez mais em intervalos mais curtos. Quando o uso da droga é interrompido, a pessoa passa a sentir o que se chama de crise de abstinência, ou seja, o organismo sente a falta da droga e a pessoa passa a ter, por exemplo, sentimentos e comportamentos depressivos, ou agressivos, o que faz com que a pessoa volte a usar a droga para parar de ter essa sensação ruim, e outras pessoas, tem predisposição genética para serem dependentes de alguma droga.

Dentre os malefícios do fumo destacam-se os efeitos negativos diretamente na voz e na saúde da laringe como um todo, pois o ato de fumar altera a qualidade vocal, provoca irritações na laringe, câncer e outras alterações em órgãos como o pulmão. O tabaco é a principal causa de câncer de pulmão e de faringes (Olivetti, 2013).

A fumaça do cigarro é uma mistura de aproximadamente 4.720 substâncias tóxicas diferentes que se constituem de duas fases fundamentais: a particulada e a gasosa. A fase gasosa é composta, entre outros por monóxido de carbono, amônia, cetonas, formaldeído, acetaldeído, acroleína. A fase particulada contém nicotina e alcatrão (Brasil, 2016).

A fumaça e substâncias como o alcatrão nos cigarros provocam irritação do revestimento mucoso das vias aéreas. Além disso, a fumaça causa tosse entre fumantes ativos e passivos. O pigarro, frequente, ocorre em resposta à irritação a mucosa, sendo causado pelos agentes nocivos e pelo calor das substâncias inaladas pelo tabagista. A exposição dos não fumantes à fumaça do cigarro, provoca irritação de trato respiratório, garganta, nariz e olhos, portanto, em um ambiente onde há fumantes, os não fumantes também inalam os elementos tóxicos do cigarro, o que leva apresentando como consequência diversas patologias respiratórias (Bizzo, 2009).

Os efeitos fisiológicos do tabagismo são causados, em sua maioria, pela nicotina que o tabaco contém e que é liberada pela sua combustão. A intoxicação crônica pelo tabaco é provocada pelo efeito combinado do monóxido de carbono, de

produtos irritantes (acroleína), de aminas, com efeito, farmacológico (nicotina), de alcatrões que contêm produtos cancerígenos (Olivetti, 2013, p. 23).

A exposição passiva à fumaça do cigarro é um dos principais fatores associados à asma na adolescência, problemas mais graves em crianças, além dos demais efeitos nocivos à saúde. Sabendo da gravidade do problema, existem poucos recursos para amenizar a exposição à fumaça ambiental do cigarro (FAC). Em 2004, ocorreram aproximadamente 603.000 óbitos relacionados ao fumo passivo, o que representa 1% da mortalidade mundial, sendo 28% em crianças (Gonzalez-Barcala, 2013).

Em crianças, a exposição passiva ao cigarro provoca aumento do risco de pneumonia, bronquite, bronquiolite e otite e à mortalidade pela síndrome da morte súbita infantil. Em portadores de asma pode aumentar a frequência e a intensidade das crises. Em adultos, pode causar a diminuição da função dos pulmões e aumentar os distúrbios respiratórios, e em gestantes pode provocar redução do peso do recém-nascido (Seelig, 2005).

Estudos comprovam que o uso do cigarro juntamente com o café causa falha óssea, diminuição da neoformação óssea e redução do processo de reparação óssea (Andrade, 2013). De acordo com Bizzo (2009, p. 33-34), os efeitos do cigarro no cérebro e no coração provocam:

Efeito agudo: sensação de bem-estar e indução da autoadministração, levando à compulsão por acender novo cigarro. O efeito crônico no cérebro é alteração das artérias do cérebro, podendo levar ao acidente vascular cerebral. No coração os efeitos do cigarro são os seguintes: a) efeito agudo: contração das artérias do coração, aceleração do coração e indução de outras arritmias; b) os efeitos crônicos que são: alteração da forma das artérias e seu estreitamento, levando à obstrução, hipertensão arterial e sobrecarga do coração (Bizzo, 2009, p. 33; 34)

Em relação à nicotina, Andrade (2013) ressalva que as ações sistêmicas dessa substância encontrada no cigarro são mediadas por receptores nicotínicos, encontrados no sistema nervoso central (SNC), nos gânglios autonômicos periféricos, na glândula suprarrenal, em nervos sensitivos e na musculatura estriada esquelética. Nas terminações nervosas a nicotina estimula a liberação dos neurotransmissores acetilcolina, dopamina (DA), glutamato, serotonina e ácido gama-aminobutírico levando ao aumento do estado de alerta e à redução do apetite. A sensação após tragar

um cigarro é similar à descrita pelos usuários de anfetamina, heroína, cocaína e *crack*. A ação central também pode provocar tontura, náuseas e vômitos.

No sistema cardiovascular, a nicotina causa efeitos negativos como: vasoconstricção periférica, aumento da pressão arterial e da frequência cardíaca. No sistema endócrino, a presença da nicotina favorece a liberação de hormônio antidiurético e retenção de água e, no sistema gastrointestinal ela tem ação parassimpática, estimulando o aumento do tônus e da atividade motora do intestino.

A nicotina age como indutora enzimática no fígado provocando a redução da meia-vida de diversos medicamentos: anestésicos locais, morfina, codeína, teofilina, heparina, warfarina, amitriptilina, imipramina, propranolol, clorpromazina, diazepam, clordiazepóxido e indometacina. Dessa forma, fumantes podem requerer doses maiores desses medicamentos para obter o efeito terapêutico. Uma diminuição de 50% no consumo da nicotina é suficiente para desencadear os sintomas de abstinência em indivíduos dependentes.

Conforme visto até aqui, a dependência da nicotina e seus efeitos devastadores são pontos que merecem apoio ao indivíduo no sentido de conscientizá-lo a parar de fumar, sendo, entretanto, um desafio muito grande, pois representa a abstinência em longo prazo, por isso é importante que o fumante esteja disposto a enfrentar todas as mudanças que ocorrerão durante a transição (Figueiro, 2013).

O que se observa, entretanto, é que, mesmo tendo conhecimento dos danos causados pelo cigarro, a prevalência do uso do cigarro ainda é bastante elevada, principalmente, a incidência de novos fumantes, entre adolescentes e jovens (Willemann, Burci, 2014).

2.4 Legislação e política de atenção ao tabagismo

A conscientização dos malefícios do fumo passivo teve início na década de 70, mas em 1986 começou-se a fazer algo a respeito: a princípio houve separação da ala dos fumantes para os não fumantes; percebeu-se a importância de aumentar a ventilação para controlar essas áreas, mas como não há especificação de uma taxa aceitável de exposição à fumaça ambiental do cigarro, pouco pode ser feito. A alternativa mais eficiente em custo, aplicabilidade e redução de risco da fumaça no

ambiente é a proibição do uso do tabaco, sendo hoje a única medida conhecida para o controle, e capaz de reduzir o risco a zero, o que foi provado através de experiências em Nova Iorque – Estados Unidos que não causará impacto econômico à indústria tabagista e à hospitalidade. Nesse mesmo estudo observou-se melhora na qualidade de vida dos trabalhadores que não são mais expostos à fumaça ambiental do cigarro. (Seelig, 2005).

A maioria da população estudada não mudou de comportamento, ou passou a frequentar mais os ambientes públicos após a proibição do tabagismo. No Brasil a proibição do uso de tabaco ou produtos derivados dele é amparada pela Lei nº 9.294/1996, em recinto coletivo privado ou público, exceto em locais destinados ao consumo. Enquanto a Portaria Interministerial nº 1.498/2002 incentiva as instituições de saúde e ensino a serem livres da exposição do tabaco através de programas de conscientização (Echer 2011).

A Lei n.º 10.167 de 27 de dezembro de 2000 alterou a Lei n.º 9.294/96, proibindo o uso de produtos fumígenos¹ derivados do tabaco em aeronaves e demais veículos de transporte coletivo. Proibiu também a venda por via postal, a distribuição de amostra ou brinde e a comercialização em estabelecimentos de ensino e de saúde. Essa lei ainda proibiu a participação de crianças e adolescentes na publicidade de produtos derivados do tabaco. A Lei n.º 9.503 de 23 de setembro de 1997, Código de Trânsito Brasileiro - CTB, em seu texto, referiu-se à proibição do uso de qualquer substância entorpecente que determine dependência de qualquer natureza, de ser usada por pessoas que dirigem veículos, porque isso causaria o fato de dirigir com apenas uma das mãos.

Corroborando com a legislação de proibição e prevenção do uso do cigarro e derivados do tabaco, a Resolução da Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA) n.º 15 de 17 de janeiro de 2003, proibiu a venda de produtos derivados do tabaco na Internet.

A proteção aos jovens, também foi lembrada pela Legislação de combate e prevenção ao fumo, com a Lei n.º 8.069, de 13 de julho de 1990 – Estatuto da Criança

¹ Fumígenos. Que pode ser fumado. Derivados ou não do tabaco. **Dicionário de português on line.** Disponível em: <http://www.dicionarioinformal.com.br/significado/fumigenos/4608/> Acesso em agosto de 2017.

e do Adolescente (ECA), que em seu texto, versou sobre a proibição da venda, fornecimento ou entrega, à criança ou ao adolescente, de produtos cujos componentes possam causar dependência física ou psíquica, como o cigarro.

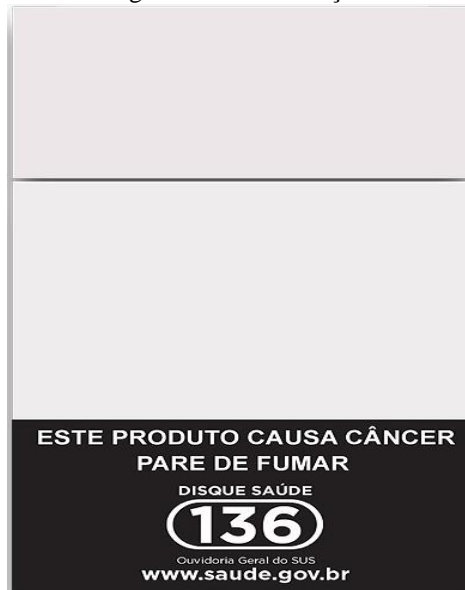
Ainda em relação ao envolvimento da população mais jovem, a Portaria do Ministério do Trabalho e Emprego n.º 06 (05 de fevereiro de 2001), em seu texto, proibiu o trabalho do menor de 18 anos na colheita, beneficiamento ou industrialização do fumo.

A Resolução n.º 304 de 07 de novembro de 2002, da ANVISA, proibiu a produção, importação, comercialização, propaganda e distribuição de alimentos na forma de cigarro, charuto, cigarrilha, ou qualquer outro produto fumígeno, derivado ou não do tabaco, incluindo-se propaganda no uso de embalagens de alimentos simulando ou imitando as embalagens de cigarros, bem como o uso de nomes de marcas pertencentes a produtos fumígenos, derivados ou não do tabaco. A Lei n.º 10.702 de 14 de julho de 2003, alterou a Lei n.º 9.294/96, proibindo a venda de produtos fumígenos derivados do tabaco a menores de 18 anos (Brasil, 2005).

Mais recentemente, a Lei 12.546, aprovada em 2011, e regulamentada em 2014, teve como finalidade a proibição do ato de fumar cigarrilhas, charutos, cachimbos, narguilés e outros produtos em locais de uso coletivo, públicos ou privados, como *halls* e corredores de condomínios, restaurantes e clubes, seja em ambiente parcialmente fechado por uma parede, divisória, teto ou toldo.

Essa norma extinguiu os fumódromos acabando com a possibilidade de propaganda comercial de cigarros, mesmo nos pontos de venda, onde era permitida publicidade em *displays*. Fica liberada apenas a exposição dos produtos, acompanhada por mensagens sobre os males provocados pelo fumo. A lei também obrigou os fabricantes a aumentarem, no próprio produto, os espaços para avisos sobre os danos causados pelo tabaco devendo ocupar 100% da face posterior das embalagens e de uma de suas laterais. A proposta ainda sugeriu que 30% da embalagem registrasse a seguinte informação: ***“Este produto causa câncer. Pare de fumar. Disque 136”*** (Figura 1). As novas embalagens já começariam a circular com as modificações em janeiro de 2016 (Laboissière, Leal, 2014).

Figura 1 – Carteira de Cigarro com Informação sobre malefícios do produto



Fonte: Laboissiere, Leal, 2014

Pela Lei 12.546, é permitido fumar em casa, em áreas ao ar livre, parques, praças, áreas abertas de estádios de futebol, vias públicas e tabacarias, que devem ser voltadas especificamente para esse fim. Entre as exceções estão também cultos religiosos, onde os fiéis poderão fumar caso faça parte do ritual (Laboissière, Leal, 2014).

A legislação voltada para o combate e prevenção do uso do cigarro no Brasil é uma das mais fortes do mundo e tem se mostrado eficaz, pois, observa-se uma redução bem significativa de pessoas que atualmente usam cigarro em seu cotidiano optando por uma melhor qualidade de vida, nos últimos 20 anos.

Pesquisas demonstram que a adesão ao tratamento de usuários de cigarro, se apresenta como um grande desafio a ser enfrentado tanto pelos fumantes como pelos órgãos gestores de saúde, haja vista que, ao usuário, é atribuída a maior carga de responsabilidade sobre o cuidado de livrar-se do vício. A natureza, os sentidos e os determinantes do comportamento de não adesão são complexos. Assim, há que se considerar essa questão sob uma ótica mais profunda, levando em conta alguns aspectos como as características dos usuários, a atuação dos profissionais, a dinâmica do serviço e os fatores sociodemográficos associados ao problema (Silva, 2014).

Diante do contexto, os Programas de enfrentamento, combate e prevenção do tabaco/cigarro, atuam como ponto chave na promoção da autonomia e na busca pela reorganização das relações de cada indivíduo com o vício. Por meio de uma equipe multiprofissional, a situação é avaliada caso a caso, onde há o diálogo com o usuário a fim de se alcançar um plano terapêutico adequado (Silva, 2014).

2.4.1 Programa Nacional de Controle ao Tabagismo (PNCT)

Primando pela promoção da saúde como direito de todos, e dever do estado, o Ministério da Saúde, em parceria com instituições como o INCA, promoveram articulações sobre diferentes estratégias em diferentes setores sociais governamentais e não governamentais com vistas a implementação de políticas públicas voltadas para a prevenção e combate ao tabagismo, sendo essas duas instituições, responsáveis pela criação da Política Nacional de Controle do Câncer, em 1989, onde se encontram incluídas as ações do Programa Nacional de Controle do Tabagismo (PNCT), desenvolvidas em parceria com as secretarias estaduais e municipais de Saúde e de vários setores da sociedade civil organizada, incluindo as sociedades científicas e conselhos profissionais da área da saúde (Cavalcante, 2005).

Cavalcante (2005, p.6) adverte que “o PNCT tem como objetivo geral reduzir a prevalência de fumantes e a conseqüente morbimortalidade relacionada ao consumo de derivados do tabaco no Brasil”, e envolve dois grandes objetivos específicos: reduzir a iniciação do tabagismo entre jovens e aumentar a cessação de fumar entre aqueles que já desenvolveram o vício. O PNCT é desenvolvido em parceria com as três esferas de governo envolvendo as secretarias estaduais e municipais de saúde sob a coordenação do Ministério da Saúde, de forma a alcançar os objetivos e metas estipuladas pelo programa.

Essas estratégias mobilizam diversos fatores e profissionais das mais diversas especialidades com a finalidade de sensibilizar a opinião pública no sentido de alcançar uma mudança social sobre o uso e a exposição à fumaça do tabaco. Essas estratégias mobilizam três grupos de ação central: as ações educativas, ações de promoção e apoio à cessação de fumar e, mobilização de medidas legislativas e econômicas para controle do tabaco (Brasil, 2003).

As ações educativas do PNCT são desenvolvidas desde os anos de 1980 através de campanhas de conscientização sobre os malefícios do cigarro, principalmente câncer de pulmão e laringe, denominada Dia Mundial sem tabaco comemorada todo dia 31 de maio (Figura 2).

Figura 2 – Cartaz da campanha “Dia Mundial sem tabaco, 2017”



Fonte: PAHO, 2017, disponível em:

<http://www.paho.org/bra/index.php?option=com_content&view=article&id=5428:dia-mundial-sem-tabaco-2017-vamos-vencer-o-tabaco-em-favor-da-saude-prosperidade-meio-ambiente-e-desenvolvimento&Itemid=839>

Em maio de 2017 o tema da campanha abordou um estudo sobre “O Tabagismo no Brasil: morte, doença e política de preços e impostos”. As palestras falaram, primeira vez, sobre o custo do tabaco para o Brasil, onde mostraram um prejuízo de R\$ 56,9 bilhões ao país a cada ano. Deste total, R\$ 39,4 bilhões são com custos médicos diretos e R\$ 17,5 bilhões com custos indiretos, decorrentes da perda de produtividade, provocadas por morte prematura ou por incapacitação de trabalhadores (Valadares, 2017)

Cita-se também a campanha “Dia Nacional de Combate ao Fumo”, realizado sempre no dia 29 de agosto cujos temas são voltados para o público adolescente. Conforme já visto aqui neste estudo, o número de adolescentes que experimentam cigarro aumenta a cada ano. Um estudo realizado pela VIGITEL em parceria com o Ministério da Saúde e a Universidade Federal do Rio de Janeiro em 2015, revelou que cerca de 18,5% dos adolescentes Brasileiros de 12 a 17 anos já experimentaram cigarro (Maciel, 2016).

O PCNT prevê tratamento para quem quer livrar-se do cigarro. O Ministério da Saúde vem investindo fortemente no controle do tabagismo, tendo atualizado em 2013, por meio da Portaria GM/MS nº 571 de 05 de abril de 2013, as diretrizes de cuidado à pessoa tabagista e ampliado o acesso ao tratamento. O tratamento para a cura do tabagismo é disponibilizado pelos Centros de Referência em Abordagem e Tratamento dos Fumantes nas unidades de saúde capacitadas segundo o modelo do Programa Nacional de Controle do Tabagismo (PNCT) em todo o país (Maciel, 2016).

As diretrizes para o cuidado às pessoas tabagistas preconizadas pelo Ministério da Saúde constituem-se de: I - reconhecimento do tabagismo como fator de risco para diversas doenças crônicas; II - identificação e acolhimento às pessoas tabagistas em todos os pontos de atenção; III - apoio terapêutico adequado em todos os pontos de atenção; IV - articulação de ações intersetoriais para a promoção da saúde, de forma a apoiar os indivíduos, as famílias e a comunidade na adoção de modos de vida saudáveis; V - estabelecimento de estratégias para apoio ao autocuidado das pessoas tabagistas, de maneira a garantir sua autonomia e participação da família e da comunidade; e VI - formação profissional e educação permanente dos profissionais de saúde para prevenção do tabagismo, identificação e tratamento das pessoas tabagistas. (Brasil, 2013)

2.5 Papel da enfermagem na educação em saúde junto a tabagistas

As ações educativas voltadas para os usuários de tabaco são dirigidas a diferentes grupos-alvo e tem como objetivos oferecer informações sobre diversos pontos como: malefícios do tabaco, a importância de parar de fumar, estratégias motivacionais que levem o fumante a seguir o tratamento até o fim, além de estimular mudanças de atitude e comportamento entre formadores de opinião.

O enfermeiro tem papel legalmente definido conforme a lei do exercício profissional N.7.498/86, de 25 de junho de 1986, art 11, tendo respaldadas as funções primordiais do enfermeiro como um todo, quais sejam: participação no planejamento, execução e avaliação da programação de saúde e dos planos assistenciais de saúde;

participação em atividades preventivas e educativas, e integração à equipe de saúde. Dessa forma, as ações da enfermagem no PNCT devem estar embasadas na elaboração, execução e avaliação do programa, além de atividades educativas em saúde relacionadas ao tabagismo (Cruz, Gonçalves, 2009).

A enfermagem faz parte dos profissionais de saúde que atua no PNCT e, para tanto deve ter habilidade suficiente para executar tarefas específicas voltadas para os objetivos e metas do programa. Tendo como premissa o cuidado baseado na educação em saúde, o enfermeiro tem como prioridade em suas ações: motivar a redução do tabagismo, b) contribuir na redução dos estímulos em jovens ao fumo e, conscientizar os fumantes a deixarem de fumar. Essas ações educativas são disponibilizadas pela Atenção Básica, definida como “um conjunto de ações, de caráter individual ou coletivo, situadas no primeiro nível de atenção dos sistemas de saúde voltadas para: a promoção da saúde; a prevenção de agravos; o tratamento e a reabilitação” (Kouichi, Rocha & Neves, 2009, 35)

De acordo com o PNCT, o enfermeiro tem algumas atribuições como: participar da elaboração de materiais técnicos; capacitação do profissional; definição de metas; treinamento de equipes das unidades de saúde, ambientes de trabalho e escolas; apoio e acompanhamento dos tabagistas no processo de cessação do fumar; adoção de medidas educativas, normativas e organizacionais; implementação de ações de prevenção ao fumo passivo; realização de consultas de enfermagem enfocando a abordagem cognitivocomportamental e avaliação do nível de dependência do tabagista.

O Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas – Dependência à Nicotina (PCDT-DN), constante na Portaria SAS/MS 761 de 21 de junho de 2016, preconiza que a abordagem do fumante para a cessação de fumar tem como eixo central intervenções cognitivas e treinamento de habilidades comportamentais, visando à cessação e a prevenção de recaída; em casos específicos, pode ser utilizado um apoio medicamentoso. A utilização desses medicamentos deve sempre ser feita juntamente com a abordagem cognitivocomportamental, e nunca isoladamente (Fiore, 2000, Ministério da Saúde, 2001, Brasil, 2016)

Ressalta-se que no elenco dos diagnósticos de enfermagem, conforme a taxonomia da *North American Nursing Diagnosis Association* (NANDA), há

referência de um diagnóstico relacionado à motivação para cessação do tabagismo, a saber: comportamento de busca de saúde relacionado à cessação do fumar (Cruz, Gonçalves, 2010, NURSING, 2011).

Algumas unidades de Atenção Básica, em seu quadro de profissionais, enfermeiros comunitários estão em boa posição para intervenção com fumantes e, atualmente, os produtos de reposição nicotínica estão inseridos no formulário de prescrição desse profissional. Essas intervenções são caracterizadas por aconselhamento isoladamente, seja ele por telefone ou visita domiciliar, ou pela adoção de aconselhamento associado à abordagem medicamentosa com repositores nicotínicos.

Em seus estudos, Moura et al (2011) explicitam que os enfermeiros podem atuar junto a gestantes pelo PNCT, entretanto, precisam estar cientes de que o fumo representa uma ameaça à saúde do feto e neonato, atuando no pré-natal, sendo um momento de extrema sensibilidade, propício para a interrupção do fumar.

As ações educativas da enfermagem têm como objetivo, produzir mudanças o pensamento e no sistema de crenças do paciente, para promover mudanças emocionais e comportamentais duradouras, que o levem a repensar em seu modo de viver sua vida com mais qualidade. As ações educativas da enfermagem junto a tabagistas enfatizam em primeiro lugar a conscientização automática de seus comportamentos e emoções que levam o usuário a fumar. Com continuação do tratamento esses sintomas são aliviados e o tratamento então, muda seu foco para a modificação de regras e esquemas estabelecidos. Por fim, as estratégias voltam-se para estratégias de prevenção e de recaídas (Izrael, 2007).

3 METODOLOGIA DO PROJETO

3.1 Diagnóstico da situação e objetivos

Para avaliar como se processa a Educação em Saúde junto a tabagistas por um programa público que tem como objetivo a cessação do vício, fez-se necessária a realização de um estudo da situação do mesmo numa Unidade de Saúde que atendesse a usuários do Sistema Único de Saúde – SUS. A unidade escolhida foi a Unidade de Saúde da Família do Turu II, uma instituição de natureza municipal que recebe pessoas de diversas comunidades, especialmente do bairro do Turu e adjacências.

Segundo a Terapeuta Ocupacional da referida Unidade de Saúde foi observado que a mesma era frequentada por muitos fumantes que usavam cigarro, fato que incomodava as demais pessoas que para lá se dirigiam em busca de atendimento. A Unidade então, solicitou à Secretaria Municipal de Saúde de São Luís, a implantação do Programa Municipal de Combate ao Tabagismo, elaborado pelo Ministério da Saúde e desenvolvido pelas Prefeituras do país, como a finalidade de auxiliar fumantes a se libertarem do vício do tabagismo, por meio de ações de Educação e assim trazer mais qualidade de vida para essas pessoas.

Os médicos do Programa de Saúde da Família da Unidade também observaram que grande parte dos usuários que procuravam a unidade sofriam de doenças advindas do cigarro como: hipertensão, problemas cardio-respiratórios, pulmonares como câncer de pulmão, bronquite e trombose vascular.

A abordagem utilizada no Programa é comportamental e cognitiva, e disponibiliza a medicação prevista pelo Ministério, conforme prescrição do médico que acompanha o grupo. As ações de saúde são voltadas para a conscientização dos perigos do cigarro e motivam ainda sobre a adoção de práticas e hábitos saudáveis.

3.2 Estrutura da pesquisa

A pesquisa foi desenvolvida em duas partes: a primeira, envolvendo a análise dos dados constantes nas Planilhas de Coleta de Informações do Tratamento do Tabagismo elaboradas pela Unidade, conforme modelo padronizado pelo Programa,

referentes a três grupos distintos de pacientes trabalhados no ano de 2017, nos períodos de fevereiro a abril, junho a agosto e de setembro a dezembro, totalizando um universo de 50 pacientes participantes do Programa e acompanhados pela Unidade de Saúde.

A segunda parte, envolvendo os resultados de pesquisa realizada com 25 usuários (amostra de 50% dos pacientes de 2017) escolhidos aleatoriamente, por meio da aplicação de questionário, onde se pretendeu conhecer o perfil dos participantes, os fatores apontados como causas prováveis do insucesso do tratamento em abandonar o cigarro e as ações educativas para cessação do uso do tabaco, segundo a percepção dos entrevistados.

3.3 Instrumentos de avaliação

Os instrumentos de avaliação utilizados foram: planilhas de coleta de informações do Tratamento do Tabagismo elaboradas pela Unidade de Saúde, segundo modelo padronizado pelo Programa de Combate ao Tabagismo, contendo o detalhamento de informações sobre os pacientes inscritos nos grupos do Programa no ano de 2017 e um questionário estruturado (APÊNDICE A), cujas variáveis utilizadas foram voltadas para: perfil do usuário, dos fatores de risco associados ao insucesso do tratamento para suspensão do uso do tabaco e ações educativas. O questionário foi preenchido a partir de entrevista realizada com 25 pacientes do Programa quando do momento do seu comparecimento na unidade para as reuniões mensais.

3.4 Procedimentos: planeamento, questões éticas, estratégias e recursos

O planeamento e execução da pesquisa ocorreram no período de abril a dezembro de 2017. A abordagem aos usuários participantes do Programa para aplicação do questionário aconteceu na antessala, no momento da consulta inicial com a enfermagem, no turno matutino, onde havia a aproximação por meio da apresentação pessoal, seguida da explicação sobre os objetivos da pesquisa. Obedeceram-se às questões éticas em pesquisas científicas, apresentando o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) (APÊNDICE B) aos participantes da pesquisa, e, somente após o consentimento e assinatura dos mesmos no TCLE foi iniciada a entrevista.

O questionário foi respondido na forma presencial, tomando-se o cuidado para não interferir nas respostas dos entrevistados e sim, cuidando de esclarecer as dúvidas dos mesmos.

Os recursos foram oriundos da própria pesquisadora, no que concerne ao custeio de itens como combustível, impressão e xerox do questionário e TCLE e demais documentos necessários para a realização da pesquisa.

3.5 Ações de saúde voltadas para prevenção e controle do tabagismo na Unidade de Saúde da Família Turu II

3.5.1 Características da Instituição

A Unidade de Saúde da Família do Turu (Figura 3) fica localizada na Av. Sete, s/n, Conj. Habitacional Turu, São Luís – MA. A Unidade conta com seis consultórios de Clínica Médica e é fruto de uma ação conjunta entre os governos federal, estadual e municipal para integrar a operação da rede de saúde pública no Brasil.

Figura 3 – Fachada da Unidade Saúde da Família Turu II



Fonte: Google Imagens, In: <http://www.ubsBrasil.org/sobre/centro-de-saude-do-turu>

Na Unidade de Saúde do Turu, são realizados procedimentos como consultas médicas, para as áreas de Clínica Geral, Pediatria e Ginecologia, serviços de

Odontologia e consultas de Enfermagem. A unidade também fornece diagnóstico e encaminhamento a especialidades para a promoção da reabilitação adequada dos pacientes.

3.5.2 Descrição das atividades de educação para a saúde realizadas pela UBS Saúde da Família Turu II

O programa, coordenado por Terapeuta Ocupacional da própria Unidade, é realizado em sessões com grupos constituídos por volta de 15 pessoas, de forma gratuita. O PCDT-DN estabelece o seguinte esquema: 4 sessões iniciais, estruturadas, deverão ser semanais, 2 sessões quinzenais e 1 sessão mensal, aberta, para prevenção de recaída, até completar 1 ano. A finalidade das sessões é conscientizar os fumantes por meio da Educação em saúde, com palestras e dinâmicas de grupo que transmitem informações sobre os malefícios do cigarro, oferecendo alternativas de prevenção e combate ao vício. (Figura 4). O acompanhamento dos participantes do programa é realizado pela coordenadora que se encarrega do preenchimento de planilha específica do Programa com a tabulação dos dados.

Figura 4 – Palestra com o grupo de voluntários sobre malefícios do cigarro na Unidade Saúde da Família Turu II



Fonte: A autora, 2017, in loco

Cada sessão, precedida de avaliação física, consta de palestras, diálogo dirigido, roda de conversa e depoimentos. Na sessão inicial é aplicado, em cada participante, o Teste de Fagerström que mede o nível de dependência do paciente à nicotina. Os participantes falam sobre o uso ou não do cigarro durante os dias que antecederam às sessões, seus desafios, limites, etc.

As ações medicamentosas também fazem parte das sessões e incluem a distribuição dos seguintes produtos que são considerados medicamentos de 1ª linha e que compõem a Terapia de Reposição da Nicotina: adesivo transdérmico de nicotina, goma de mascar de nicotina, pastilha de nicotina e Cloridrato de Bupropiona (Tabela 1).

Todo esse aparato contribui para que o dependente do tabaco se sinta apoiado pela equipe multidisciplinar e possa realizar a terapia medicamentosa específica para deixar de usar o tabaco.

Tabela 1 – Medicamentos usados na Terapia de Reposição da Nicotina

Produto	Apresentação
Goma de mascar de nicotina	Tabletes de 2 mg
Adesivo transdérmico de nicotina	Adesivos de 7,14 e 21 mg
Pastilhas de nicotina	Tabletes de 2 mg
Cloridrato de Bupropiona	Comprimidos de 150 mg

Fonte: MS. Portaria SAS 761 de 21.06.2016

4 RESULTADOS

4.1 Resultados da consolidação dos dados informados pela Unidade de Saúde quanto aos participantes do Programa de Controle ao Tabagismo, no ano de 2017

Os dados constantes nas planilhas padronizadas pelo Programa e elaboradas pela Unidade discriminam as variáveis: sexo, idade, escore no Teste de Fagerström (Anexo 4), situação dos pacientes quanto ao comparecimento e uso do cigarro nas quatro sessões estruturadas, com destaque para os pacientes que se encontravam sem fumar na 4ª sessão, uso de medicamentos e medicamentos utilizados. (Tabela 1)

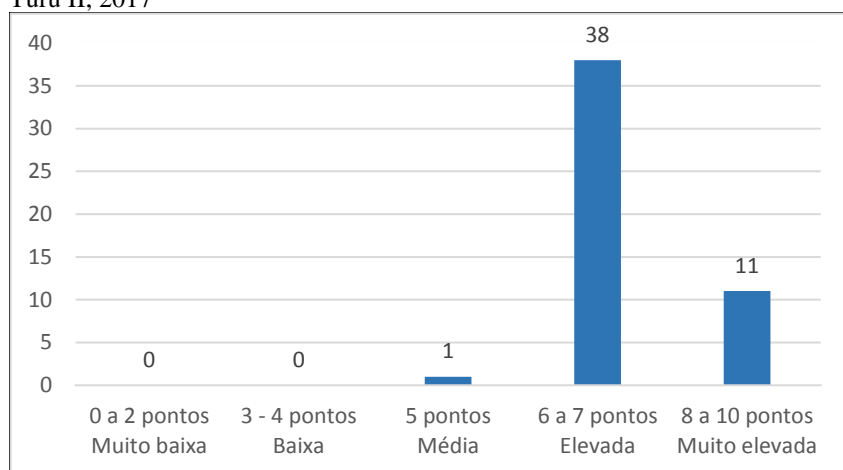
Tabela 2 – Demonstrativo dos participantes do Programa de Controle do Tabagismo na UBS do Turu II, 2017.

Variáveis / 2017	Fev a Abr		Jun a Ago		Set a Dez		Total 2017	
	Freq	%	Freq	%	Freq	%	Freq	%
Pacientes								
Que iniciaram o grupo	17	100,0	17	100,0	16	100,0	50	100,0
Sem fumar na 4ª sessão	10	58,8	7	41,2	6	37,5	23	46,0
Usaram medicamento	16	94,1	17	100,0	16	100,0	49	98,0
Sexo								
Masculino	6	35,3	9	52,9	6	37,5	21	42,0
Feminino	11	64,7	8	47,1	10	62,5	29	58,0
Faixa etária								
<18 anos	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
18 - 60 anos	12	70,6	11	64,7	11	68,8	34	68,0
> 60 anos	5	29,4	6	35,3	5	31,3	16	32,0
Teste de Fagerström								
0 - 2 pontos	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
3 - 4 pontos	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
5 pontos	1	5,9	0	0,0	0	0,0	1	2,0
6 - 7 pontos	12	70,6	14	82,4	12	75,0	38	76,0
8 - 10 pontos	4	23,5	3	17,6	4	25,0	11	22,0
Pacientes/Sessões								
1ª sessão	17	100,0	17	100,0	16	100,0	50	100,0
2ª sessão	17	100,0	16	94,1	13	81,3	46	92,0
3ª sessão	13	76,5	12	70,6	10	62,5	35	70,0
4ª sessão	11	64,7	12	70,6	10	62,5	33	66,0
Tipo de Medicamento								
Adesivo	14	82,4	17	100,0	16	100,0	47	94,0
Goma Nicotina	4	23,5	0	0,0	4	25,0	8	16,0
Bupropiona	4	23,5	2	11,8	2	12,5	8	16,0

Fonte: Unidade de Saúde Turu II/2017

Nos dados obtidos para um total consolidado de 50 pacientes no ano de 2017 observou-se que o sexo feminino prevaleceu com 58% da amostra (n=29), 68% dos pacientes (n= 34) tinham idade entre 18 e 60 anos, 76% (n=38) tiveram Escore de 6 a 7 pontos no Teste de Fagerström (Gráfico 1) que representa um elevado grau de dependência à nicotina, 98% (n=49) dos pacientes fizeram uso de medicamentos, 66% (n=33) dos pacientes compareceram à 4ª sessão quando 46% (n=23) já se encontravam sem fumar (abstinentes).

Gráfico 1 – Avaliação do Escore de Fagerström que mede o grau de dependência à nicotina dos pacientes inscritos no Programa de Combate ao Tabagismo na UBS Turu II, 2017



Fonte: Relatório da UBS Turu II, 2017

4.2 Resultados do questionário aplicado aos participantes do Programa de Combate ao Tabagismo em Unidade de Saúde

Neste item apresentam-se os resultados da pesquisa realizada com usuários/participantes do Programa de Combate ao Tabagismo mediante aplicação do questionário.

Os dados a seguir referem-se ao perfil sociodemográfico dos participantes do Programa Municipal de Combate ao Tabagismo da Unidade de Saúde da Família do Turu. Nos resultados observou-se que o sexo feminino prevaleceu com 64% (n=16) da amostra, 40% (n=10) tinha mais de 60 anos, 32% (n=13) estado civil solteiro, 36% (n=9) com ensino médio completo, 40% (n=10) com renda mensal inferior a 1 salário

mínimo, 34% (n=9) encontra-se aposentada e 88% (n=22) reside na capital, São Luís (Tabela 2).

Tabela 3 – Demonstrativo do perfil dos voluntários participantes do Programa de Controle do Tabagismo na UBS do Turu em 2017.

Variáveis	N	%
• Sexo		
Feminino	16	64
Masculino	9	36
Faixa Etária		
Inferior a 30 anos	0	0
30 anos	2	8
31 a 40 anos	2	8
41 a 50 anos	6	24
51 a 60 anos	5	20
Mais de 60 anos	10	40
• Estado civil		
Solteiro (a)	13	32
Casado (a)	5	20
Viúvo	2	8
Divorciado	4	16
União estável	1	4
• Escolaridade		
Ensino fundamental completo	4	16
Ensino fundamental incompleto	2	8
Ensino Médio completo	9	36
Ensino Médio incompleto	4	16
Ensino Superior completo	3	12
Ensino superior incompleto	2	8
Alfabetizado	1	4
• Renda		
Inferior a 1 salário mínimo	10	40
1 a 2 salários mínimos	9	36
Mais de 2 salários mínimos	6	24
• Ocupação		
Setor formal	4	16
Setor informal	3	12
Aposentado	9	36
Desempregado	5	20
Trabalho temporário	4	16
• Local de moradia		
São Luís	22	88
Interior do estado	3	12

Fonte: A autora, in loco, 2017

Em relação aos resultados sobre os prováveis fatores que poderiam ocasionar insucesso do tratamento, segundo a percepção dos entrevistados, as variáveis mais apontadas foram: 60% (n=15) por morar distante do Posto de Saúde e também com 60% (n=15) pela má aceitação/resposta com a medicação. A convivência com amigos

ou familiares fumantes foi apontada por 56% (n=14) e a vontade de voltar a fumar, por 52% (n=13) da amostra como possíveis causas do insucesso no tratamento. Todos os entrevistados 100% (n=25) não tiveram dificuldade de relacionamento com os profissionais da unidade de saúde, assim como para receber a medicação utilizada no tratamento no SUS, não se constituindo estas duas variáveis como fatores ocasionadores do insucesso de tratamento. (Tabela 3).

Tabela 4 – Demonstrativo referente aos prováveis fatores apontados como causa do insucesso no tratamento, segundo a percepção dos entrevistados, 2017

Fatores apontados	Sim		Não	
	N	%	N	%
Morar distante do posto de saúde	15	60	10	40
Dificuldade de relacionamento com os profissionais	00	00	25	100
Má aceitação/resposta com a medicação	15	60	10	40
Sentir vontade de voltar a fumar	13	52	12	48
Conviver com amigos ou familiares fumantes	14	56	11	44
Dificuldade para receber a medicação no SUS	00	00	25	100

Fonte: Pesquisa in loco, 2017

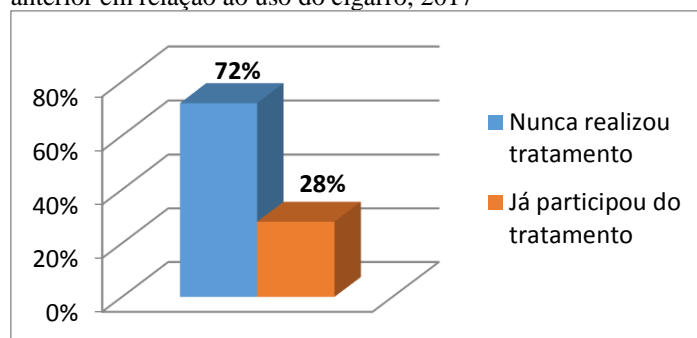
Os resultados referentes às ações educativas para cessação do uso do tabaco (Tabela 4) demonstraram que 72% (n=18) a maioria dos entrevistados não havia realizado tratamento anterior em relação ao uso do cigarro (Gráfico 2), assim como também a maioria de 72% (n=18) não havia participado de algum programa de abandono do cigarro (Gráfico 3).

Tabela 5 – Demonstrativo referente às ações educativas, segundo a percepção dos entrevistados, 2017

Variáveis	Sim		Não	
	Freq.	%	Freq.	%
Já realizou tratamentos anteriores em relação ao uso do cigarro?	7	28	18	72
Já participou antes de algum programa de abandono do cigarro?	7	28	18	72
Tipo de terapia usada neste tratamento?				
Medicamentosa	25	100	0	0
Palestras	25	100	0	0
Dinâmicas de Grupo	25	100	0	0
Considera que este Programa tem estrutura adequada para auxiliá-lo a deixar o cigarro?	21	84	4	16

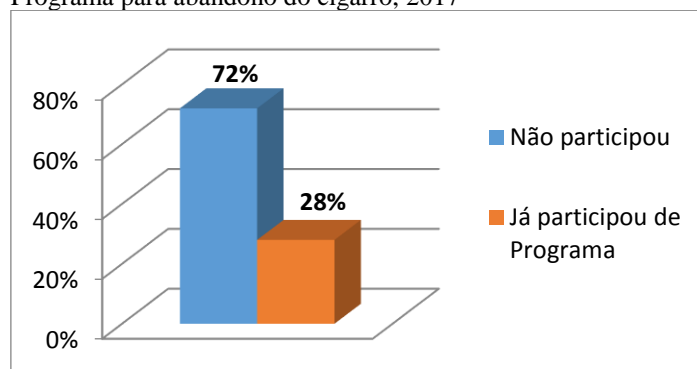
Fonte: Pesquisa in loco, 2017

Gráfico 2 – Percentual referente à participação dos entrevistados em tratamento anterior em relação ao uso do cigarro, 2017



Fonte: A autora, in loco, 2017

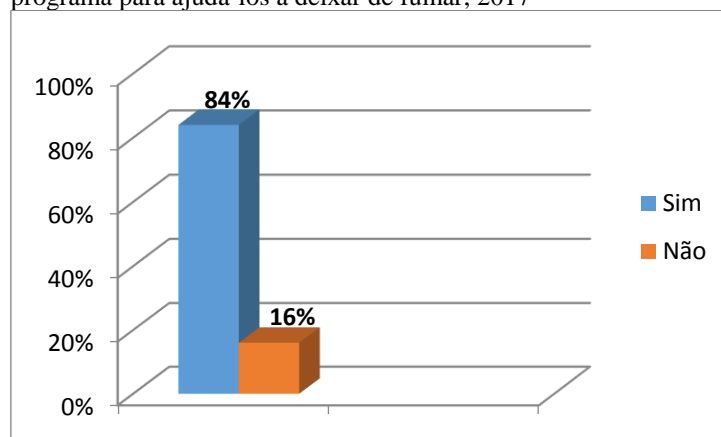
Gráfico 3 – Percentual referente à participação anterior dos entrevistados em Programa para abandono do cigarro, 2017



Fonte: A autora, in loco, 2017

Perguntou-se aos entrevistados se o programa tem estrutura para ajudá-los a deixar de usar o cigarro ao que 84% (n=21) respondeu que sim, enquanto que 16% (n=4) disse que não acreditava (Gráfico 4).

Gráfico 4 – Percentual referente a percepção dos entrevistados sobre a estrutura do programa para ajuda-los a deixar de fumar, 2017



Fonte: A autora, in loco, 2017

5 DISCUSSÃO

Em nosso estudo, tendo como base o Relatório da Unidade Básica de Saúde Turu II de 2017, prevaleceu o sexo feminino (58%), o que vem de encontro com uma pesquisa realizada pelo Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE) em 2012, em todo o Brasil, que revelou um aumento de 40% da população feminina com menos de 65 anos, no consumo do cigarro (Revista Exame, 2013). Segundo o mesmo estudo do IBGE, os fatores que levam à maior incidência no sexo feminino são a ansiedade, o estresse, a dupla jornada de trabalho, baixa autoestima e concorrência com o próprio sexo.

Os resultados do nosso estudo também ficaram próximos aos de Bortoluzzi et al (2011) onde 60% da amostra era do sexo feminino. Os dados obtidos por Martins et al (2016), em uma amostra com 140 pacientes, também demonstraram que a maioria era do sexo feminino, somente com um maior percentual de 76%.

O estudo do Relatório evidenciou a prevalência da idade entre 18 e 60 anos (68%), entretanto, estudos realizados pela Vigilância de Fatores de Risco e Proteção para Doenças Crônicas por Inquérito Telefônico (VIGITEL), em 2016, observou que a frequência de fumantes atualmente é maior no sexo masculino (12,7%) do que no feminino (8,0%) e a incidência por faixa etária, é menor entre os adultos jovens antes dos 25 anos de idade (7,4%), ou após os 65 anos (7,7%) e maior na faixa etária dos 55 a 64 anos (13,5%) (VIGITEL, 2016).

O inquérito da VIGITEL (2016) revelou que a prevalência de fumantes com idade \geq de 18 anos, foi maior em algumas capitais como Curitiba (14%), Porto Alegre (13,6%) e São Paulo (13,2%). Na região Nordeste, Salvador aparece como a capital com menor prevalência de fumantes (5,1%). A capital São Luís destacou-se com 15,7%, sendo a incidência no sexo masculino de 12,3% e no sexo feminino 3,4% (VIGITEL, 2016).

O estado civil de solteiro apontado com maior incidência em nossa pesquisa (32%) pode se apresentar como um dos fatores predisponentes para o uso do tabaco haja vista que a pessoa sozinha pode sofrer influência de amigos que fumam ou então sentir-se mais à vontade para experimentar tabaco, apesar de grande parte dos entrevistados ter mais de 60 anos (Moura et al., 2015).

Segundo pesquisas realizadas por De Jesus et al (2015) a baixa escolaridade apresenta-se como um dos fatores predisponentes para o uso do tabaco sendo mais frequente em 31% dos que não tem escolaridade básica completa. Corroborando, o Ministério da Saúde (Brasil, 2009) admite que o maior número de fumantes se encontra em grupos com menor escolaridade. A nossa pesquisa, com uma amostragem de 25 pacientes, revelou que a prevalência neste quesito foi de ensino médio completo com 36% (n=9).

A baixa escolaridade entre os dependentes do tabaco pode estar associada à ausência de uma boa ocupação no mercado de trabalho por conta da baixa qualificação profissional o que aumentam as chances do indivíduo vir a consumir tabaco (Peixoto et al., 2010).

No que se refere ao quesito renda, a nossa pesquisa identificou como prevalente a renda inferior a 1 salário mínimo com 40% (n=10). Segundo Meirelles (2006), o tabagismo tem se concentrado nas populações de baixa renda que têm menor acesso à informação, educação e saúde. Por outro lado, Bortoluzzi (2011) esclarece que aliado à baixa escolaridade encontra-se o fato de o cigarro Brasileiro ser um dos mais baratos do mundo e, juntamente com a facilidade de acesso, instauram-se como fatores potencializadores de consumo.

A renda familiar inferior a 1 salário mínimo prevaleceu entre os entrevistados sendo esse um dos fatores que predispõem ao uso do cigarro, por conta de sentimentos de frustração, preocupação e ansiedade que são comuns em pessoas com baixa renda, por não conseguirem custear todas as suas despesas mais básicas (Bellenzani, Malfitano, 2006)

Um ponto que chamou a atenção foi a prevalência de aposentados na amostra da pesquisa com 34% (n=9) o que leva à uma preocupação com essa clientela, uma vez que estudos comprovam que com o avançar da idade, a pessoa fica mais propensa a desenvolver problemas cardiovasculares e o uso do tabaco concomitante só aumenta a ocorrência de complicações (Silva, 2014).

A união da baixa escolaridade com a renda familiar insuficiente reflete-se em dois fatores importantes na relação do indivíduo com a vulnerabilidade social e, conseqüentemente, o conduz ao vício do tabaco e sua dependência (Silva, 2014).

A ampla maioria dos entrevistados 88% (n=22) reside na capital São Luís, onde segundo pesquisas da VIGITEL (2016) o consumo de tabaco é alto. E a frequência entre os que fumam 20 cigarros ou mais por dia destacou-se com 1,1%. Também nesta mesma pesquisa VIGITEL (2016), a escolaridade é um fator que contribui para a frequência do hábito de fumar e quanto menor a escolaridade, maior a prevalência de fumar. O mesmo estudo revelou ainda que a incidência aumentou entre os fumantes homens e mulheres com até oito anos de escolaridade (17,5% e 11,5%, respectivamente), excedendo em cerca de duas vezes a frequência observada entre indivíduos com 12 ou mais anos de estudo.

Outro ponto que chamou a atenção foi a vontade de voltar a fumar apontado pelos entrevistados como um dos fatores prováveis que poderiam levar ao abandono do tratamento, num percentual de 52% (n=13).

Em nosso estudo, destacaram-se como principais fatores prováveis do insucesso no tratamento para abandono do tabagismo: a distância da moradia do entrevistado em relação ao posto de saúde com 60% (n=15), os efeitos colaterais da medicação específica para o tratamento com 60% (n=15) e a convivência com familiares e amigos fumantes com 56% (n=14).

Na pesquisa, a dificuldade de relacionamento com os profissionais da unidade de saúde e a dificuldade para o recebimento da medicação utilizada no tratamento no SUS, foram descartados pela totalidade dos entrevistados, não se constituindo, portanto, como fatores ocasionadores do insucesso de tratamento.

Os motivos para abandono do tratamento de qualquer doença, como os vícios, são os mais diversos, e, no caso do vício do cigarro, o mais encontrado na literatura foi a dificuldade de controlar a vontade de fumar durante as primeiras horas e os primeiros dias do tratamento. Estudos de Bertoluzzi et al (2011) com 575 voluntários fumantes revelou que 18,9% da amostra estudada tentaram ao menos uma vez parar de fumar nos últimos seis meses, 9,8% tentaram parar de fumar ao menos uma vez entre seis e 12 meses atrás, e 39,3%, ao menos uma vez há mais de 12 meses, durante e após o tratamento.

O mesmo estudo evidenciou que os motivos para abandono ou insucesso do tratamento centraram-se em contato com fumaça de cigarro e com pessoas que

fazem uso do tabaco, em casa, no trabalho, faculdade, por 35,9% dos indivíduos pesquisados (Bertoluzzi et al., 2011),

O abandono do tratamento para os vícios como o cigarro apresentou-se mais alto na região Nordeste, segundo estudos de Falcão e Costa (2008), onde 45% dos entrevistados tabagistas apresentou como causa a presença de fumante dentro de sua casa e na vizinhança.

Os efeitos colaterais da medicação também se fazem presente como fatores de risco para o insucesso do tratamento, apresentando sintomas como falta de ar, tontura, distúrbios gastrointestinais, perda do apetite e outros. No Brasil, um estudo realizado por Pawlina et al (2014) constatou que as mulheres apresentaram maiores percentuais de tentativas de parar de fumar do que os homens, entretanto, o distanciamento entre a moradia e o centro de Saúde foi apontado como fator para o insucesso do tratamento. Corroborando, uma pesquisa de Ferreira et al (2011) mostrou que 42,1% de fumantes que tentaram parar de fumar, em algum momento tiveram recaídas.

O abandono do tabaco constitui-se, segundo pesquisas, como algo bastante difícil, uma vez que a dependência acumula vários fatores, além de um conjunto de comportamentos cognitivos, sociais e fisiológicos, o que contribui para que poucos fumantes não consigam interromper o hábito de fumar logo nos primeiros dias ou meses de tratamento (D'Argenzio et al., 2011).

Alguns estudos sobre abandono do tabagismo mostraram que a maioria dos fumantes nunca experimentou fazer um tratamento para deixar esse hábito. Sobre essa questão Rodrigues Júnior et al (2009) atestaram em seu estudo que a intenção de abandonar o fumo foi declarada por 22% de um grupo de pesquisados, enquanto que 73% disseram nunca ter participado de grupos de apoio para deixar de fumar.

A fisioterapia aliada a terapia medicamentosa é considerada como grande aliada no abandono do vício do cigarro, segundo estudos de Meier et al (2011), onde 83% dos pesquisados necessitaram de terapia farmacológica aliada a fisioterapia. A terapia medicamentosa fornecida pelo sistema público de saúde, se mostrou insuficiente para os pesquisados por De Jesus et al (2016) onde expressaram a necessidade de suporte psicológico e fisioterapêutico como aliados ao sucesso do tratamento.

Enfatiza-se que a terapia medicamentosa pode se apresentar com sintomatologia que contribui para que o fumante deixe de realizar o tratamento para abandonar o vício. Alguns medicamentos podem provocar lesões de gengiva, paladar desagradável, amolecimento dos dentes, vômitos, soluços, dores na mandíbula (fadiga muscular), falta de ar, tontura, eritema de pele, insônia, cefaleia, boca seca, diminuição dos reflexos, tonturas, ansiedade, elevação da pressão arterial, dentre outros (Silva, 2014).

O tratamento para abandono do vício do tabaco deve ser realizado por uma equipe multiprofissional. Em nosso estudo, observou-se que a coordenação do programa é feita por uma Terapeuta ocupacional, porém, engloba, na própria unidade, outros profissionais como o médico, assistente social, psicólogo, nutricionista e enfermeiro.

Convém ressaltar que a função de cada profissional é importante para que o usuário desenvolva o senso crítico sobre a necessidade e a importância de deixar o cigarro, cujo foco deve ser os malefícios que o tabaco traz para a saúde do fumante (Silva, 2014).

Observou-se que a maioria dos voluntários fumantes participa das atividades terapêuticas e as mais citadas foram a terapia medicamentosa e as palestras e dinâmicas de grupo. Ressalta-se que o terapeuta ocupacional tem como ação educativa no programa dar palestras sobre assuntos como malefícios do cigarro, autocuidado, motivar os voluntários para as oficinas (Moura et al., 2011).

Estudos com grupos de fumantes revelam que a estrutura de programas de apoio ao abandono do vício do tabaco, muitas vezes é insuficiente para que os voluntários deixem esse hábito, entretanto, em nosso estudo, a maioria com 84% (n=21) respondeu que se sente seguro para deixar de fumar frequentando o programa da UBS do Turu.

Salienta-se que a finalidade do Programa de Controle do Tabagismo, tem a informação como fator fundamental para a adoção de comportamentos saudáveis e responsáveis que levem ao abandono do vício pelos usuários, e a função dos profissionais de saúde é auxiliar os fumantes a se manterem abstinente, sendo indispensável o acompanhamento destes como parte essencial do tratamento (Martins et al., 2016).

No universo de pacientes inscritos no Programa de Controle do Tabagismo na Unidade de Saúde Turu II no ano de 2017, 34% (n=17) não compareceram na última sessão, o que indica um provável abandono do tratamento e 20% (n=10) compareceram ainda fumando. Somando-se estes dois grupos, chega-se a um percentual total de 54% (n=27), que pode ser caracterizado como insucesso de tratamento.

Um percentual de 46% (n=23) compareceu sem fumar na 4^a sessão estruturada, o que se pode considerar como sucesso do tratamento. O Ministério da Saúde, na Portaria SAS 761 de 21 de junho de 2016, considera uma resposta clínica positiva ao tratamento quando o paciente deixa de fumar e que “estudos mostram que um programa de cessação do tabagismo é considerado efetivo quando se alcança a taxa de cessação de fumar igual ou superior a 30%”.

6 SUGESTÃO DE MELHORIAS

Tendo por base os estudos dos diversos autores anteriormente citados neste trabalho, os resultados da análise dos relatórios de produção da unidade assim como da metodologia de trabalho do Programa de Controle do Tabagismo na Unidade de Saúde e na pesquisa de campo com aplicação do questionário em uma amostra de pacientes inscritos, pode-se apresentar as seguintes sugestões de melhoria para a Secretaria Municipal de Saúde de São Luís, órgão gestor da saúde municipal:

- a. Expandir o Programa para todas as unidades básicas de saúde da Capital São Luís visando uma ampliação de sua área de abrangência e do número de pacientes que seriam atendidos, considerando a população da região metropolitana da Grande São Luís, superior a 1.400.000 habitantes. Atualmente, somente um total de 6 UBS municipais desenvolvem o Programa em São Luís.
- b. Realizar uma maior divulgação do Programa de Controle do Tabagismo pela mídia, junto à população, possibilitando seu conhecimento por parte dos usuários interessados em abandonar o vício do cigarro.
- c. Criar material educativo como cartazes e folhetos contendo informações sobre o Programa, para sua exposição e divulgação nas diversas unidades de saúde públicas e privadas de São Luís.
- d. Realizar uma maior divulgação do Programa junto ao Conselho Municipal de Saúde de São Luís, aos Conselhos Comunitários dos Bairros, Órgãos de Classe, Escolas, etc.
- e. Ampliar a equipe multiprofissional do Programa na UBS da Família Turu II com a inclusão de profissionais da área de Fisioterapia, o que, certamente, trará maiores índices de sucesso no tratamento dos pacientes cadastrados, considerando os estudos de diversos autores.

Apresenta-se, a seguir, sugestão do tema para confecção do cartaz motivacional que tem um modelo apresentado no Anexo IV:

- Tema: “Eu Vivo sem o cigarro, e você?”
- Objetivo: divulgar as ações educativas em saúde para abandono do tabagismo na Unidade Básica de Saúde da Família Turu II.
- Forma de apresentação: cartaz
- Divulgação: através da mídia e da fixação em locais estratégicos nas UBS Saúde da Família do município de São Luís e em locais públicos como escolas igrejas, mercearias, supermercados locais, etc.
- Resultados: pretende-se alcançar o maior número de pessoas tabagistas tanto na comunidade local como nas adjacências e outras comunidades da ilha de São Luís.

Ressalta-se que a carência de programas antitabagismo nas comunidades é uma realidade, entendendo-se que é necessário auxiliar aqueles que anseiam em abandonar o vício (Rodrigues Junior, et al., 2009)

7 CONCLUSÃO

O estudo trouxe informações importantes sobre o que está sendo realizado para reduzir o consumo de tabaco no município de São Luís. Constatou-se que a Unidade Básica de Saúde da Família Turu II é pioneira no desenvolvimento do Programa Municipal de Combate ao Tabagismo que é integrado por outras cinco UBS municipais, número que se considera insuficiente para cobertura dos usuários fumantes existentes entre a população de São Luís, considerando a população superior a 1 milhão de habitantes e uma estimativa de 15,7% de fumantes.

Os resultados apontados pela tabulação dos dados referentes a 2017, extraídos do Relatório da UBS pesquisada mostraram êxito do programa, com a cessação de fumar quando do comparecimento da última sessão, para 46% dos pacientes inscritos. Este percentual é superior ao valor de igual ou superior a 30% considerado pelo MS como efetivo, quando ocorre uma resposta clínica positiva ao tratamento, em virtude de o paciente deixar de fumar.

O resultado do questionário aplicado nesta pesquisa apontou que o perfil sociodemográfico dos participantes do programa se assemelhou ao de outros estudos sobre o tema. Foram fatores identificados com maior prevalência: o sexo feminino, faixa etária acima dos 60 anos, solteira, com ensino médio completo, renda inferior a 1 salário mínimo, aposentada e residindo na capital, São Luís.

Em relação as ações educativas do Programa de Combate ao Tabagismo na Unidade, o estudo revelou que um número significativo de entrevistados considerou o local de moradia distante, os efeitos colaterais da medicação específica para o tratamento e a convivência com amigos e familiares fumantes como fatores prováveis de insucesso no tratamento. A maioria nunca realizou antes tratamento para parar de fumar ou participou de programa de cessação de fumar.

Em relação a participação nas oficinas terapêuticas, a adesão contou com a maioria dos pesquisados, evidenciando-se a terapia medicamentosa e palestras com adesão de 100% dos voluntários. Por fim, a maioria dos entrevistados considera que o programa tem estrutura adequada para ajudá-los a deixar de usar o cigarro.

Foram apontadas sugestões de melhorias no Programa com a ampliação da equipe multiprofissional da Unidade com a inclusão de profissional de fisioterapia,

assim como a expansão do Programa para outras unidades de saúde da Capital, por meio de uma maior divulgação junto à população pela mídia e da elaboração de cartazes a serem afixados em locais estratégicos nas Unidades e em locais públicos na comunidade, com a finalidade de atrair os fumantes para o programa.

Observa-se que o governo federal, por meio do SUS, vem desenvolvendo uma série de estratégias farmacológicas e não-farmacológicas no sentido de alertar sobre os perigos do cigarro, desenvolvendo campanhas de conscientização por meio de cartazes. Entretanto, isso ainda se desenvolve de maneira tímida não havendo, por parte da população, o devido conhecimento sobre programas de combate ao tabagismo oferecido pelo SUS, por meio das Unidades de Saúde.

Conclui-se, portanto, que a eficácia do Programa de Combate ao Tabagismo desenvolvido pela Unidade Básica de Saúde da Família do Turu II, é reconhecida pelos seus resultados e que tem alcançado seus objetivos, oferecendo serviço gratuito e tratamento medicamentoso para quem deseja deixar de fumar.

REFERÊNCIAS

Andrade, AR. et al. Effects of cigarette smoke inhalation and coffee consumption on bone formation and osseous integration of hydroxyapatite implant. *Braz. J. Biol.* v.73, n.1, 2013.

Bellenzani, R, Malfitano, A. P. S. Juventude, vulnerabilidade social e exploração sexual: um olhar a partir da articulação entre saúde e direitos humanos. *Saúde e Sociedade, São Paulo*, v 15, n. 6, 2006

Bizzo, Nélio. Tragando o inimigo. *Revista Carta na Escola*. N. 33. Fevereiro de 2009

Boeira S. L. Indústria de tabaco e cidadania: confronto entre redes organizacionais. *Revista de Administração de Empresas*, v 46, n. 3 jul/set, 2006. Acesso em: 15 de janeiro de 2016.

Bortoluzzi, MC, Kehrig, RT; Loguercio, AD, et al. Prevalência e perfil dos usuários de tabaco de população adulta em cidade do Sul do Brasil (Joaçaba, SC). *Ciência & Saúde Coletiva*, v. 16, n. 3, 2011.

Brasil. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. Portaria nº 3.088, de 23 de dezembro de 2011. Institui a Rede de Atenção Psicossocial para pessoas com sofrimento ou transtorno mental e com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas, no âmbito do Sistema Único de Saúde. Brasília: Ministério da Saúde, 2011.

Brasil. Lei 7498//86. Dispõe sobre a Regulamentação do Exercício da Enfermagem. Lei No. 7.498, 25 de junho de 1986. *Diário Oficial da União*. Seção I, fls. 9.273-9.275. Jun 26, 1986. Disponível em <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/2003/L10.702.htm> Acesso em setembro de 2017.

Brasil. Lei n.º 10.702. Altera a Lei nº 9.294, de 15 de julho de 1996, que dispõe sobre as restrições ao uso e à propaganda de produtos fumíferos, bebidas alcoólicas,

medicamentos, terapias e defensivos agrícolas, nos termos do § 4º do art. 220 da Constituição Federal. Brasília, 2005.

Brasil. Ministério da Saúde (MS). Instituto Nacional do Câncer (INCA). Coordenação Nacional de Controle do Tabagismo e Prevenção Primária de Câncer. Centro Colaborador da OMS Programa Tabaco ou Saúde. Ajudando seu paciente a deixar de fumar. Secretaria Nacional de Assistência à Saúde. Rio de Janeiro INCA, 2009.

Brasil. Ministério da Saúde. Grupo Assessor para o Controle do Tabagismo. Tabagismo e Saúde: informação para profissionais de saúde. Brasília: Centro de documentação do Ministério da Saúde, 1986

Brasil. Ministério da Saúde. Instituto Nacional do Câncer. Legislação Federal sobre Tabaco no Brasil. Atualizado em agosto, 2003.

Brasil. Programa nacional para prevenção e controle do tabagismo. Direção geral da saúde, Brasília, 2016.

Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Portaria SAS nº 571, de 05 de abril de 2013. Atualiza as diretrizes de cuidado à pessoa tabagista no âmbito da Rede de Atenção à Saúde das Pessoas com Doenças Crônicas do Sistema Único de Saúde (SUS). Diário Oficial da União, Poder Executivo, Brasília, DF, 08 abr. 2013. Seção 1. p. 56

Brasil. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. Portaria GM nº 761, de 21 de junho de 2016. Valida as orientações técnicas do tratamento do tabagismo constantes no Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas – Dependência à Nicotina. Diário Oficial da União, Poder Executivo, Brasília, DF, 22 jun. 2016. Seção 1. p. 68

Cruz, MS, Gonçalves, MJF. O Papel do Enfermeiro no Programa Nacional de Controle do Tabagismo. Revista Brasileira de Cancerologia, 2010.

D'Argenzio A, D'Argenio P, Ferrante G, Minardi V, Possenti V, Quarchioni E, et al. 40% of smokers try to stop smoking, only 8% succeed in. Epidemiol Prev. 2011;35(5-6):362.

De Jesus, MCP, Silva, MH, Cordero, SM, et al. Compreendendo o insucesso da tentativa de parar de fumar: abordagem da fenomenologia social. Rev Esc Enferm USP. n. 50, v.1, 2016.

Duarte, Rosália. Pesquisa Qualitativa, reflexões sobre o trabalho de campo. Cadernos de pesquisa, São Paulo, v.15, n.1090, Mar. 2010.

Echer, I.C., Correa, A.P.A., Ferreira, S.A.L., Lucena, A.F. Tabagismo em uma escola de enfermagem do sul do Brasil. Texto contexto - enferm. [online]. vol.20, n.1, 2011

Enciclopédia Larousse Cultural. Origens do tabaco. v.16, cap. 92, 2002.

Falcão TJO, Costa ICC. O tabagismo em um município de pequeno porte: um estudo etnográfico como base para geração de um programa de saúde pública. J Bras Pneumol 2008; 34(2):91-97

Ferreira SAL, Teixeira CC, Corrêa APA, Lucena AF, Echer IC. Motivos que contribuem para indivíduos de uma escola de nível superior tornarem-se ou não tabagistas. Rev Gaúcha Enferm. 2011;32(2):287-93

Figueiro, L.R. et al. Assessment of changes in nicotine dependence, motivation, and symptoms of anxiety and depression among smokers in the initial process of smoking reduction or cessation: a short-term follow-up study. Trends Psychiatry Psychother. [online]. vol.35, n.3, 2013

Fiore MC, Bailey WC, Cohen SJ et al.. Trating Tobacco Use and Dependence. Clinical Practice Gideline. U. S. Department of Health and Humans Services, Public Health Service, 2000

Gonzalez-Barcala, F.J. et al. Impacto do tabagismo parental sobre a asma infantil. J. Pediatr. (Rio J.) [online]. vol.89, n.3, 2013

INCA. Instituto Nacional do Câncer (Brasil). A ratificação da Convenção-Quadro para o Controle do Tabaco pelo Brasil: mitos e verdades; 2004.

INCA. Instituto Nacional do Cancer. 31/05/2017 - Prejuízo anual do tabagismo para o Brasil é de R\$56,9 bilhões. Disponível em:< http://www2.inca.gov.br/wps/wcm/connect/comunicacaoinformacao/site/home/sala_imprensa/releases/2016/prejuizo_anual_do_tabagismo_e_de_56_bilhoes_reais> Acesso em setembro de 2017.

Izrael, D. et al. “A SAS Macro for Balancing a Weighted Sample”. Proceedings of the Twenty-Fifth Annual SAS Users Group International Conference, Paper 275, 2007.

Jaques, TA, Gonçalves, HS. O Ministério da Saúde adverte: Origem e consolidação do Programa Nacional de Combate ao Fumo no Brasil (1985-1998). ANPUH – XXV Simpósio Nacional de História – Fortaleza, 2009.

Kouichi, CT, Rocha, EFR, Neves, IA. O programa de controle ao tabagismo no combate ao vício do tabaco. Centro Universitário Católico Salesiano Auxilium Curso de Enfermagem. Lins, SP, 2009.

Laboissière, P, Leal, A. Lei Antifumo entra em vigor em todo o país. A Lei 12.546. Revista Exame. Disponível em:< <https://exame.abril.com.br/Brasil/lei-antifumo-entra-em-vigor-em-todo-o-pais/>> Acesso em setembro de 2017.

Maciel, Isabela. Programa de Controle do Tabagismo e Outros Fatores de Risco de Câncer em Pernambuco. Cartilha. Pernambuco: Secretaria de Saúde, 2016.

Martins, KAM, Pontes, AEB, Vieira, LC, Borges, KR, et al. Perfil dos pacientes tabagistas em tratamento no Programa Municipal de Controle do Tabagismo, em Goiânia. Revista de Saúde Pública, v. 53, n.2, 2016.

Meier, DAP, Vannuchi, MTO, Secco, IAO. Abandono do tratamento do tabagismo em programa de município do norte do Paraná. Rev Esp Saúde. 13(1), 2011.

Meirelles RHS. A ratificação da Convenção-Quadro para o Controle do Tabaco pelo Brasil: uma questão de saúde pública. [editorial]. J Bras Pneumol 2006; 32(1).

Ministério da Saúde, Instituto Nacional do Câncer, Coordenação de Prevenção e Vigilância, Consenso sobre Abordagem e Tratamento do Fumante, 2001.

Moura, MAS, Meneses, MFB, Mariano, RD, Silva, VR, et al. Intervenções de Enfermagem no Controle do Tabagismo: uma Revisão Integrativa. *Revista Brasileira de Cancerologia*. 57(3): 411-41, 2011.

NURSING. North American Nursing Diagnosis Association. Diagnósticos de enfermagem da NANDA: definições e classificação 2009-2011. Porto Alegre: Artmed; 2010

Olivetti, RF. O tabagismo e suas consequências: uma abordagem sobre a importância de adoção de hábitos saudáveis. Universidade tecnológica federal do paraná, Programa de Pós-graduação e especialização em ensino de ciências. Trabalho de Conclusão de Curso, Medianeira, 2013

Pawlina, MMC, Rondina, RC, Espinosa, MM, Botelho, C. Anxiety and low motivational level associated with the failure in smoking cessation. *J Bras Psiquiatr*. 2014;63(2):113-20.

Peixoto, S.V., Firmo, J.O.A., Lima-Costa, M.F. Factors associated to smoking habit among older adults (The Bambuí Health and Aging Study). *Rev. Saúde Pública*, 2010, v. 39, n5, 2010.

Relatório UBS Turu. Unidade de Saúde da Família Turu II. Relatório mensal das ações desenvolvidas junto a usuários de tabaco no programa Municipal de combate ao tabagismo. Junho a agosto 2017. Setembro a dezembro 2017. São Luís, MA, 2017

Revista exame. Mulheres fumam cada vez mais no Brasil. 2012. Disponível em:<<https://exame.abril.com.br/estilo-de-vida/mulheres-fumam-cada-vez-mais-no-Brasil/>> Acesso em outubro de 2017.

Rodrigues Junior JC et al. Prevalência e perfil de tabagistas universitários ingressantes de uma instituição de ensino superior. *Revista Pulmão RJ*,2009

Seelig, M.F., Campos, C.R.J., Carvalho, J.C. A ventilação e a fumaça ambiental de cigarros. *Ciênc. Saúde coletiva* [online]. vol.10, suppl, 2005

Silva, CR. Caracterização do perfil dos usuários que interromperam o acompanhamento em um Centro de Atenção Psicossocial Álcool e outras Drogas (CAPS ad). Trabalho de Conclusão de curso. Universidade Federal da Bahia, 2014.

VIGITEL. Vigilância de fatores de risco e proteção para doenças crônicas por inquérito telefônico. Estimativas sobre frequência e distribuição sociodemográfica de fatores de risco e proteção para doenças crônicas nas capitais dos 26 estados Brasileiros e no distrito federal em 2016. Brasília, DF, 2016.

World Health Organization (WHO). - An International Framework Convention for Tobacco Control. Fact Sheet no. 160, revised. Jun, 2005.

World Health Organization (WHO). WHO Report on the Global Tobacco Epidemic, 2013: enforcing bans on tobacco advertising, promotion and sponsorship [Internet]. Geneva; 2013 [cited 2015 Apr 13]. Available from: http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/85380/1/9789241505871_eng.pdf

World Health Organization (WHO) Report on the Global Tobacco Epidemic. The MPOWER package. Warning about dangers of tobacco. Geneva: World Health Organization, 2011b 2011

Willemann, J., Burci, L. M. Os malefícios do uso do cigarro e seu impacto na sociedade. *Revista Gestão & Saúde*, v. 11, p. 28-34, 2014.

APÊNDICES

APÊNDICE A – QUESTIONÁRIO APLICADO AOS USUÁRIOS DO PROGRAMA NACIONAL DE COMBATE AO TABAGISMO NA UNIDADE BÁSICA DE SAÚDE DA FAMÍLIA TURU II

I - DADOS DO PERFIL DO USUÁRIO

Sexo: Masculino Feminino

Faixa etária: < 30 anos 31 a 40 anos 41 a 50 anos 51 a 60 anos > 60 anos

Estado civil: Solteiro casado viúvo união estável divorciado

Escolaridade: Ensino Fundamental completo
 Ensino Fundamental incompleto
 Ensino Médio completo
 Ensino Médio incompleto
 Ensino Superior completo
 Ensino Superior incompleto
 Alfabetizado
 Não escolarizado

Renda: < 1 SM 1 a 2 SM 2 a 3 SM > 3 SM

Ocupação: Trabalhador no setor formal Trabalhador no Setor Informal
 Aposentado Trabalhador Liberal
 Desempregado Empregado temporário

Local de moradia: capital São Luís interior do estado Outro Estado

II - DADOS SOBRE OS FATORES ASSOCIADOS AO INSUCESSO DO TRATAMENTO

Fator(es) que você considera ser(em) responsável(eis) pelo insucesso do seu tratamento?

Morar distante do posto de Saúde Sim Não

Dificuldade de relacionamento com os profissionais Sim Não

Má aceitação/resposta com a medicação Sim Não

Sentir vontade de voltar a fumar Sim Não

Conviver com amigos e familiares fumantes Sim Não

Dificuldade para receber a medicação no SUS Sim Não

III - AÇÕES EDUCATIVAS PARA CESSAÇÃO DO USO DO TABACO

Já realizou tratamentos anteriores em relação ao uso do cigarro?

Sim Não

Já participou antes de algum programa de abandono do cigarro?

Sim Não

Que tipo de terapia você usou neste tratamento?

Medicamentosa

Palestras

Dinâmicas de Grupo

Outra

Você acha que este programa tem estrutura para ajudá-lo a deixar o uso do cigarro?

Sim Não

APENDICE B – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO (TCLE) APRESENTADO AOS USUÁRIOS DA UBS PARTICIPANTES DO ESTUDO



MESTRADO EM EDUCAÇÃO PARA A SAÚDE

O presente estudo consiste do seguinte tema “AVALIAÇÃO DO PROGRAMA NACIONAL DE CONTROLE DO TABAGISMO EM SÃO LUÍS”.

O objetivo principal deste estudo é avaliar o desempenho do Programa Nacional de Combate ao Tabagismo (PNCT) em uma unidade básica de saúde, referência no Programa de Educação em Saúde voltado ao Tabagismo, no município de São Luís- Maranhão.

Sua participação é voluntária e você será convidado(a) a preencher um questionário. Enfatizamos que a qualquer momento você poderá recusar-se a responder qualquer pergunta ou desistir, sem prejuízo algum de suas atividades ou tratamento.

Esclarecemos que sua participação não trará nenhum risco ou ônus. Informamos também que não haverá nenhum tipo de recompensa financeira pelas informações. Você também **não** terá sua assistência em saúde prejudicada nesta Unidade e Saúde. Garantimos que você terá sua identidade resguardada e somente sua resposta será computada para compor os resultados.

Porém, você precisa autorizar a publicação das respostas e autorização para publicarmos sua imagem (fotos) bem como de todos os que participarem este estudo.

Desde já, agradecemos a sua participação.

DINAIR BRAÚNA DE CARVALHO RIBEIRO
Pesquisadora responsável

Considerando as questões acima, Eu _____

(nome do pesquisado/entrevistado)

Autorizo a utilização do questionário respondido por mim para o presente estudo, assim como também autorizo a exposição de fotos na pesquisa.

_____, _____ de _____ 2017.

ANEXOS

ANEXO I - TERMO DE AUTORIZAÇÃO PARA COLETA DE DADOS



Ilmo. Sr (a): Nome do Administrador Responsável Administrativo

Local, data

Eu, Dinair Brauna de Carvalho Ribeiro, Mestranda do Curso de Especialização Conducente ao Mestrado em Educação para a Saúde da Faculdade do Instituto Universitário Atlântico, Faculdade Einstein, na qualidade de pesquisadora responsável, sob a orientação do(a) professor(a) _____ (nome do orientador(a) e titulação), venho solicitar a V. Sa. a autorização para coleta de dados nessa instituição, com a finalidade de realizar uma pesquisa de campo, parte integrante da grade curricular do Curso intitulada “AVALIAÇÃO DO PROGRAMA NACIONAL DE CONTROLE DO TABAGISMO EM SÃO LUÍS”.

A mesma tem como objetivo avaliar o Programa de Controle do Tabagismo no que se refere a assistência prestada aos usuários de tabaco (fumo), para que os mesmos tenham melhor qualidade de vida.

A coleta de dados ocorrerá mediante a utilização da aplicação de um questionário aos usuários participantes do Programa desenvolvido por esta Unidade de Saúde. Igualmente, assumo o compromisso de utilizar os dados obtidos somente para fins científicos, bem como de disponibilizar os resultados obtidos para esta instituição.

Na oportunidade, agradecemos antecipadamente e esperamos contar com a sua colaboração.

Atenciosamente,

Dinair Brauna de Carvalho Ribeiro
Mestranda, responsável pela pesquisa

Prof MSc
Orientadora

ANEXO II - AUTORIZAÇÃO PARA REALIZAÇÃO DE PESQUISA

Eu, _____, Coordenadora Geral da Unidade Básica de Saúde da Família Turu II autorizo a realização da Pesquisa intitulada “AVALIAÇÃO DO PROGRAMA NACIONAL DE CONTROLE DO TABAGISMO EM SÃO LUÍS”.

Estou ciente de que a pesquisa, a ser realizada sob a responsabilidade da Mestranda Dinair Brauna de Carvalho Ribeiro, tem o objetivo de avaliar o Programa de Controle de Tabagismo no que se refere a assistência prestada aos usuários de tabaco (fumo) para que os mesmos tenham melhor qualidade de vida e concordo que a mesma seja realizada no período de/...../.....a...../...../.....

Declaro ter lido e concordado com o Projeto e Pesquisa apresentado pela Mestranda responsável pelo estudo, cumprindo com as Resoluções Éticas Brasileiras, em especial a Resolução CNS 196/96. Esta instituição está ciente de sua corresponsabilidade como instituição coparticipante do presente projeto de pesquisa e de seu compromisso no resguardo da segurança e bem-estar dos sujeitos de pesquisa nela recrutados, dispondo de infraestrutura necessária para a garantia de tal segurança e bem-estar.

Atenciosamente,

Diretora/Coordenadora da Unidade

(Assinatura e/ou carimbo)

ANEXO III – TESTE DE FAGERSTRÖM

1. Em quanto tempo depois de acordar você fuma o primeiro cigarro?
 Dentro de 5 minutos (3 pontos)
 Entre 6-30 minutos (2 pontos)
 Entre 31-60 minutos (1 ponto)
 Depois de 60 minutos (0 ponto)
2. Você acha difícil deixar de fumar em lugares proibidos?
 Sim (1 ponto)
 Não (0 ponto)
3. Que cigarro você mais sofreria em deixar?
 O primeiro da manhã (1 ponto)
 Qualquer um (0 ponto)
4. Quantos cigarros você fuma por dia?
 31 ou mais (3 pontos)
 21 - 30 (2 pontos)
 11- 20 (1 ponto)
 10 ou menos (0 ponto)
5. Você fuma mais durante as primeiras horas após acordar do que durante o resto do dia?
 Sim (1 ponto)
 Não (0 ponto)
6. Você fuma mesmo estando tão doente que precise ficar de cama quase todo o dia?
 Sim (1 ponto)
 Não (0 ponto)

Dependência (soma dos pontos):

- 0-2: muito baixa
- 3-4: baixa
- 5: média
- 6-7: elevada
- 8-10: muito elevada

ANEXO IV – MODELO SUGERIDO DE CARTAZ MOTIVACIONAL

Vivo sem cigarro 
e você?



A organização mundial da saúde adverte que o cigarro mata 50% de seus consumidores de forma violenta, por meio de doenças como o câncer de pulmão e laringe.

**Tratamento gratuito
para parar de fumar**
**Unidade Básica de Saúde
da Família Turu II**

- Palestras
- Dinâmicas
- Medicação

 **Agende uma visita conosco!
E deixe de fumar de um jeito natural.**