

TEREZINHA ALCÂNTARA SILVA

**PROGRAMA NACIONAL DE CONTROLE DO TABAGISMO:
PERFIL DO PARTICIPANTE E FATORES ASSOCIADOS À
CESSAÇÃO**

Campo Grande

2014

TEREZINHA ALCÂNTARA SILVA

**PROGRAMA NACIONAL DE CONTROLE DO TABAGISMO:
PERFIL DO PARTICIPANTE E FATORES ASSOCIADOS À
CESSAÇÃO**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Saúde e Desenvolvimento da Região Centro-Oeste da Universidade Federal de Mato Grosso do Sul, para obtenção do título de Mestre.

Linha de pesquisa: Doenças emergentes, reemergentes e negligenciadas na Região Centro-Oeste: aspectos sócio - culturais, ecoambientais, epidemiológicos e clínicos.

Orientadora: Profa. Dra. Maria Lúcia Ivo

Co-orientadora: Dra. Sandra Maria do Valle Leone de Oliveira

Campo Grande

2014

FOLHA DE APROVAÇÃO

TEREZINHA ALCÂNTARA SILVA

**PROGRAMA NACIONAL DE CONTROLE DO TABAGISMO:
PERFIL DO PARTICIPANTE E FATORES ASSOCIADOS À
CESSAÇÃO**

Resultado

Campo Grande, MS,..... de de 2014.

BANCA EXAMINADORA

.....
Prof^ª. Dra. Maria Lúcia Ivo – Presidente
Universidade Federal de Mato Grosso do Sul

.....
Prof^ª. Dra. Sandra Maria do Valle Leone de Oliveira- Efetivo
Universidade Federal de Mato Grosso do Sul

.....
Prof^ª. Dra. Alexandra Maria Almeida Carvalho - Efetivo
Universidade Federal de Mato Grosso do Sul

DEDICATÓRIA

Dedico a meus pais **João Batista Alcântara (in memoriam)**, que foi sempre meu porto seguro, e **Amélia Barbosa Alcântara**, minha maior incentivadora.

Aos meus sogros **João Silva e Iracema Arantes**, pelo acolhimento.

Ao meu marido, **Romeu Arantes**, pelo apoio incondicional e companheirismo.

Aos meus filhos, **Cassiano e Cristiano**, pela compreensão e ajuda.

À minha neta, **Júlia**, minha fonte de inspiração.

AGRADECIMENTOS

A **Deus**, presença diária em minha vida, por iluminar os meus caminhos.

Aos **pacientes**, razão da realização deste estudo, pela valiosa colaboração.

À professora **Dra. Maria Lúcia Ivo**, pela orientação, profissionalismo, compreensão, amizade e por todos os ensinamentos transmitidos durante os anos de convívio. Um exemplo a ser seguido, não só pela sua dedicação ao ensino, mas também pelo seu caráter, simplicidade e humildade. A ela, todo meu reconhecimento e gratidão.

A Dra. **Sandra Maria do Valle Leone de Oliveira**, pelo incentivo e considerações valiosas durante os oito anos em que estivemos juntas no Hospital-Dia.

À colega **Me. Sandra Luzinete Felix de Freitas**, pela paciência e disponibilidade em repassar seus conhecimentos. Sua colaboração foi extremamente valiosa na fase final deste trabalho.

À Professora **Dra. Elenir R. J. Cury Pontes**, quem elaborou a estatística dos dados desse trabalho.

À professora **Dra. Alexandra Maria Almeida Carvalho** pelas valiosas sugestões.

À coordenação, na pessoa do **Prof. Dr. Ricardo Aydos**, bem como a todo o corpo docente do Programa de Pós-Graduação, Saúde e Desenvolvimento na Região do Centro Oeste da Universidade Federal de Mato Grosso do Sul, pela transmissão de seus conhecimentos e experiências.

Aos **colegas do Hospital-Dia**, pelo apoio e incentivo nesta empreitada.

A **Andréia Stabile**, pela valiosa colaboração na computação do banco de dados.

A **Vera do Nascimento e Silva** e aos demais funcionários da Secretaria do Programa de Pós Graduação em Saúde e Desenvolvimento da Região Centro Oeste da UFMS, por estarem sempre dispostos a auxiliar os alunos.

Às minhas fiéis escudeiras **Maria José Duek** e **Cleide de Oliveira**, que me auxiliam diariamente, me proporcionando tranquilidade para enfrentar o dia a dia.

“Fuma-se, não porque fumar seja bom, mas exatamente porque é ruim.
O fato dos cigarros prejudicarem a saúde é o que alimenta a beleza sombria do ato de fumar.
Fumar nesse sentido é um ato de desafio às forças relacionadas ao mal e à morte, forças da natureza de difícil compreensão, pois é um lado mórbido do ser humano de estar repetindo comportamentos que são prejudiciais física e emocionalmente; é a **compulsão à repetição**.
Apenas quando se entender o fascínio que existe por traz da máscara do cigarro, será possível abrir caminho para substituí-lo por outro tipo de prazer.”

Immanuel Kant (1790)
(Grifo da autora do trabalho)

RESUMO

O tabagismo é considerado uma epidemia sem fronteiras, uma doença crônica e, dentre as doenças preveníveis, é a que apresenta maior mortalidade no mundo, mas pode ser tratada. **Objetivo:** Verificar os fatores associados ao abandono do hábito de fumar cigarros em participantes do Programa Nacional de Controle do Tabagismo. **Material e Métodos:** estudo transversal com fumantes de tabaco participantes do Programa Nacional de Controle do Tabagismo no Hospital-Dia Prof^a Esterina Corsini, Campo Grande – MS, no período de 2004 a 2010. Foram incluídas no estudo 370 pessoas maiores de 18 anos, que procuraram o Programa espontaneamente ou foram encaminhados por profissionais de saúde, além de aceitarem participar da pesquisa. O formulário padronizado pelo Instituto Nacional de Cancer (INCA), utilizado para coleta de dados, foi aplicado pela psicóloga na entrevista inicial. Foram utilizados os Testes Qui-quadrado, Qui-quadrado de tendência e Exato de Fischer e as razões de prevalência com intervalo de confiança de 95%. **Resultados:** entre os participantes 49,5% do sexo masculino e 50,5% do feminino; média de idade de $47,47 \pm 11,52$ anos; escolaridade: 44,8% com no mínimo nove anos de estudo e 54,9% dos casos com até oito anos. A idade de início do tabagismo relatada foi entre 11 e 16 anos em 57% dos casos. As comorbidades mais frequentes 52,2% foram problemas gástricos. A dependência da nicotina medida pelo teste de Fargeström alcançou escore Médio, Baixo ou Muito Baixo em 44,3%, e Elevado ou Muito Elevado em 55,6%. **Conclusão:** Demonstrou-se que quanto maior for o grau de dependência à nicotina, menor o número de tabagistas que pararam de fumar.

Descritores: Nicotina, Tabagista, Abandono do hábito de fumar, Tratamento.

ABSTRACT

Smoking is considered an epidemic without borders, a non-communicable disease and preventable diseases is among the highest mortality in the world and can be treated.

Objective: To verify factors associated with the abandonment of cigarette smoking among participants in the National Program for Tobacco Control **Methods:** cross-sectional study of smoking tobacco participants of the National Program for Tobacco Control in Day Hospital Prof. Corsini Esterina Tobacco Cessation Program at the Day Hospital Esterina Corsini, Federal University of Mato Grosso do Sul (UFMS) 2004-2010. Were included in the study adults of 18 years who sought the program spontaneously or were referred by professionals UFMS. The standardized form by the National Cancer Institute (INCA) was applied to the participants in the first interview with the psychologist in data collection , after approval by the Ethics Committee of UFMS and Research under Protocol No. 1,811 . The Chi-square tests, Chi-square test for trend and Fisher's Exact and prevalence ratios with a confidence interval of 95 % were used . **Results:** Between participants, 49.5 % male and 50.5 % female ; mean age of 47.47 ± 11.52 years ; schooling: 44.8 % with at least nine years of education and 54.9 % with up to eight years. The age of onset of smoking was between 11 and 16 years in 57%. The most frequent pathology 52.2% was gastric problems. Nicotine dependence measured by the test Fargeström reached Medium, Low or Very Low score in 44.3 %, and High or Very High in 55.6 % . **Conclusion:** It was demonstrated that the greater the degree of nicotine dependence, the lower the percentage of smokers who stopped smoking.

Descriptors: Nicotine, Treatment, Abandonment of smoking, Smoker.

LISTA DE TABELAS

Tabela 1	Número e porcentagem de tabagistas segundo variáveis de identificação, Hospital-Dia Esterina Corsini do Hospital Universitário da UFMS – 2010 (N=370).....	18
Tabela 2	Número e porcentagem de tabagistas segundo dados relativos ao início do tabagismo, convivência com fumantes em casa e dependência da nicotina- Fargestrom, Hospital-Dia Esterina Corsini do Hospital Universitário da UFMS – 2010 (N=370).....	19
Tabela 3	Número e porcentagem de tabagistas segundo as razões que levaram ao tabagismo, situações cotidianas que aumentam a procura por cigarro, Hospital-Dia Esterina Corsini do Hospital Universitário da UFMS – 2010 (N=370).....	20
Tabela 4	Número e porcentagem de tabagistas segundo a cessação do tabagismo, e dependência da nicotina (Fagerström), Hospital-Dia Esterina Corsini do Núcleo do Hospital Universitário da UFMS – 2010 (N=370).....	21
Tabela 5	Número e porcentagem de tabagistas segundo as condições de saúde, Hospital-Dia Esterina Corsini do Hospital Universitário da UFMS – 2010.....	22
Tabela 6	Número e porcentagem de tabagistas segundo a cessação do tabagismo e dados de identificação, Hospital-Dia Esterina Corsini do Hospital Universitário da UFMS – 2010 (N=370).....	23
Tabela 7	Número e porcentagem de tabagistas segundo a cessação do tabagismo e condições de saúde, Hospital-Dia Esterina Corsini do Hospital Universitário da UFMS – 2010 (N=370).....	24
Tabela 8	Número e porcentagem de tabagistas segundo a cessação do tabagismo e variáveis de estudo, Hospital-Dia Esterina Corsini do Hospital Universitário da UFMS – 2010 (N=370).....	25
Tabela 9	Análise multivariada para a cessação do tabagismo de acordo com as variáveis incluídas no modelo, Campo Grande/MS – 2010.....	26

LISTA DE ABREVIATURAS

ACT	Associação para Controle do Tabaco
AIDS	Síndrome da Imunodeficiência Adquirida
AMS	Assembleia Mundial de Saúde
CID	Código Internacional de Doenças.
CQCT	Convenção Quadro para Controle do Tabaco
CRATT	Centro de Referência de Abordagem e Tratamento do Tabagismo
DCNT	Doenças Crônicas Não Transmissíveis
DHHS	<i>Department of Health and Human Service</i>
DPOC	Doença Pulmonar Obstrutiva Crônica
ETS	<i>Enviromental Tobacco Smoke</i>
GACT	Grupo Assessor para Controle do Tabagismo
GYTS	<i>Global Youth Tobacco Survey</i>
INCA	Instituto Nacional do Câncer
IARC	<i>International Association Research on Cancer</i>
MPOWER	<i>Monitor Tobacco Use and Preventions Policies</i>
OMS	Organização Mundial da Saúde
OPAS	Organização Pan-Americana da Saúde
PNCT	Plano Nacional para Controle do Tabaco
PROGETA	Programa de Estudos e Tratamento do Tabagismo da Universidade Federal Fluminense
PTA	Poluição Tabágica Ambiental
SIA	Sistemas de Informações Ambulatoriais
SUS	Sistema Único de Saúde
TDN	Teste de Dependência da Nicotina

TAPS	<i>Tobacco Advertising Promotion and Sponsorship</i>
UEL	Universidade Estadual de Londrina
UNESP	Universidade Estadual Paulista
UNICAMP	Universidade Estadual de Campinas
VIGITEL	Vigilância de fatores de risco para doenças crônicas por inquérito telefônico
WHO	<i>World Health Organization</i>

LISTA DE QUADROS

Quadro 1	Cronograma do Tratado da Convenção Quadro para Controle do Tabaco.....	8
Quadro 2	Distribuição das ações de monitoramento para cinco das medidas MPOWER para proteção das pessoas contra o tabaco no Brasil , segundo o ano.....	9

SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO	14
2	REVISÃO DE LITERATURA.....	16
	2.1 Aspectos históricos do tabagismo	16
	2.2 Aspectos epidemiológicos do tabagismo.....	18
	2.3 Fatores associados ao tabagismo.....	19
	2.4 Controle do tabagismo no mundo.....	20
	2.4.1 Convenção Quadro para Controle do Tabaco.....	21
3	OBJETIVO	28
	3.1 Geral	28
	3.2 Específicos.....	28
	3.3 Local/ Período.....	29
	3.4 População	29
	3.5 Critérios de inclusão.....	29
	3.6 Critérios de exclusão	29
	3.7 Variáveis pesquisadas	30
	3.8 Procedimento para coleta de dados	30
	3.9 Aspectos éticos	30
	3.10 Abordagem aos participantes da pesquisa.....	30
	3.11 Análise estatística	31
4	RESULTADOS	32
5	DISCUSSÃO	41
6	CONCLUSÃO.....	47
7	REFERÊNCIAS	48
	APÊNDICE A	58
	Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.....	58
	ANEXO A.....	60

Instrumento de coleta de dados.....	60
ANEXO B	64
Carta de Aprovação do Conselho de Ética	64

1 INTRODUÇÃO

O tabagismo é considerado uma epidemia sem fronteiras, sendo a maior causa evitável de morbidade e mortalidade do mundo (OMS, 1997). Foi adicionada à décima revisão do Código Internacional de Doenças - CID-10, no grupo de transtornos mentais e comportamentais derivados de substância psicoativa (OMS, 1997).

Evidências demonstram que o hábito de fumar tabaco reduz em média 20 anos a expectativa de vida, se considerarmos a morte na meia idade (PRABHAT; PHIL; PETO, 2014).

O tabagismo é uma doença crônica, pois a nicotina provoca dependência química, física e tolerância, fenômeno este que exige doses cada vez maiores para obter as mesmas sensações. Além disso, existem outros fatores que auxiliam a manutenção da dependência: marketing da indústria tabageira, fatores socioculturais e comportamentais (ISMAEL, 2007).

Estudos demonstram que 80% dos tabagistas expressam a vontade de parar de fumar; muitos conseguem sem ajuda, mas uma grande porcentagem necessita de auxílio especializado devido à dependência (KAREN, 2012).

Muitas ações preconizadas pela Organização Mundial da Saúde (OMS) através da Convenção Quadro para Controle do Tabagismo (CQCT) tem sido implementadas internacionalmente visando auxiliar os governos a combater essa epidemia. O Brasil é signatário da CQCT desde 2003 e instituiu o Programa Nacional de Controle do Tabagismo, que atua nas seguintes áreas: prevenção do início do tabagismo, principalmente em crianças e adolescentes; em ações de estímulo para cessação do tabagismo; proteção aos não fumantes da exposição à fumaça em ambientes fechados; e leis para regularização dos produtos advindos do tabaco e sua comercialização (CAVALCANTE, 2005).

O Ministério da Saúde, através do Instituto Nacional do Câncer (INCA), coordena o Programa Nacional de Controle do Tabagismo (PNCT), que treina profissionais para organizarem o Programa para Cessação do Tabagismo em seus estados e municípios (ROSANEIS; MACHADO, 2011).

No ano de 2004, no município de Campo Grande, técnicos do INCA capacitaram alguns profissionais de saúde da rede pública de MS para coordenar grupos de cessação do tabagismo em seus municípios. Em agosto do mesmo ano, um grupo multiprofissional constituído por psicóloga, médico, enfermeira, nutricionista e fisioterapeuta iniciou a implantação do Programa Nacional de Controle do Tabagismo no Hospital-Dia Esterina Corsini - UFMS sob coordenação da psicóloga.

Nessa mesma data formou-se o primeiro grupo de tabagistas selecionado pela psicóloga, com participantes encaminhados pelos profissionais da Universidade Federal de MS, ou que compareciam espontaneamente à Unidade de Saúde. Dessa data em diante os grupos foram formados sistematicamente de dois em dois meses.

Com o andamento e estruturação do programa, sentiu-se a complexidade que é um trabalho em equipe interdisciplinar. Além disso, a ameaça da perda de alguns profissionais levou a equipe a fazer algumas adaptações e mudanças no fluxograma do programa, necessárias para atender as necessidades que foram surgindo.

Este programa passou a fazer parte do cotidiano da pesquisadora, e questionamentos foram surgindo frente a diferentes aspectos: número de casos atendidos, perfil epidemiológico (clínico, sócio-demográfico e história tabagística), eficácia da abordagem utilizada, e a efetiva cessação do hábito de fumar.

Ao refletir sobre esses aspectos surgiu o questionamento da pesquisa: quais fatores interferiram no abandono do hábito de fumar cigarros, em participantes do Programa Nacional de Controle do Tabagismo do Hospital dia Prof^ª Esterina Corsini?

2 REVISÃO DE LITERATURA

2.1 Aspectos históricos do tabagismo

O tabaco originou-se na América do Sul. Muitos anos antes da chegada de Colombo à América, a planta já era cultivada pelos nativos e as folhas eram usadas durante rituais indígenas (LONGENECKER, 2002).

Etimologicamente a palavra “tabaco” vem do nome pelo qual os índios chamavam o tubo de bambu, “caoba”, com que fumavam a erva. O nome científico *Nicotiana tabacum* é uma homenagem a Jean Nicot, embaixador da França em Portugal que, em 1560, enviou para a Rainha Catarina de Médice algumas sementes e umas mudas da erva, informando sobre os poderes curativos da planta. A partir daí seu uso se espalhou pelo resto da Europa (ROSEMBERG, 2002).

Ainda segundo o autor, durante muitos anos o tabaco foi usado com fins curativos no tratamento de várias doenças. Em 1664/66, por ocasião da grande peste, recomendava-se o tabaco para espantar a praga. O hábito de fumar já tinha se espalhado por toda a Europa, Ásia e África.

Na América, das folhas preparava-se um extrato que era amplamente utilizado tanto como inseticida quanto como um medicamento com finalidade de eliminar parasitas do corpo humano (LONGENECKER, 2002).

Os indígenas de todo o subcontinente americano e australiano cultivavam o tabaco para mascá-lo e fumá-lo (CUNHA et al., 2007). Na chegada ao continente, os exploradores e colonizadores europeus observaram que, os índios fumavam rolos feitos com as folhas da planta (RANG et al., 2004; VALLE et al., 2007).

No século XVII as folhas da *Nicotiana tabacum* eram utilizadas para fumo de cachimbo; no século XVIII, como rapé e tabaco para mascar; e no século XIX, como charuto (ISMAEL, 2007). Só em 1840 começou a produção industrializada do cigarro como ainda hoje o conhecemos, embora o tabaco enrolado em papel, conhecido como “cigarretes”, era

consumido e muito apreciado pelas damas da alta sociedade francesa já há algum tempo (ROSEMBERG, 2002).

O Brasil recebeu sua primeira indústria de cigarro no início do século XX, quando houve o aumento vertiginoso do consumo, e as indústrias fumageiras se consolidaram como potência econômica mundial, graças à produção em escala industrial. O marketing mais agressivo e a propaganda associavam o cigarro ao ideal de beleza, sucesso, liberdade e riqueza, tornando-o um objeto de desejo de milhões de pessoas (ACT, 2013).

Durante a Primeira Guerra Mundial, o consumo de cigarros aumentou consideravelmente, devido às tensões sob as quais a população vivia, além do que, o cigarro era mais fácil de ser fumado nas trincheiras e o número de mulheres fumantes cresceu (ARAÚJO, 2012).

Em 1859 Bouisson, médico francês, publicou um trabalho científico feito com pacientes do Hospital Montpellier que sofriam de câncer de lábios e da língua no qual apontava o efeito nocivo do cigarro para a saúde (ZAMBONI, 2002), entretanto somente a partir de 1930 começava de fato a luta contra o tabagismo (ROSEMBERG, 2002).

Uma publicação do *US Department of Health and Human Service* - DHHS (1988) foi a primeira em que se admitiu que o tabaco, seja em forma de cigarro ou não, de fato causava dependência; que a nicotina em sua composição era a substância responsável pela adição, a qual era semelhante à de outras drogas, como o álcool e a maconha (DHHS, 1988).

Na década de 90 o tabagismo foi reconhecido como patologia pela Organização Mundial da Saúde (OMS) e classificado na 10^a revisão do Código Internacional de Doenças (CID 10) como pertencente ao grupo de transtornos mentais e comportamentais (OMS, 1997).

A *WHO* tem encabeçado a luta contra o tabaco e tem instruído as nações membros a seguir suas preconizações, para levantar o perfil do tabaco como uma grave ameaça global à saúde pública e ajudar os governos a criar ações que possam diminuir o número de fumantes. Para isso criou-se uma comissão chamada Iniciativa Livre do Tabaco, com sede em Genebra (WHO, 2008).

2.2 Aspectos epidemiológicos do tabagismo

O tabaco é nocivo para todos que tem contato com ele, desde quem planta e fuma até quem aspira a fumaça, sem mencionar os danos ao meio ambiente. A estimativa da WHO é que a prevalência de tabagistas no mundo seja um bilhão e trezentos mil e, em 2025, o número estimado é um bilhão e setecentos mil. Esse número tem crescido entre as mulheres jovens e crianças, principalmente em países em desenvolvimento, como China e Índia (WHO, 2008).

Estima-se que mais de cinco milhões de óbitos ocorram em consequência do hábito de fumar tabaco e que, se nada for feito, esse número ultrapassará oito milhões de pessoas por ano em 2030 (WHO, 2007). No Brasil aproximadamente 200.000 pessoas morrem por ano decorrente desse hábito (CARAM et al., 2009), ultrapassando as mortes por síndrome da imunodeficiência adquirida (AIDS), alcoolismo, acidentes de trânsito, suicídios e homicídios (MENEZES, 2004).

Uma preocupação mais recente das autoridades diz respeito à poluição tabágica ambiental (PTA), em inglês *Environmental Tobacco Smoke* (ETS), visto que os não fumantes estão propensos às mesmas doenças que os fumantes. A fumaça do cigarro contém quase 5.000 produtos químicos, entre eles dióxido de enxofre e cianeto de hidrogênio, além de benzopireno, formaldeído e 4-aminobifelina, que são carcinogênicos (ARAÚJO, 2007).

A *International Association for Research on Cancer* – IARC, (1986) publicou uma monografia, fruto de pesquisas do programa de investigação dos riscos carcinogênicos de produtos químicos para a saúde do homem, onde são descritos mais de 50 componentes carcinogênicos na fumaça do cigarro, além de seis que são tóxicos para o sistema reprodutivo (IARC, 1986).

A fumaça do cigarro não é uma bactéria ou vírus para se transmitir de uma pessoa a outra, mas transmuta como tal, atingindo além de 1,3 bilhões de pessoas dependentes do tabaco no mundo, outro contingente bilionário de pessoas obrigadas a respirá-la de forma involuntária, nas casas, restaurantes e no trabalho (ARAÚJO, 2007, p.88).

Segundo Rossaneis e Machado (2011), o tabaco é um fator de risco para mais de 50 doenças, principalmente as oito maiores causas de morte no mundo. São elas: bronquite

crônica; doença pulmonar obstrutiva crônica (DPOC); cardiopatia isquêmica; câncer de pulmão, laringe, rins, bexiga, estômago, cólon, cavidade oral e esôfago; leucemia; infarto; aborto e parto prematuro; malformações fetais; e infertilidade.

2.3 Fatores associados ao tabagismo

Historicamente o tabagismo teve início como uma atividade masculina e, até hoje uma maior prevalência tem sido verificada no sexo masculino tanto no Brasil como no mundo (BRASIL, 2007).

Na mesma publicação afirma-se que o contato com o tabaco tem início principalmente na adolescência, e que a população com baixa escolaridade e renda tem mais probabilidade de desenvolver o hábito. Tabaco e pobreza é uma associação que tem sido encontrada em muitos países, inclusive no Brasil, sendo esse um foco de apreensão e mobilização dos organismos internacionais na luta contra o tabagismo.

Outra preocupação dos organismos internacionais são as Doenças Crônicas Não Transmissíveis (DCNT), que, neste século, podem vir a ser o padrão epidemiológico dominante, causando limitações à qualidade de vida, à produtividade e à funcionalidade dos indivíduos. O tabagismo é o principal fator para as DCNT do aparelho respiratório, câncer em diversas partes do corpo, infarto do miocárdio, e outras. De acordo com o Banco Mundial, essas representam 2/3 (dois terços) de todas as doenças nos países de renda média e baixa e a previsão é que esse número chegue a 3/4 (três quartos) em 2030 (GOULART, 2011).

As DCNT causam também um prejuízo econômico e social, sobretudo nos países em desenvolvimento. Atualmente no Brasil elas são um problema de saúde de grande proporção, correspondendo a cerca de 70% das causas de morte, primordialmente nas camadas de menor poder aquisitivo, idosos e na população de baixa escolaridade (SCHMIDT et al., 2011).

Um relatório feito pelo *US Department of Health and Human Service* em 2004, já afirmava que o fumo afeta praticamente todos os órgãos do corpo (DHHS, 2004). No relatório de 2014 consta que a lista de doenças causadas pelo tabagismo ativo e passivo continua a aumentar. Esse relatório concluiu que o tabagismo ativo está associado à degeneração macular

relacionada com a idade, diabetes, câncer de colo e reto, câncer de fígado, resultados de saúde adversos em pacientes que sobreviveram ao câncer, tuberculose, disfunção erétil, fendas orofaciais em recém-nascidos, gravidez ectópica, artrite reumatoide, comprometimento da função imunológica e acidente vascular cerebral (DHHS, 2014).

Além do tabagista estar propenso a todas essas patologias, ele também desenvolve uma tolerância física e psíquica à nicotina contida no cigarro. Toda substância química pode resultar em mudança no organismo humano tanto de ordem fisiológica como de comportamento. Com a nicotina não é diferente; ela é estimulante do Sistema Nervoso Central e pode alterar o estado emocional, o humor e a percepção, além da aprendizagem (BALBANI; MONTOVANI, 2005).

Depois de aspirada, a nicotina leva apenas alguns segundos para chegar ao cérebro e alimentar os receptores cerebrais, agindo sobre os centros dopaminérgicos e liberando substâncias como a dopamina, adrenalina, epinefrina, serotonina e acetilcolina, além de outras substâncias dos centros colinérgicos, aumentando a sensação de prazer do tabagista, o desempenho cognitivo, a memória, a atenção e a concentração (HAGGSTRÄM; CHATKIN, 2007). Entretanto, com o tempo, os receptores cerebrais acostumam-se com a droga e precisam de maior quantidade, desenvolvendo a chamada tolerância, que é a quantidade da droga que o organismo necessita. A necessidade compulsiva pela ingestão da droga tem um importante papel na manutenção da dependência, passando a controlar o comportamento; é a chamada dependência psíquica. Dessa maneira, é possível afirmar que quanto maior a tolerância maior a dependência física (ISMAEL, 2007).

Um estudo transversal feito com 184 tabagistas demonstrou que as razões para fumar mais frequentemente relatadas pelos participantes da pesquisa foram: por prazer, para combater o estresse, pelo convívio social e, a menos frequente, “para não engordar” (REBELO, 2008).

2.4 Controle do tabagismo no mundo

O tabagismo é reconhecidamente um problema de saúde pública que não tem fronteiras e, na tentativa de combater essa epidemia, algumas medidas foram tomadas para controlar sua expansão, necessitando, para isso, uma cooperação internacional (WHO, 2008).

Em 1996 foi criada uma comissão para elaborar um documento de cooperação com vistas a combater a epidemia do tabaco durante a 56ª Assembleia Mundial de Saúde. Esse documento foi chamado Convenção Quadro para o Controle do Tabaco (CQTC), e se tornou o primeiro tratado internacional de saúde pública (BRASIL, 2004).

2.4.1 Convenção Quadro para Controle do Tabaco

A Convenção Quadro é uma resposta dos 192 países componentes das Nações Unidas e objetiva proteger as gerações futuras e o planeta contra os males do uso do tabaco (BRASIL, 2004; WHO, 2008).

A Assembléia Mundial de Saúde (AMS) criou um corpo intergovernamental para preparar a convenção, trabalho que durou aproximadamente sete anos e só em junho de 2004 foi aberto para assinatura. Entrou em vigor em 27 de fevereiro de 2005, após o depósito do 40º instrumento de ratificação nas Nações Unidas, como mostra o Quadro 1:

Esse tratado continua aberto para ratificação e aceitação formal de adesão por tempo indeterminado para todos os países membros da OMS e para os países que são membros das Nações Unidas; até 2013, 177 países tinham aderido ao Tratado (WHO, 2013).

Quadro 1: Cronograma do Tratado da Convenção Quadro para Controle do Tabaco

Ano	Ações
1996	Início do desenvolvimento da CQCT pela AMS
1999	Criação do Corpo Intergovernamental para início do trabalho
2000 a 2003	Elaboração formal e negociações
2003- maio	Adoção da CQCT pela MAS
2003- junho	Abertura da CQCT para assinaturas
2004- novembro	Efetivação de 40 ratificações (como exigido para entrar em vigor)
2005- fevereiro	Início da vigência
2005- novembro	Efetivação de 100 ratificações
2006	Conferência das Partes e do Secretariado da CQCT
2011	Adesão de 172 países.

Fonte: Livreto sobre a Convenção Quadro para Controle do Tabaco – WHO (2011)

Para auxiliar os países a colocar em prática, gerenciar e implementar as medidas de controle do tabaco, a OMS (WHO, 2008) introduziu um pacote denominado *Monitor Tobacco Use and Prevention Policies* (MPOWER), que prioriza as seguintes estratégias:

M = monitorar o uso do tabaco e estabelecer políticas de prevenção;

P = proteger as pessoas da fumaça do cigarro;

O = oferecer ajuda para parar de fumar;

W = (*warn*) advertir sobre os perigos do tabaco;

E = (*enforce*) fazer valer a proibição de publicidade, promoção e patrocínios do tabaco;

R = (*raise*) aumentar os impostos sobre o tabaco.

O Quadro 2 apresenta uma adaptação das ações preconizadas pelo MPOWER, adotadas pelo Brasil nos anos em questão (WHO, 2013).

Quadro 2: Distribuição das ações de monitoramento para cinco das medidas MPOWER para proteção das pessoas contra o tabaco no Brasil , segundo o ano.

Anos	Ações no Brasil
2002	Oferecer ajuda para deixar o uso do tabaco
2003	Avisar sobre os perigos do tabaco
2011	Proteger as pessoas da fumaça do cigarro
2012	Impor a proibição de publicidade, promoção e patrocínio do tabaco

Fonte: Adaptação da Tabela 3.1.2 - *Year of highest level of achievement in selected tobacco control measures in the Americas* (WHO, 2013, p.179)

Uma nova lei que proíbe todas as formas de publicidade, promoção e patrocínio pelas indústrias do cigarro – *Tobacco Advertising, Promotion and Sponsorship* (TAPS) com o objetivo de auxiliar, os países membros do tratado a proteger as pessoas dos malefícios do tabaco, foi criada pela WHO em 2011, e marcada a data de 01 de março de 2013 para entrar em vigor (WHO, 2011).

Todas essas medidas visam preservar a população mundial dos males do cigarro, inclusive das Doenças Não Transmissíveis, que está sendo a preocupação e o desafio dos governantes para o século XXI (WHO, 2013).

Ainda segundo o mesmo relatório da Organização Mundial da Saúde, embora essas medidas tenham tido muito sucesso e o número de pessoas protegidas tenham passado para 400 milhões, há muito trabalho pela frente visto que somente 10% da população do mundo tem cobertura da TAPS.

2.5 O controle do tabaco no Brasil

No início do século passado o combate ao tabagismo era mais de ordem religiosa ou moral. A partir dos anos 50, quando iniciaram os primeiros trabalhos epidemiológicos sobre o tabaco nos Estados Unidos e Inglaterra, e à medida que esses relatórios foram divulgados entre a classe médica brasileira, aumentava o movimento antitabaco no Brasil, porém apenas entre a classe médica (GONÇALVES, 2009).

Segundo o mesmo autor, os primeiros projetos de lei que propunham a proibição da propaganda dos produtos do tabaco chegaram ao Congresso Nacional somente em 1964 e, até o final da década seguinte, mais projetos foram encaminhados, inclusive um que previa a proibição do cigarro para menores. Todos, no entanto, foram arquivados. Em 1979 um documento chamado “Carta de Salvador”, elaborado após um seminário sobre tabagismo na Bahia, reconhecia o desafio da luta contra o tabagismo e abordava o impasse econômico que seria, já que a produção do tabaco trazia uma receita considerável para o país.

O Brasil é o maior exportador de tabaco do mundo e o segundo maior produtor, mesmo assim as ações implementadas de controle do tabagismo, tem conseguido abranger a maioria dos municípios o que, tem tido um reconhecimento mundial e lhe conferindo liderança internacional nessa área e até prêmios (WHO, 2007).

O Programa Nacional de Controle do Tabagismo (PNCT) foi oficializado em 1979, pela Associação Médica Brasileira, e redigido após reunião da Associação Brasileira de Cancerologia com representantes de entidades médico - científicas, órgãos públicos e sociedades de prestação de serviços à comunidade (ROSEMBERG, 2002).

O primeiro projeto de lei instituí o dia 29 de agosto como o Dia Nacional de Combate ao Fumo e previa campanhas educativas, de autoria de um deputado do Paraná, conseguiu aprovação na Câmara em 1980, mas somente em 1986 conseguiria ser aprovada no Senado e sancionada. Essa lei (nº 7488/8) seria a primeira legislação brasileira relacionada ao combate do tabagismo no país (MIRRA; ROSEMBERG, [198 - ?])

Em 1985 o Ministério da Saúde constituiu o Grupo Assessor para Controle do Tabagismo - GACT (IGLESIAS et al., 2007), que ficaria responsável pelas campanhas do Dia Nacional de Combate ao Fumo. Esse grupo elaborou um projeto de lei que proibiria o consumo de produtos do tabaco em ambientes e transportes de uso coletivo e instituí os chamados fumódromos (GONÇALVES, 2009).

Ainda segundo esse mesmo autor, mudanças políticas no país e a posse do primeiro presidente eleito pelo povo trouxeram mudanças no âmbito da saúde. Na constituição de 1988 a promoção da saúde passou a ser dever do Estado; no artigo 220 dá competência à esfera federal para impor restrições à propaganda de cigarros, bebidas e medicamentos, e incluir advertências sobre os malefícios do seu uso.

Em termos institucionais na reforma sanitária a competência do controle do tabaco foi transferida do Ministério da Saúde para o Instituto Nacional do Cancer (INCA) que passou a conduzir o Programa Nacional de Combate ao Tabagismo (PNCT), desde 1989. O Programa tem como objetivo: diminuir a quantidade de fumantes, a morbimortalidade diretamente associada ao uso do tabaco e seus derivados e trabalhar no sentido de prevenir a iniciação ao tabagismo (BRASIL, 2007) principalmente nas crianças e nos jovens (TEIXEIRA; JAQUES, 2011).

Ainda segundo esse autor, a partir de 1996 as ações do PNCT passaram a ser contínuas e em parceria com as secretarias estaduais, municipais e diversos organismos não governamentais, articulando as campanhas do Dia Mundial sem Tabaco em 31 de maio e do Dia Nacional de Combate ao Fumo em 29 de agosto. Passou a promover ações educativas na sociedade em geral, qualificou profissionais de saúde, divulgou métodos para parar de fumar e patrocinou programas para a cessação do tabagismo. Todas essas ações contribuíram para uma mudança de paradigma: o tabagismo deixou de ser um comportamento charmoso e passou a ser um comportamento indesejável.

O mesmo autor afirma que, a procura de apoio para parar de fumar aumentou consideravelmente, crescendo o interesse dos profissionais de saúde para atender essa demanda. Este fato levou o Ministério da Saúde, através do INCA, em parceria com as secretarias municipais e estaduais, a capacitar os profissionais para instrumentalizá-los.

O PNCT ganhou reconhecimento Internacional em suas ações para controle do tabagismo e sua legislação, regulamentação e fiscalização da indústria tabageira serve de modelo para todos os países mundo (BRASIL, 2001).

A Lei nº 10.167 de dezembro do ano 2000 proibiu a propaganda dos derivados do tabaco em todos os meios de comunicação, na internet, em eventos culturais, nos locais de venda e proibiu o patrocínio em acontecimentos esportivos e culturais pelas indústrias de cigarro a partir de 2003 (BRASIL, 2001).

No relatório da Organização Mundial da Saúde sobre o controle da epidemia do tabagismo de 2013 o Brasil figura entre os poucos que conseguiram implantar todas as medidas preconizadas no combate ao consumo, propaganda e patrocínio das indústrias em cima dos produtos fumígenos (WHO, 2013).

Um dos principais projetos do PNCT foi implantar o Programa de Controle do Tabagismo nas Unidades de Saúde do país. Ao mesmo tempo foi desenvolvido um programa cuja meta era instrumentalizar os fumantes e acompanhá-los no processo de cessação do tabagismo. Em 1996 foi publicado o livro “Ajudando seu paciente a deixar de fumar”, iniciando uma sensibilização das instituições de saúde para a implantação do programa (BRASIL, 2001).

Para que as ações desse programa atingissem todo o território brasileiro, formou-se uma rede regional para gerenciá-lo em parceria com as Secretarias Estaduais e Municipais de Saúde, adotando a lógica do Sistema Único de Saúde - SUS que é descentralizar as ações de saúde. Assim, em cada estado brasileiro existe uma Coordenação do Programa de Controle do Tabagismo nas Secretarias Estaduais de Saúde, que também descentralizam as ações para os municípios. A Portaria GM/MS 1.575/02 instituiu Centros de Referência em Abordagem e Tratamento do Fumante, incluindo a abordagem e o tratamento do tabagista no Sistema de Informações Ambulatoriais do Sistema Único de Saúde-SIA/SUS (BRASIL, 2004).

Ainda segundo Brasil (2004), para atualizar e aperfeiçoar o programa de abordagem e tratamento do tabagista a fim de torná-lo mais abrangente, em 2003 o Ministério da Saúde criou um grupo de trabalho para modernizá-lo. Decorrente das conclusões desse grupo, foi criada a Portaria GM/MS 1.035/04, regulamentada pela Portaria SAS/MS 442/04, que ampliou a abordagem e tratamento do tabagismo para a atenção básica e para as instituições de média complexidade, determinando que todo material de apoio e medicamentos fossem fornecidos pelo MS aos municípios e destes às unidades de saúde habilitadas.

2.5.1 Programa de Abordagem e Tratamento do Tabagista

O plano de implantação do Programa de Abordagem e Tratamento do Tabagista no Sistema Único de Saúde — SUS foi aprovado pela Portaria SAS/MS 442/04 (BRASIL, 2004).

Qualquer unidade ambulatorial ou hospitalar é credenciada pelo SUS para participar do Programa, desde que cumpra alguns critérios estabelecidos: a unidade deve ser livre de fumantes em seu interior, ter profissionais de saúde de nível universitário (psicólogo, enfermeiro, médico ou assistente social) capacitados pelo programa, ter locais adequados para

reuniões de grupo e atendimento individual, ter possibilidade para, em caso de necessidade, encaminhar o paciente para exames complementares ou consulta especializada (BRASIL, 2004).

A abordagem é baseada na terapia cognitivo-comportamental individual ou em grupo e o material fornecido pelo MS é o Manual do Participante: “Deixando de Fumar sem Mistérios”, que oferece as estratégias de apoio para que o tabagista deixe de fumar e previna a recaída. O MS fornece também os adesivos transdérmicos de nicotina (21, 14 e 7 mg), a goma de mascar de nicotina (2mg), e o cloridrato de bupropiona (150 mg) (BRASIL, 2004).

O Programa de Tabagismo foi implantado em Campo Grande – MS inicialmente no Hospital Dia, em agosto de 2004. Atualmente existem no município 39 Unidades de Saúde que desenvolvem o programa.

3 OBJETIVO

3.1 Geral

Verificar os fatores associados ao abandono do hábito de fumar cigarros em participantes do Programa Nacional de Controle do Tabagismo.

3.2 Específicos

- Caracterizar o perfil dos tabagistas participantes do grupo em relação a sexo, faixa etária e escolaridade.
- Descrever a história tabagística dos participantes do grupo.
- Verificar a relação entre dependência e cessação do tabagismo.

MATERIAL E MÉTODOS

Estudo transversal sobre os tabagistas participantes do Programa para Cessação do Tabagismo do Hospital dia Esterina Corsini/UFMS

3.3 Local/ Período

O estudo foi realizado no Hospital-Dia Esterina Corsini, que compõe o Serviço de Infectologia do Hospital Universitário da Universidade Federal do Mato Grosso do Sul, no período entre agosto de 2004 e dezembro de 2010.

3.4 População

Todos os participantes que procuraram o serviço com a intenção de cessar o hábito de fumar tabaco.

3.5 Critérios de inclusão

Ter sido avaliado pela psicóloga durante a entrevista para admissão no Grupo para Cessação do Tabagismo de agosto de 2004 a Dezembro de 2010.

3.6 Critérios de exclusão

Foram excluídos do estudo indígenas, menores de 18 anos, gestantes e os que não concordaram em participar do estudo e não assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido- TCLE (APENDICE A).

3.7 Variáveis pesquisadas

Por meio de formulário elaborado pelo INCA (ANEXO A) foram coletadas as variáveis para estabelecimento do perfil (sexo, faixa etária e escolaridade), história tabagística e patológica, grau de dependência pontuado pelo *Fagerström Test for Nicotine Dependence* (FNTD).

Esse teste consiste em seis questões com alternativas e um valor determinado; a soma dos pontos permite a avaliação do grau de dependência (muito baixo: 0-2; baixo: 3-4, médio: 5; elevado: 6-7 e muito elevado: 8-10) de acordo com o Protocolo do Programa Nacional de Controle do Tabagismo do Ministério da Saúde. O teste foi validado no Brasil por Carmo & Pueyo (1991) e passou a se chamar Teste de Dependência da Nicotina (TDN).

O tratamento medicamentoso foi oferecido aos participantes após quatro sessões no grupo para cessação do tabagismo do programa do Ministério da Saúde.

3.8 Procedimento para coleta de dados

A coleta de dados foi realizada pela pesquisadora e o instrumento utilizado foi o formulário padronizado pelo INCA (ANEXO A).

3.9 Aspectos éticos

Este estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa de acordo com a Resolução 196 (Conselho Nacional de Saúde), com Protocolo nº 1.811, de 30 de setembro de 2010 (ANEXO B).

3.10 Abordagem aos participantes da pesquisa

A abordagem aos participantes durante a avaliação para a admissão no grupo de cessação foi individual, em ambiente reservado, realizada pela própria pesquisadora. Naquele

momento eram explicados os objetivos do Programa Nacional de Controle do Tabagismo: o tratamento e a pesquisa.

Nesta pesquisa foi considerado abstinentes o participante que relatou, ter conseguido ficar abstinente por um ano após o término do tratamento.

3.11 Análise estatística

Os dados coletados foram analisados através de estatística descritiva. Para verificar possíveis associações entre as variáveis de estudo, foram utilizados os testes Qui-quadrado, Qui-quadrado de tendência e exato de Fisher, e calculadas as razões de prevalência com os respectivos intervalos de confiança de 95%. Para estimar as razões de prevalência ajustadas, foi utilizada a Regressão de Cox (com tempo igual a uma unidade), utilizando as variáveis com significância maior que 20%. Foram utilizados os programas de computador Epi Info 3.5.1 e BioEstat versão 5 (AYRES et al., 2007).

4 RESULTADOS

Para este estudo foram utilizados os dados de 370 tabagistas que compareceram para a primeira entrevista do Programa Nacional de Controle do Tabagismo no Hospital Dia Profª Esterina Corsini. Na caracterização da amostra (Tabela 1) observou-se que, do total dos entrevistados, 50,5% eram homens e 49,5% mulheres, na faixa etária entre 40 e 59 (61,1%) anos e 77% encontravam-se com escolaridade entre alfabetizados e ensino médio incompleto (esse percentual resulta da soma dos totais de cada classe nesse intervalo).

Tabela 1 – Número e porcentagem de tabagistas segundo variáveis de identificação, Programa Nacional de Controle do Tabagismo no Hospital-Dia Profª Esterina Corsini, Campo Grande – MS, 2004-2010 (N=370).

Variáveis	Nº.	%
Sexo		
Feminino	183	49,5
Masculino	187	50,5
Faixa etária		
20 a 29 anos	48	12,9
30 a 39 anos	55	14,9
40 a 49 anos	109	29,5
50 a 59 anos	117	31,6
60 a 69 anos	29	7,8
70 a 79 anos	12	3,2
Escolaridade		
Sem informação	1	0,3
Sem escolaridade	22	6,0
Alfabetizado	124	33,5
Ensino fundamental incompleto	57	15,4
Ensino fundamental completo	45	12,2
Ensino médio incompleto	59	15,9
Ensino médio completo	48	13,0
Ensino superior incompleto	12	3,2
Ensino superior completo	2	0,5

Com relação ao início do tabagismo (Tabela 2), verificou-se que 25,9% dos participantes iniciaram o hábito entre sete e 12 anos e que 65,4%, entre 13 e 20 anos. A faixa etária de 15 a 16 anos destacou-se com o total de 25,1%. As faixas etárias de crianças e

adolescentes analisadas em conjunto (5 a 20) resultaram em um percentual de 92%. A informação de conviver com fumantes em casa foram positivas em 34%.

Medida pela escala de FAGERSTROM, a dependência da nicotina alcançou os escores Muito Elevada, 21,9%; Elevada, 33%; e Média, 19,5%, conforme mostrado na Tabela 2.

Tabela 2 - Número e porcentagem de tabagistas segundo variáveis relativas ao início do tabagismo, convivência com fumantes em casa e dependência da nicotina - Fagerstrom, Programa Nacional de Controle do Tabagismo no Hospital-Dia Profª Esterina Corsini, Campo Grande – MS, 2004-2010 (N=370).

Variáveis	Nº.	%
Faixa etária do início do tabagismo		
Sem informação	2	0,5
5 e 6 anos	3	0,8
7 e 8 anos	15	4,1
9 e 10 anos	25	6,7
11 e 12 anos	56	15,1
13 e 14 anos	62	16,8
15 e 16 anos	93	25,1
17 e 18 anos	59	15,9
19 e 20 anos	28	7,6
21 e 22 anos	10	2,7
23 e 24 anos	3	0,8
25 e 26 anos	5	1,4
27 a 34 anos	4	1,1
35 a 39 anos	4	1,1
40 a 59 anos	-	-
60 anos	1	0,3
Fumantes em casa		
Sem informação	1	0,3
Não	243	65,7
Sim	126	34,0
Dependência da nicotina (FAGERSTROM)		
Sem informação	1	3,0
Muito Elevada	81	21,9
Elevada	124	33,5
Média	73	19,7
Baixa	59	16,0
Muito baixa	32	8,6
Cage		
Positivo	27	7,3
Negativo	170	45,9
Sem critérios	173	46,8

No tocante às razões que levaram ao tabagismo, 88,9% dos entrevistados alegaram que ele acalma, seguido por 70,8% que declararam que o hábito traz prazer. A respeito dos momentos em que mais se fuma, 86,5% se inserem nas situações de ansiedade e após refeições, seguido por 79,7% que informaram fumar mais quando estão tristes (Tabela 3).

Tabela 3 - Número e porcentagem de tabagistas segundo as razões que levaram ao tabagismo, situações cotidianas que aumentam a procura por cigarro, Programa Nacional de Controle do Tabagismo no Hospital-Dia Prof^a Esterina Corsini, Campo Grande – MS, 2004-2010 (N=370).

Variáveis	Nº.	%
Razões que levaram ao tabagismo ⁽¹⁾		
Porque acalma	329	88,9
Pelo prazer	262	70,8
Pelo sabor	202	54,6
Para ter alguma coisa nas mãos	105	28,4
Porque emagrece	51	13,8
Para usufruir os finais de semana	20	5,4
Pela convivência familiar	1	0,3
Situações cotidianas que aumentam a procura pelo cigarro ⁽¹⁾		
Ansiedade	320	86,5
Acompanhando o pós- refeição	320	86,5
Tristeza	295	79,7
Alegria	219	59,2
Trabalho	204	55,1
Acompanhando o café	203	54,9
Acompanhando bebidas alcoólicas	195	52,7
Falando ao telefone	106	28,6
Stress	1	0,3

⁽¹⁾ Cada tabagista poderia indicar uma ou mais respostas.

Quanto às tentativas anteriores de parar de fumar, 31,6% relataram três vezes; 23,8%, duas e 35,4% nunca tinham tentado. Nessas tentativas 19,5% ficaram abstinentes por um dia e 46% não conseguiram ficar nem um dia.

Quando indagados sobre a participação em grupo de apoio na tentativa de cessar o hábito de fumar, 7% participaram em grupos semelhantes e 31,6% relataram ter feito uso de medicação. Nos motivos para deixar de fumar, 77,8% dos investigados alegaram

preocupação com a saúde. O percentual de tabagistas que conseguiram parar de fumar foi de 17,8% (Tabela 4).

Tabela 4 - Número e porcentagem de tabagistas segundo a cessação do tabagismo, Programa Nacional de Controle do Tabagismo no Hospital-Dia Prof^a Esterina Corsini, Campo Grande – MS, 2004-2010 (N=370).

Variáveis	Nº.	%
Tentou parar de fumar		
Sim, 1 vez	22	6,0
Sim, 2 vezes	12	3,2
Sim, 3 vezes	117	31,6
Sim, 4 vezes	88	23,8
Não	131	35,4
Parou de fumar pelo menos por 1 dia		
Sim, 1 vez	72	19,5
Sim, 2 vezes	32	8,6
Sim, 3 vezes	31	8,4
Sim, 4 vezes	63	17,0
Não	172	46,5
Participação em grupo de apoio		
Sim	26	7,0
Não	344	93,0
Utilização de recurso para parar de fumar		
Sem informação	1	0,3
Sim	117	31,6
Não	252	68,1
Motivo para deixar de fumar ⁽¹⁾		
Porque está afetando a saúde	288	77,8
Por temer algum problema futuro de saúde	286	77,3
Pelo bem estar da família	117	31,6
A pedido dos filhos	113	30,5
Por ser antissocial	105	28,4
Por pressão de outras pessoas	96	25,9
Porque não gosta de ser dependente	91	24,6
Por ser mau exemplo para as crianças	86	23,2
Porque gasta muito dinheiro com o vício	60	16,2
Por restrições de fumar em ambientes	42	11,4
Por causar halitose	1	0,3
Parou de fumar		
Sim	66	17,8
Não	304	82,2

⁽¹⁾ Cada tabagista poderia indicar uma ou mais respostas.

Os problemas mais frequentes de saúde em geral citados pelos tabagistas foram: distúrbios gástricos (52%), depressão (28,9%), hipertensão arterial (21,4%) e outros

inclusive Diabetes com 8,4%. Dos problemas pulmonares apresentados, a Paracoccidiodomicose teve um percentual de 18,6% e Pneumonia, 13,6% (Tabela 5).

Tabela 5 - Número e porcentagem de tabagistas segundo as condições de saúde, Programa Nacional de Controle do Tabagismo no Hospital-Dia Profª Esterina Corsini, Campo Grande – MS, 2004-2010 (N=370).

Variáveis	n	Nº.	%
Problemas de saúde ⁽¹⁾	370		
Problemas gástricos		193	52,2
Depressão		107	28,9
Hipertensão arterial		79	21,4
Alergia respiratória		71	19,2
Lesões de boca		70	18,9
Problemas pulmonares		59	15,9
Alergia cutânea		51	13,8
Problema cardíaco		45	12,2
Diabetes		31	8,4
Tumor maligno		22	5,9
Crise convulsiva		11	3,0
Bulimia		7	1,9
Depressão aguda		7	1,9

⁽¹⁾ Cada tabagista poderia indicar uma ou mais respostas.

Após seis anos de implantação do Programa de Nacional de Cessação do Tabagismo, dos 370 participantes, 66 conseguiram se manter em abstinência do cigarro, sendo 19,7% mulheres e 16,0% homens, com destaque para a faixa etária de $\geq 40 < 60$ anos (Tabela 6). Na escolaridade, 33,9% dos participantes que abandonaram o hábito tinham Ensino Médio e Superior. Nenhuma das variáveis apresentou associação significativa (Tabela 6).

Tabela 6 - Número e porcentagem de tabagistas, por cessação do tabagismo e variáveis de identificação, Programa Nacional de Controle do Tabagismo no Hospital-Dia Prof^a Esterina Corsini, Campo Grande – MS, 2004-2010 (N=370).

Variáveis	Cessação do tabagismo				RP ⁽¹⁾ (IC 95%)	p
	Sim (n=66)		Não (n=304)			
	N ^o .	%	N ^o .	%		
Sexo						⁽²⁾ 0,362
Feminino	36	19,7	147	80,3	1	
Masculino	30	16,0	157	84,0	1,23 (0,79 – 1,90)	
Idade						⁽³⁾ 0,348
Sem informação	2	6,5	29	93,5	-	
≥ 60 anos	9	22,0	32	78,0	1	
≥ 40 < 60 anos	44	19,5	182	80,5	1,13 (0,60 – 2,13)	
< 40 anos	11	15,3	61	84,7	1,44 (0,65 – 3,18)	
Escolaridade						⁽³⁾ 0,996
Sem informação	-	-	1	100,0	-	
Analfabetismo / alfabetizado	27	18,5	119	81,5	1	
Fundamental	16	15,7	86	84,3	1,18 (0,67 – 2,07)	
Médio	21	19,6	86	80,4	0,94 (0,56 – 1,57)	
Superior	2	14,3	12	85,7	1,29 (0,34 – 4,88)	

Nota: se $p \leq 0,05$ diferença estatisticamente significativa. Quando presente, a categoria “sem informação” foi suprimida do cálculo do teste.

⁽¹⁾ RP = Razão de Prevalência

⁽²⁾ Teste Qui-quadrado

⁽³⁾ Teste Qui-Quadrado de tendência.

Em relação à cessação do tabagismo e condições de saúde (Tabela 7), a diabetes e hipertensão arterial mostraram uma relação significativa sendo: Diabetes $p \leq 0,026$.

Tabela 7 – Número e porcentagem de tabagistas segundo a cessação do tabagismo e condições de saúde, Programa Nacional de Controle do Tabagismo no Hospital-Dia Prof^a Esterina Corsini, Campo Grande – MS, 2004-2010 (N=370).

Variáveis	Cessação do tabagismo				RP ⁽¹⁾ (IC 95%)	p
	Sim (n=66)		Não (n=304)			
	N ^o .	%	N ^o .	%		
Alergia cutânea						⁽²⁾ 0,969
Sim	9	17,6	42	82,4	1	
Não	57	17,9	262	82,1	0,99 (0,52 – 1,87)	
Alergia respiratória						⁽²⁾ 0,819
Sim	12	16,9	59	83,1	1	
Não	54	18,1	245	81,9	0,94 (0,53 – 1,65)	
Bulimia						⁽³⁾ 0,613
Sim	2	28,6	5	71,4	1	
Não	64	17,6	299	82,4	1,62 (0,49 – 5,34)	
Problema cardíaco						⁽²⁾ 0,686
Sim	9	20,0	36	80,0	1	
Não	57	17,5	268	82,5	1,14 (0,61 – 2,14)	
Crise Convulsiva						⁽³⁾ 0,114
Sem informação	-	-	1	100,0	-	
Sim	4	36,4	7	63,6	1	
Não	62	17,3	296	82,7	2,10 (0,93 – 4,74)	
Depressão						⁽²⁾ 0,886
Sim	21	18,3	94	81,7	1	
Não	45	17,6	210	82,4	1,03 (0,65 – 1,65)	
Diabetes						⁽²⁾ 0,026
Sim	1	3,2	30	96,8	1	
Não	65	19,2	274	80,8	0,17 (0,02 – 1,17)	
Problema gástrico						⁽²⁾ 0,331
Sim	38	19,7	155	80,3	1	
Não	28	15,8	149	84,2	1,24 (0,80 – 1,94)	
Hipertensão arterial						⁽²⁾ 0,092
Sim	9	11,4	70	88,6	1	
Não	57	19,6	234	80,4	0,58 (0,30 – 1,12)	
Lesões de boca						⁽²⁾ 0,600
Sim	14	20,0	56	80,0	1	
Não	52	17,3	248	82,7	1,15 (0,68 – 1,96)	
Problema pulmonar						⁽²⁾ 0,832
Sim	11	16,9	54	83,1	1	
Não	55	18,0	250	82,0	0,94 (0,52 – 1,69)	
Tumor maligno						⁽³⁾ 0,146
Sim	1	4,5	21	95,5	1	
Não	65	18,7	283	81,3	0,24 (0,04 – 1,67)	

Nota: se $p \leq 0,05$, diferença estatisticamente significativa. Quando presente, a categoria “sem informação” foi suprimida do cálculo do teste.

⁽¹⁾ RP = Razão de Prevalência

⁽²⁾ Teste Qui-quadrado

⁽³⁾ Teste Exato de Fisher.

No tocante à cessação do tabagismo (Tabela 8), verificou-se associação significativa ($p=0,003$) entre dependência nicotínica — teste de FAGERSTRÖM e o número de tabagistas que não pararam de fumar.

Tabela 8 – Número e porcentagem de tabagistas segundo a cessação do tabagismo e variáveis de estudo, Programa Nacional de Controle do Tabagismo no Hospital-Dia Prof^a Esterina Corsini, Campo Grande – MS, 2004-2010 (N=370).

Variáveis	Cessação do tabagismo				RP ⁽¹⁾ (IC 95%)	p
	Sim (n=66)		Não (n=304)			
	N ^o .	%	N ^o .	%		
CAGE						⁽²⁾ 0,894
Negativo	30	17,6	140	82,4	1	
Positivo	4	14,8	23	85,2	1,19 (0,46 – 3,11)	
Sem critério	32	18,5	141	81,5	0,95 (0,61 – 1,50)	
Dependência nicotínica						⁽³⁾ 0,003
Sem informação	1	100,0	-	-	-	
Muito baixa	9	28,1	23	71,9	1	
Baixa	15	25,4	44	74,6	1,11 (0,55 – 2,24)	
Média	16	21,9	57	78,1	1,28 (0,64 – 2,59)	
Elevada	15	12,1	109	87,9	2,33 (1,12 – 4,82)	
Muito elevada	10	12,3	71	87,7	2,28 (1,02 – 5,08)	
Fumantes em casa						⁽²⁾ 0,467
Sem informação	-	-	1	100,0	-	
Não	46	18,9	197	81,1	1	
Sim	20	15,9	106	84,1	1,19 (0,74 – 1,93)	
Participação em grupo de apoio						⁽⁴⁾ 0,433
Sim	6	23,1	20	76,9	1	
Não	60	17,4	284	82,6	1,32 (0,63 – 2,77)	
Utilização de recurso para parar de fumar						⁽²⁾ 0,084
Sem informação	-	-	1	100,0	-	
Sim	15	12,8	102	87,2	1	
Não	51	20,2	201	79,8	0,63 (0,37 – 1,08)	

Nota: se $p \leq 0,05$, diferença estatisticamente significativa. Quando presente, a categoria “sem informação” foi suprimida do cálculo do teste.

⁽¹⁾ RP = Razão de Prevalência

⁽²⁾ Teste Qui-quadrado

⁽³⁾ Teste Qui-Quadrado de tendência.

⁽⁴⁾ Teste Exato de Fisher.

A dependência nicotínica apresentou associação com a cessação do tabagismo na análise multivariada (Tabela 9).

Tabela 9-Análise multivariada para a cessação do tabagismo de acordo com as variáveis incluídas no modelo, Programa Nacional de Controle do Tabagismo no Hospital-Dia Profª Esterina Corsini, Campo Grande – MS, 2004-2010 (N=370).

Variáveis	<i>p</i>	Razão de prevalência (RP)	IC 95% (RP)
Dependência nicotínica	0,037	1,22	1,01 - 1,48
Índice de Massa Corporal	0,108	0,79	0,60 - 1,05
Recurso para parar de fumar	0,128	0,64	0,36 - 1,14
Diabetes	0,148	0,23	0,03 - 1,69
Crise Convulsiva	0,200	1,99	0,69 - 5,68
Tumor Maligno	0,201	0,27	0,04 - 1,99
Hipertensão Arterial	0,437	0,75	0,37 - 1,54

Nota: Regressão de Cox – se $p \leq 0,05$, diferença estatisticamente significativa.

5 DISCUSSÃO

Este estudo demonstrou associação significativa entre o Teste de Fagerström e a dependência de nicotina, indicando que quanto maior for o grau de dependência da nicotina, menor o número de tabagistas que pararam de fumar. Corroborou as pesquisas realizadas nos municípios de Botucatu (SP), Rio de Janeiro (RJ) e Cambé (PR), com escores Elevado/Muito Elevado nos participantes, com um percentual de 59% (CARAM et al., 2009), 65,5% (SILVA et al., 2009), 65,1% (MEIER;VANNUCHI; SECCO, 2011), 45,4% (BARRETO et al., 2012) e 63% (KAREN et al., 2012), demonstrando que a dependência da nicotina dificulta a cessação do tabagismo.

Ao caracterizar a população que procurou o programa de cessação neste estudo, observou-se equilíbrio entre os sexos, faixa etária predominante entre 40 e 59 anos e, em 70%, grau de escolaridade entre alfabetizado e ensino médio incompleto. Entre os pesquisados, 49,5% era do sexo feminino.

Nos resultados de uma pesquisa mundial feita pelo *Global Youth Tobacco Survey* (GYTS), iniciativa da OMS desde 1998, demonstrou-se uma feminilização cada vez maior do tabagismo sendo que, em alguns países, a prevalência entre as mulheres jovens é igual ou maior que a dos homens (OPAS, 2013).

De acordo com De la Rosa e Otero (2004), a taxa de prevalência do tabagismo entre mulheres, em especial as jovens, vem crescendo em todos os países, e elas têm iniciado o hábito com mais precocidade que os rapazes. A WHO em pesquisa feita em 2007 demonstrou que, embora o hábito de fumar ainda seja muito mais frequente entre os homens, a taxa de tabagistas masculinos se estabilizou e teve até um leve declínio a partir de 2005, enquanto que, no sexo feminino, a taxa aumentou, particularmente entre as mulheres jovens (WHO, 2007).

Em outros estudos foi mencionado que, apesar do consumo ser maior entre os homens, as mulheres procuram, com maior frequência, ajuda para deixar o hábito (AZEVEDO et al., 2008; SANTOS et al., 2008; AZEVEDO et al., 2009; CARAM et al., 2009; KUHNEN et al., 2009; SILVA et al., 2009).

Várias pesquisas realizadas no Brasil demonstram que a maioria das pessoas que procuram o Programa Nacional de Cessação do Tabagismo são do sexo feminino, a saber, em Belo Horizonte, 55,7% (ISMAEL, 2007); no Rio de Janeiro, 74,7% (SILVA et al., 2009); em Campinas, 73,1% (AZEVEDO et al., 2009); e em Cambé (PR), 62% (MEIER; VANNUCHI; SECCO, 2011). Também em estudo desenvolvido em Montevidéu, 55,9% da amostra era composta por mulheres (LLAMBÍ et al., 2008).

Segundo diversos pesquisadores, o maior predomínio de mulheres nos programas pode estar relacionado com o fato das mulheres comparecerem mais aos serviços de saúde por cuidar da saúde de familiares, da sua própria saúde, por admitirem a dificuldade de cessar o hábito sem ajuda e por terem maior disponibilidade de horários para comparecer aos programas (SILVA et al., 2009; MEIER; VANNUCHI; SECCO, 2011; KAREN et al., 2012).

A média de idade entre os participantes desta pesquisa foi de $47,47 \pm 11,52$ anos e o motivo relatado para a procura do Programa foi a preocupação com a saúde ou temendo algum problema de saúde no futuro. Semelhante faixa etária foi verificada em outros estudos: 45 ± 12 anos (SANTOS et al., 2008); $48 \pm 10,91$ anos (RUSSO, 2010); 50 ± 12 anos (KAREN et al., 2012). Observa-se que, embora exista uma pequena variação nas médias das idades, os tabagistas que buscaram o tratamento foram motivados pela preocupação com a saúde (CHKHAIDZE, et al., 2013), pelo risco de adoecimento como resultado desse hábito e pela manifestação dos efeitos do tabagismo ao longo dos anos (SANTOS et al., 2008; RUSSO; AZEVEDO, 2010; KAREN et al., 2012).

Quanto à escolaridade, 44,8% da amostra referiu ter cursado, no mínimo, nove anos, e 54,9%, até oito anos. Esses resultados são compatíveis com pesquisas que encontraram baixa escolaridade realizadas em Botucatu (GODOY et al., 2007; CARAM et al., 2009). Apoiam esses resultados pesquisas realizadas nas capitais brasileiras e no Distrito Federal pela Vigilância de Fatores de Risco e Proteção para Doenças Crônicas por Inquérito Telefônico (VIGITEL), no ano de 2006, que revelou haver relação significativa entre prevalência de tabagismo e baixa escolaridade (até oito anos de estudo) tanto em homens quanto em mulheres (AZEVEDO; SILVA et al., 2009).

Em outro estudo realizado com 92 inscritos no Programa de Controle do Tabagismo, em Cambé – PR, poucos anos de escolaridade foram referidos por 64,2% dos participantes (MEIER; SECCO; VANNUCHI, 2012). Resultado semelhante foi encontrado por Rossaneis e

Machado (2012) em Londrina, em que 59,3% dos participantes tinha apenas o ensino fundamental. Um estudo transversal realizado por Bortoluzzi et al. (2011) no município de Jaçoba-SC encontrou uma associação significativa entre tabagismo e escolaridade até oito anos.

Segundo Azevedo e Silva et al. (2009), em países que possuem diferentes níveis de desenvolvimento, tem sido frequentemente encontrada uma associação entre escolaridade e baixo nível socioeconômico com a prevalência do tabagismo, bem como o aumento do hábito, entre as mulheres.

Resultados diferentes foram relatados por outros dois estudos no Brasil. Santos et al. (2008), em pesquisa prospectiva no Núcleo de Apoio à Prevenção e Cessação do Tabagismo (PrevFumo) na Universidade Federal de São Paulo, encontrou 63% dos indivíduos com ensino médio completo. Silva et al. (2009), em estudo desenvolvido no Programa de Estudos e Tratamento do Tabagismo (PROJETA) na Universidade Federal Fluminense, obteve a maioria dos participantes 72% com ensino médio completo.

Com relação à cessação do tabagismo e grau de escolaridade, observou-se neste estudo que não houve associação significativa. Em pesquisas realizadas pelo VIGITEL nas capitais brasileiras e Distrito Federal em 2006, 2007, 2008 e 2009, com indivíduos com 18 anos e mais, constatou-se que a quantidade de anos de escolaridade influenciou no abandono do tabagismo (AZEVEDO e SILVA; VALENTE; MALTA, 2011). Uma coorte prospectiva, realizada em quatro países industrializados (Estados Unidos, Canadá, Reino Unido e Austrália), demonstrou haver associação entre escolaridade e parada abrupta do hábito de fumar tabaco (SIAHPUSH et al., 2010).

Ao analisar a história tabagística dos participantes deste estudo, observou-se que 57% referiu início do tabagismo entre 11 e 16 anos, destacando-se a faixa de 15 e 16 anos. Apóia esses resultados pesquisa realizada no Chile, que mostrou o início do tabagismo entre 12 e 13 anos em 45% dos fumantes em idade escolar, com um aumento progressivo do consumo diário de cigarros à medida que avançam no ensino médio (AMARALES, 2010). No Brasil, Azevedo et al., 2009, detectaram o início do tabagismo antes de 15 anos de idade em 65,2% dos entrevistados. Em uma escola de Salvador, com 102 estudantes tabagistas, observou-se que todos os 11 fumantes iniciaram o hábito entre 13 e 14 anos (ALMEIDA; MUSSI, 2006). Diferem os resultados de Russo et al., (2010) que em pesquisa desenvolvida

no Ambulatório de Substâncias Psicoativas (ASPA) da Universidade Estadual de Campinas (UNICAMP), encontrou o início do tabagismo entre dezoito e dezenove anos em 94,3% dos participantes, e Kuhnen et al. (2009) que, investigando 2051 tabagistas no município de Lajes (SC), verificou que 80% iniciaram o hábito antes dos 19 anos.

De acordo com estimativa feita por Prabhat e Chaloupka (2000) utilizando dados do Banco Mundial e da OMS, cerca de 15 mil crianças e jovens adquirem o hábito de fumar, diariamente, nos países ricos. Afirmam que esse número chega a 84 mil nos países de baixa renda.

A pesquisa feita pelo *Global Youth Tobacco Survey* (GYTS) mostrou que a prevalência do uso do tabaco na faixa etária de 13 a 15 anos foi de 35,1% no Chile e 2,8% no Canadá (OPAS, 2013). Carvalho (2000) afirma que o risco de se tornar um fumante pesado na vida adulta é maior entre os que iniciaram o hábito precocemente.

A precocidade no início do tabagismo pode estar relacionada com a curiosidade (FRAGA; RAMOS; BARROS, 2006). Outros fatores foram mencionados: o fato de fumar tabaco ser considerado normal no contexto social e familiar, falta de atividades de lazer, incentivo favorecido pelo trabalho infantil, dificuldades vivenciadas pela criança, escassez de informações (CALSAVARA; FONTANELLA, 2007). A facilidade de acesso aos cigarros e a ideia de que fumar é sinal de maturidade e liberdade são outros pontos assinalados (FONSECA; SIMÕES, 2010). Ainda segundo Fonseca e Simões (2010), os especialistas de *marketing* da indústria de tabaco têm explorado habilmente o conceito de que o hábito de fumar tabaco pode deixar a pessoa com ar mais sedutor, adulto e descontraído. Dessa maneira, as crianças e adolescentes são vistas como alvo fácil e de grande potencial de consumo.

Essa faixa de idade, segundo Kuhnen et al. (2009), é facilmente influenciada pela propaganda da indústria tabageira que investe milhões de reais para alcançar esse filão do mercado.

Segundo o Instituto Nacional do Câncer (INCA), durante uma ação judicial movida por estados norte-americanos contra a indústria de cigarro, vieram à tona arquivos secretos que faziam parte de documentos internos de grandes empresas tabageiras. Nesses documentos as crianças e os jovens são chamados de "reservas de reabastecimento" e vistos como alvos estratégicos, pois precisam se tornar dependentes do cigarro ainda cedo a fim de substituírem

os que abandonaram o vício ou que morreram. O INCA divulgou em seu site, sobre tabagismo, alguns recortes de memorandos internos da indústria do tabaco, entre eles alguns tratam do marketing para crianças e adolescentes, como o que circulou na R.J. Reynolds Tobacco, em 23 de janeiro de 1975 onde o executivo J. W. Hind, escreveu: "Eles representam o negócio de cigarros amanhã. À medida que o grupo etário de 14 a 24 anos amadurece, ele se tornará a parte chave do volume total de cigarros, no mínimo pelos próximos 25 anos." (BRASIL, 2007).

No sexo feminino a prevalência do tabagismo tem crescido, alcançando em 2010 a casa de 250 milhões de fumantes em todo o mundo, mostrando que o investimento da indústria tabageira vem sendo atingido (WHO, 2010).

Para alcançar esse público as indústrias de cigarro usam uma estratégia totalmente direcionada, fundamentada por pesquisas que avaliam o comportamento e as reações das mulheres aos estímulos apresentados. Como exemplos temos as cores dos maços de cigarro, que tentam alcançar o imaginário feminino com o significado delas, como o azul, simbolizando a tranquilidade, rosa, a feminilidade e o vermelho, o poder. Além dessas, outras estratégias são utilizadas: a criação de piteiras e de cigarros com sabor, e a associação do hábito de fumar à ideia de autonomia, vigor, requinte, contemporaneidade (LOMBARDI et al., 2011).

Observou-se neste estudo diversas comorbidades referidas pelos tabagistas, sendo as mais frequentes: problemas gástricos com 52,2%; problemas respiratórios (alergia, paracoccidiodomicose, pneumonia, dispneia, tosse, bronquite, doença pulmonar obstrutiva crônica, enfisema, tuberculose, asma, broncopneumonia, eczema, edema e manchas pulmonares) respondendo por 35,1%; depressão (leve, moderada e grave) com 30,8%; e hipertensão arterial correspondente a 21,4%. Acredita-se que o relato de diferentes patologias, associadas ou não ao tabagismo, foi favorecido pelo fato do programa funcionar dentro de um ambiente hospitalar.

Resultados semelhantes foram encontrados em uma pesquisa desenvolvida por Castro; Matsuo e Nunes, (2010) com 167 tabagistas que buscaram tratamento no Centro de Referência de Abordagem e Tratamento do Tabagismo (CRATT) na Universidade Estadual de Londrina, em que 56,9% tinham úlcera gástrica; 49,2%, depressão entre leve, moderada e grave; 22,8%, hipertensão; e 31,1%, doenças respiratórias. Em outro estudo desenvolvido

com 186 fumantes em Ribeirão Preto (SP) por Karen et al. (2012), 47% tinham hipertensão arterial, 25%, dislipidemia e 22%, diabetes melitos. Caram et al. (2009), em um programa para cessação tabágica com 387 pesquisados, encontrou 33% dos participantes com hipertensão arterial e 20% com doenças respiratórias.

O risco de morrer por doenças associadas ao tabaco está diretamente relacionado com a quantidade de cigarros fumados e inversamente relacionado com a idade do início do tabagismo (CARVALHO, 2000)

Estima-se que, no mundo, cerca de cinco milhões de pessoas morrem anualmente devido causas associadas ao tabagismo e que a cifra deverá continuar alta, especialmente em países de médio e baixo nível socioeconômico (WHO, 2009).

As consequências do tabagismo para a saúde humana têm sido amplamente demonstradas há muitos anos. Doll e Hill (1964) foram os primeiros a realizar um estudo prospectivo, por 10 anos (a partir de 1951), que confirmou a associação entre tabagismo e câncer. Doll continuou a sua pesquisa por mais três décadas. O estudo, com duração de 50 anos, foi desenvolvido no Reino Unido com 34.439 médicos britânicos, cujas mortes foram investigadas (DOLL et al., 2004).

Ainda segundo esses autores, o câncer de pulmão e a doença pulmonar obstrutiva crônica estão diretamente relacionados com o tempo de exposição ao tabaco e com o número de cigarros fumados por dia. A alta mortalidade associada ao tabagismo observada no estudo deve-se, principalmente, às neoplasias, DPOC e doenças vasculares. Observou-se também que os homens que fumavam cigarro morreram cerca de 10 anos mais jovens que os não fumantes. Aqueles que pararam de fumar aos 60 anos, 50, 40, ou 30 anos ganharam, respectivamente, cerca de 3, 6, 9 e 10 anos de expectativa de vida.

É importante lembrar que quanto mais cedo o início do tabagismo maior o perigo de patologias e morte (KUHNNEN et al., 2009).

6 CONCLUSÃO

Deixar o hábito de fumar tabaco não é uma empreitada fácil, haja visto que, de cada 10 tabagistas com esse propósito, somente três conseguem sem ajuda.

Neste estudo, cujo objetivo foi verificar a dependência da nicotina na cessação do hábito de fumar nos participantes do Programa Nacional de Controle do Tabagismo do Hospital Dia Esterina Corsini, ficou demonstrado que quanto maior for o grau de dependência da nicotina, menor o número de tabagistas que pararam de fumar.

Os fatores limitantes desse estudo foram: período selecionado para avaliação muito longo, impedindo contatar com todos os participantes por mudança de domicílio e telefone sem atualização no banco de dados do programa; a equipe perdeu profissionais, por aposentadoria e remanejamento para outros setores no decorrer dos anos, permanecendo somente a psicóloga e a nutricionista.

A aplicação social desse estudo reside no fato de se tratar de um espaço privilegiado para acolhimento dos tabagistas que procuraram ajuda, tendo em vista que a dependência da nicotina é difícil de ser abandonada. Além disso, cabe aos profissionais de saúde atentar quanto a importância de atuar junto a escolares e adolescentes, na prevenção do tabagismo, que seria a grande contribuição para auxiliar o governo brasileiro a combater essa epidemia.

Sugere-se a continuidade do Programa com alterações na constituição dos grupos, separando-os por dependência da nicotina, para trabalhar melhor a motivação da pessoa na sua intenção de cessar o hábito de fumar tabaco.

Desse trabalho derivou um artigo intitulado: Prevalência do tabagismo e terapêutica da dependência da nicotina: uma revisão integrativa (APÊNDICE B).

7 REFERÊNCIAS

ALIANÇA PARA O CONTROLE DO TABAGISMO - ACT. **A História do Tabaco**. (home page na internet). Disponível em: <<http://www.actbr.org.br/tabagismo/historico>>. Acesso em 20 març. 2013.

ALMEIDA, A.F.; MUSSI, F.C. Tabagismo: Conhecimentos, Atitudes, Hábitos e Grau de Dependência de Jovens Fumantes em Salvador. **Rev Esc Enferm USP**. v.40, n.4, pp. 456-63, 2006.

AMARALES, L. El tabaquismo, una patología pediátrica. **Rev Neumologia Pediatrica**. Chile, v.22, p.28,2010. Disponível em:<<http://www.neumologia.pediatrica.cl>> Acesso em 01 fev.2014.

ARAÚJO, J. de A. **Tabaco: dos rituais tribais à globalização do consumo**. In Manual de condutas e práticas em tabagismo/Sociedade Brasileira de Pneumologia e Tisiologia. São Paulo, AC Farmacêutica, pp. 88, 2012.

AYRES M., et al.. **BioEstat. Aplicações estatísticas das Ciências Bio-médicas**. Versão 5.0. Belém (PA): Sociedade Mamirauá; 2007.

AZEVEDO e SILVA, G. et al. Tabagismo e escolaridade no Brasil, 2006. **Rev Saúde Pública**, v.43, Supl. 2, pp.48-56, 2009. Disponível em: <<http://www.scielosp.org/pdf/rsp/v43s2/ao787.pdf>> Acesso 25 mar. 2014.

_____. Tendências do tabagismo na população adulta das capitais brasileiras: uma análise dos dados de inquéritos telefônicos de 2006 a 2009. **Rev.bras.epidemiol**. v.14, supl.1, pp. 103-14. São Paulo, Set., 2011. Disponível em : <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1415-790X2011000500011> Acesso em 02, mar. 2014.

AZEVEDO, R.C.S. *et al*. Grupo terapêutico para tabagistas: resultados após seguimento de dois anos. **Rev Assoc Med Bras**, v.55, n.5, pp.593-6, 2009. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/ramb/v55n5/25.pdf>> Acesso em 13 fev. 2013.

BACHMAN, J. et al. **The education-drug use connection: How successes and failures in school relate to adolescent smoking, drinking, drug use, and delinquency**. New York.: Lawrence Erlbaum Associates/Taylor & Francis. 2008.

BALBANI, A.P.S.; MONTOVANI, J.C. Métodos para abandono do tabagismo e tratamento da dependência da nicotina. **Rev. Bras. Otorrinolaringol.** [online]. v.71, n.6, pp. 820-827. 2005. ISSN 0034-7299. Disponível em:
<<http://www.scielo.br/pdf/rboto/v71n6/a21v71n6.pdf>>. Acesso em 13 mar. 2013.

BARRETO, R.B. et al. Tabagismo entre pacientes internados em um hospital universitário no sul do Brasil: prevalência, grau de dependência e estágio motivacional. **J Bras Pneumol**, v.38, n.1, pp.72-80, 2012.

BORTOLUZZI, M.C. 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, pp.1953-1959, 2011. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/csc/v16n3/29.pdf>> Acesso em 20 fev. 2014.

BRASIL. Ministério da Saúde. Instituto Nacional de Câncer – INCA. **Atualidades em tabagismo e outros fatores de risco de câncer**. Ano 10, jan/mar., 2001. Disponível em:
<http://www1.inca.gov.br/atualidades/ano10_1/10167.html> Acesso em 02 dez. 2013.

_____. _____. _____. Coordenação de Prevenção e Vigilância (CONPREV). **Abordagem e Tratamento do Fumante** – Concenso 2001. R.J.,38p., INCA, 2001.

_____. _____. Secretaria de Atenção à Saúde. Instituto Nacional de Câncer - INCA. **A ratificação da Convenção-Quadro para o Controle do Tabaco pelo Brasil: mitos e verdades**. Rio de Janeiro: INCA, 2004. 34p.

_____. _____. _____. _____. **Jovens e mulheres na mira da indústria do tabaco**. Pagina na internet. Disponível em :

<<http://www.inca.gov.br/tabagismo/frameset.asp?item=jovem&link=namira.htm>> Acesso em 02 dez 2013.

_____. _____. _____. _____. **Saiba mais sobre os arquivos secretos da indústria do tabaco**. Link: mais arquivos secretos. Disponível em:

<<http://www1.inca.gov.br/tabagismo/frameset.asp?item=jovem&link=namira.htm>> Acesso em 02 dez 2013.

_____. _____. _____. _____. **Plano de Implantação da Abordagem do Tabagismo na Rede SUS**. Disponível em:

<http://www.inca.gov.br/tabagismo/publicacoes/plano_abordagem_sus.pdf> Acesso em 20, out. 2013.

_____. _____. _____. _____. **Tabagismo: um grave problema de saúde pública**. Rio de Janeiro: INCA. 2007. 24p. Disponível em:

<http://www1.inca.gov.br/inca/Arquivos/t_Tabagismo.pdf>. Acesso em 05 jul. 2013.

CALSAVARA, T.V.S. FONTANELLA, B.J.B. Uso de tabaco iniciado na infância: relatos de adultos em tratamento. **J Bras Psiquiatr**, v.56, n.4, pp. 252-259, 2007.

CARAM, L.M.O. et al. Perfil de fumantes atendidos em serviço público para tratamento do tabagismo. **J Bras Pneumol**, v.35, n.10, pp. 980-5, 2009.

CARDOSO, D.B. et al. Fatores relacionados ao tabagismo e ao seu abandono. **Revista de Medicina Brasil**, v.89, n.2, set. 2012. Disponível em:

<<http://www.revistas.usp.br/revistadc/article/view/46277/49931>>. Acesso em 28 mar. 2014.

CARVALHO, J. de T. **O tabagismo visto sob vários aspectos**. MEDSI Editora Médica e Científica Ltda. Rio de Janeiro/RJ, 2000.

CASTRO FONSECA, A. ; DA SIMÕES, M.C.T. Os malefícios do tabaco na infância e na adolescência. **Revista Portuguesa de Pedagogia**. v. 44, n.1, 2010. Disponível em:

<https://impactum.uc.pt/pt-pt/artigo/os_maleficios_do_tabaco_na_infancia_e_na_adolescencia> Acesso em 03 març. 2014.

CASTRO, M.R.P.; MTSUO, T.; NUNES, S.O.V. Características clínicas e qualidade de vida de fumantes em um centro de referência de abordagem e tratamento do tabagismo. **J Bras Pneumol** (online), v.36, n.1, pp.67-74, 2010.

CAVALCANT E, T.M. O controle do tabagismo no Brasil: avanços e desafios. **Rev. Psiq. Clín.** v.32, n.5, pp.283-300, 2005. Disponível em:
<<http://www.scielo.br/pdf/rpc/v32n5/27703.pdf>>. Acesso em 17 nov. 2013.

CHKHAIDZE, I. et al. Prevalência de tabagismo e fatores que o influenciam em estudantes de medicina e outros universitários em Tbilisi, Geórgia. **J Bras Pneumol** (online), v.39, n.5, pp. 579-584, 2013. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/jbpneu/v39n5/pt_1806-3713-jbpneu-39-05-00579.pdf>. Acesso em 29 mar. 2014.

CUNHA, G.H. et al, Nicotina e tabagismo. **Revista Eletrônica de Pesquisa Médica**, v.1, n.4, pp.1-10, 2007. Disponível em:
<<http://www.fisfar.ufc.br/pesmed/index.php/rep/article/viewFile/169/163>>. Acesso em 23 ago. 2013.

DE LA ROSA, L.,OTERO M. Tabaquismo em la mujer: consideraciones especiales. **Transtornos Adictivos**. v.6, n.20, pp.113-124, 2004. Disponível em:
<http://www.biblioteca.cij.gob.mx/Archivos/Materiales_de_consulta/Genero_y_consumo/Articulos/Tabaquismo_en_las_mujeres.pdf>. Acesso em 02 abr. 2014.

DESER – Departamento de Estudos Socioeconômicos Rurais. **Tabaco no Brasil: Consumo em Queda, Produção em Alta**. Dez 2013. 9p. Acesso em 03/11/2013. Disponível em:
< <http://www.deser.org.br/adm/ver.asp?id=75>>. Acesso em 10 dez. 2013.

DHHS – U.S. Department of Health and Human Services. **The health consequences of smoking: nicotine addiction**. A report of the Surgeon General. Public Health Service, Office on Smoking and Health. Rockville, 1988

_____. **The Health Consequences of Smoking - 50 Years of Progress: A Report of the Surgeon General**. Atlanta, GA: U.S. Department of Health and Human Services, Centers for Disease Control and Prevention, National Center for Chronic Disease Prevention and Health Promotion, Office on Smoking and Health, 2014.

_____. **The Health Consequences of Smoking: A Report of the Surgeon General**. U.S. Department of Health and Human Services, Centers for Disease Control and Prevention, National Center for Chronic Disease Prevention and Health Promotion, Office on Smoking and Health, 2004.

FRAGA, S. et al. Uso de tabaco por estudantes adolescentes portugueses e fatores associados. **Rev. Saúde Pública**, v.40, n.4, pp.620-626, 2006.

GODOY, I. et al. Programa de cessação de tabagismo como ferramenta para o diagnóstico precoce de doença pulmonar obstrutiva crônica. **J Bras Pneumol** (online), v.33, n.3, pp. 282-286, 2007. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/jbpneu/v33n3/07.pdf>>. Acesso em 01 mar. 2014.

GONÇALVES, H.S. **Antitabagismo no Brasil: da mobilização da comunidade médica à política de saúde pública (1950-1986)**. Dissertação (mestrado). Programa de Pós-graduação em História, da Faculdade de Filosofia e Ciências Humanas, da Universidade Federal de Minas Gerais. Belo Horizonte, 2009.

GOULART, F.A. de A. **Doenças crônicas não transmissíveis: estratégias de controle e desafios para os sistemas de saúde**. Brasília: PAHO. 2011. 96p. Disponível em: <http://apsredes.org/site2012/wp-content/uploads/2012/06/Condicoes-Cronicas_flavio1.pdf>. Acesso em 12 fev. 2014.

HAGSTRÄM, F.M.; CHATKIN, J.M. **Dependência da Nicotina**. In Tabagismo: do diagnóstico à Saúde Pública/ Coordenador editorial Carlos Alberto de Assis Viegas; realização Conselho Federal de Medicina, Sociedade Brasileira de Pneumologia e Tisiologia. São Paulo, Atheneu, 2007.

IGLESIAS, R. et al. **Controle do Tabagismo no Brasil**. Washington, DC: Banco Internacional para Reconstrução e Desenvolvimento/ Banco Mundial/ Health, Nutrition, and Population Family. 2007. Disponível em: <http://actbr.org.br/uploads/conteudo/202_controle-tabagismo-brasil-BM.pdf>. Acesso 29 ago. 2013.

INTERNATIONAL AGENCY FOR RESEARCH ON CANCER – IARC. **Evaluation of the carcinogenic risk of chemicals to humans. Tobacco smoking**. IARC Scientific Publications, n.38, 1991. Disponível em: <<http://monographs.iarc.fr/ENG/Monographs/vol1-42/mono38.pdf>>. Acesso em 2, fev. 2013.

ISMAEL, S.M.C. **Efetividade da terapia cognitivo-comportamental na terapêutica do tabagismo**. Faculdade de Medicina. 2007. Disponível em: <<http://www.teses.usp.br/teses/disponiveis/5/5160/tde-21062007-113413/>>. Acesso em 22 mar. 2013.

KANT I. A crítica do juízo. Tese: **Análise do sublime**. Os Pensadores. Abril Cultural. São Paulo, 1983.

KAREN, S.K. K. et al. Características clínicas de fumantes atendidos em um centro de referência na cessação do tabagismo. **Medicina Ribeirão Preto** (Online), v. 45, n.3, pp. 337-342, set. 2012. Disponível em: <<http://www.revistas.usp.br/rmrp/article/view/47674/51413>>. Acesso em 28 mar. 2014.

KUHNEN, M. et al. Tabagismo e fatores associados em adultos: um estudo de base populacional. **Rev Bras Epidemiol**, v.12, n.4, pp.615-26, 2009. Disponível em: <<http://www.scielo.org/pdf/rbepid/v12n4/11.pdf>> Acesso em 11 fev. 2013.

LLAMBÍ, M.L. et al. Factores predictores de éxito en el tratamiento del tabaquismo. **Rev.Med.Urug**, v.24, pp.83-93, 2008.

LOMBARDI, E.M.S. et al. O tabagismo e a mulher: Riscos, impactos e desafios. **J Bras Pneumol**, v.37, n.1, pp.118-128, 2011.< http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1806-37132011000100017&script=sci_arttext>. Acesso em 01 jan. 2014.

LONGENECKER GL. **Drogas: ações e reações**. São Paulo. Market Books, 2002. 121p.

MEIER, D.A.P.; SECCO, I.A.de O.; VANNUCHI, M.T.O. Análise de indicadores de programa de controle do tabagismo em município do norte do Paraná. **Cienc Cuid Saúde**, v.11, suplem, pp.129-37, 2012.

MEIER, D.A.P.; VANNUCHI, M.T.O.; SECCO, I.A.O. Abandono do tratamento do tabagismo em um programa do município do Paraná. **Revista Espaço para a Saúde**, Londrina, v.13, n.1, pp.35-44, 2011. Disponível em: <<http://www.uel.br/revistas/uel/index.php/espacoparasaude/article/view/10020/9349>>. Acesso em 25 out. 2013.

MENEZES, A.M.B. Epidemiologia do tabagismo. In: ARAUJO, Alberto José de *et al*. Diretrizes para Cessação do Tabagismo. **J. Bras. Pneumol**. [online]. 2004, v.30, suppl.2, pp. S3-S7. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/jbpneu/v30s2/a02v30s2.pdf>>. Acesso em 09 mar. 2013.

MIRRA AP, ROSEMBERG J. **A história da luta contra o tabagismo**. Associação Médica Brasileira. [198 - ?]. Disponível em:

<http://www.amb.org.br/teste/comissoes/anti_tabagismo/artigos/a_historia_da_luta_contra_o_tabagismo.html> Acesso em 23 jan.2014.

OMS - ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE. Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados à Saúde – Décima Revisão- (CID 10). Traduzido pela Faculdade de Saúde Pública de São Paulo - **Centro Colaborador da OMS para Classificação de Doenças em Português - 4a ed** – São Paulo: Editora da Universidade de São Paulo, 1997.

OPAS - ORGANIZACIÓN PANAMERICANA DE LA SALUD. **Informe sobre Control del Tabaco para la Región de las Américas**. Washington, DC, 2013.

PRABHAT, J.H.A, CHALOUPKA, F.J. **A epidemia do tabagismo: os governos e os aspectos econômicos do tabaco**. Washington, D.C. Banco Mundial, 2000. Disponível em:

<http://www-ds.worldbank.org/external/default/WDSContentServer/IW3P/IB/2007/05/11/000090341_20070511145725/Rendered/PDF/196380PORTUGUE11241106271101PUBLIC1.pdf>.Acesso em 12 dez. 2013.

ROMERO, L.C., COSTA e SILVA, V.L. 23 Anos de Controle do Tabaco no Brasil: a Atualidade do programa Nacional de Combate ao Fumo de 1988. **Revista Brasileira de Cancerologia**. v.57,n.3,pp.305-314, 2011. Disponível em:

<http://www.inca.gov.br/rbc/n_57/v03/pdf/03_artigo_23_Anos_controle_tabaco_brasil_atualidade_programa_nacional_combate_fumo_1988.pdf> Acesso em mar 2013.

RANG H.P., et al. **Farmacologia**. 6ª edição. Tradutores: Patrícia Lydie Voeux; Antônio José Magalhães da Silva Moreira. Rio de Janeiro: Elsevier, 2004.

ROSEMBERG J. **Pandemia do Tabagismo: enfoques históricos e atuais**. São Paulo: Secretaria da Saúde, Centro de Vigilância Epidemiológica; 2002.

ROSSANEIS, M.A. MACHADO, R.C.B.R. Cessação do tabagismo em pacientes assistidos em um ambulatório de tratamento de dependência do tabaco. **Cienc Cuid Saúde**. v.10, n.2, pp. 306-313, Abr/Jun, 2011

RUSSO, A.C. AZEVEDO, R.C.S. Fatores motivacionais que contribuem para a busca de tratamento ambulatorial para a abandono do tabagismo em um hospital geral universitário. **J Bras Pneumol**, v.36, n.5, pp.603-11, 2010.

SANTOS, S.R. *et al.* Perfil dos fumantes que procuram um centro de abandono do tabagismo. **J Bras Pneumol**, v.34, n.9, pp.695-701, 2008. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/jbpneu/v34n9/v34n9a10.pdf>> Acesso em 01 fev. 2014.

SATTLER A.C., CADE, N.V. Prevalência de abstinência ao tabaco de pacientes tratados em unidades de saúde e fatores relacionados. **Ciência e Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v.18, n.1, pp.253-264, 2013.

SCHMIDT, M.I. *et al.* Chronic non-communicable diseases in Brazil: Burden and current challenges. **The Lancet**, v.377, n.9781, pp. 1949-1961, 2011. Disponível em: <<http://download.thelancet.com/flatcontentassets/pdfs/brazil/brazilpor4.pdf>>. Acesso em 02 mar. 2013.

SIAHPUSH, M. *et al.* Socioeconomic position and abrupt versus gradual method of quitting smoking: findings from the International Tobacco Control Four-Country Survey. **Nicotine & Tobacco Research**. v.12 (1Suppl) pp.58-63. 2010.

SILVA V.A., *et al.* Programa de Estudos e Tratamento do Tabagismo (PROGETA) na Universidade Federal Fluminense. **Pulmão, R.J.**, v.18, n.3, pp.139-43, 2009. Disponível em: <http://www.sopterj.com.br/revista/2009_18_3/04.pdf> Acesso em 16 Fev. 2013.

SOUZA, P.S. de S. *et al.* Educação em saúde nos grupos de controle ao tabagismo no município de Criciúma: a prática do fisioterapeuta. **Rev Saúde Públ Santa Cat**, Florianópolis, v.6, n.3, pp.8-20, jul./set. 2013. Disponível em: <<http://esp.saude.sc.gov.br/sistemas/revista/index.php/inicio/article/view/195/230>>. Acesso em 02 mar. 2014.

TEIXEIRA, L.A.; JAQUES, T.A. Legislação e Controle do Tabaco no Brasil entre o Final do Século XX e Início do XXI. **Revista Brasileira de Cancerologia**, v. 57, n.3, pp. 295-304, 2011. Disponível em: <http://www.inca.gov.br/rbc/n_57/v03/pdf/02_artigo_legislacao_controle_tabaco_brasil_entr_e_final_seculo_xx_inicio_xxi.pdf>. Acesso em 21 ago. 2013.

TORRENCILLA, M. *et al.* Se puede predecir el éxito de la intervención mínima en tabaquismo. **Prev Tab Salamanca**, v.3, n.1, pp.13-19, 2001 .

TORRACO, J.R. Writing Integrative Literature Reviews: Guidelines and Example. **Human Resource Development Review**, v.4, n.3, pp.356-67, Sept 2005. Disponível em: <http://www.sagepub.com/gray/Website%20material/Journals/hrd_torraco.pdf>. Acesso 26 ago. 2013.

VALLE, L.B.S. *et al.* **Farmacologia Integrada**, 3ª edição, Rio de Janeiro, Editora Revinter, 2007

WHO. World Health Organization (homepage on the Internet). **Tobacco Free Initiative: Gender and tobacco with an emphasis on marketing to women**. Geneva: WHO. 2010. Disponível em: <<http://www.who.int/tobacco/wntd/2010/announcement/en/index.html>>. Acesso em 01 jan., 2014.

_____. **Gender and tobacco control: a policy brief**. (homepage on the Internet) Switzerland: WHO; 2007. Disponível em: <http://www.who.int/tobacco/resources/publications/general/policy_brief.pdf>. Acesso em 12 dez. 2013.

_____. **WHO Report on the Global Tobacco Epidemic, 2008: the MPOWER package**. (homepage on the Internet). Geneve, World Health Organization, 2008. Disponível em: <http://whqlibdoc.who.int/publications/2008/9789243596280_spa.pdf>. Acesso em 20 mar., 2010.

_____. World Health Organization (home page on the Internet). **Tobacco Free Initiative (TFI)**. Available in: < <http://www.who.int/tobacco/about/en/> >. Acesso em 20 mar., 2010.

_____.World Health Organization. (home page on the Internet). **Livreto sobre a Convenção Quadro da OMS**. 2011. Available from: <http://www.who.int/fctc/publications/flyer_en.pdf>. Acesso em 20 dez, 2013.

ZAMBONI, M. Epidemiologia do câncer do pulmão. **J Pneumol**, v.28, n.1, pp.41-7, jan-fev de 2002. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/jpneu/v28n1/a08v28n1.pdf>>. Acesso em 12 mar. 2013.

REFERÊNCIA DE APOIO

FREITAS, S. L. F. de *et al.* **Normas da ABNT para citação e referências aplicadas à construção do portfólio.** Campo Grande, 2010. Material didático-instrucional. 34p.

APÊNDICE A

Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

Você está sendo convidado a participar em uma pesquisa. Você precisa decidir se quer participar ou não. Por favor, não se apresse em tomar a decisão. Leia cuidadosamente o que se segue e pergunte ao responsável pelo estudo qualquer dúvida que você tiver. Este estudo está sendo conduzido por Terezinha Alcântara Silva, psicóloga, RG 371509, SSP-MS, CRP 14/367-4, psicóloga do Hospital Universitário da UFMS.

A finalidade deste estudo é avaliar o progresso alcançado na cessação do hábito de fumar dos participantes do programa de Cessação do Hábito de Fumar que é realizado no Hospital Dia Esterina Corsini da UFMS; outro propósito é conhecer o perfil epidemiológico da população tabagista como: idade, sexo, escolaridade, tempo de uso do tabaco e grau de dependência; conhecer a história tabagística; analisar a relação entre o tabagismo e o etilismo e entre o insucesso e a depressão.

Poderão participar deste estudo todas as pessoas que, participaram, participam ou participarão do Grupo para Cessação do Hábito de Fumar do Hospital dia Esterina Corsini da UFMS.

Não poderão entrar nesse estudo menores de idade sem a autorização dos pais ou responsáveis, e pessoas que não atendam a critérios técnicos estipulados pelo pesquisador .

Você será entrevistado por um integrante da equipe que lhe fará perguntas sobre seu hábito de fumar, e aplicará testes para verificar seu grau de dependência. A entrevista será registrada para posterior estudo .

Você participará deste estudo durante aproximadamente um ano, e todas as pessoas que procurarem o Grupo para Cessação do tabagismo serão convidadas a participar. A participação no estudo não é obrigatória e não impede a participação no grupo.

Se você concordar em participar do estudo, seu nome e identidade serão mantidos em sigilo. A menos que requerido por lei, somente o pesquisador (seu médico ou outro

profissional) a equipe do estudo, e o Comitê de Ética terão acesso a suas informações para verificar as informações do estudo.

Você será informado periodicamente de qualquer nova informação que possa modificar a sua vontade em continuar participando do estudo.

Para perguntas ou problemas referente ao estudo ligue para 3345-3135 falar com Terezinha. Para perguntas sobre seus direitos como participante no estudo chame o Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos da UFMS, no telefone 7873093 - Ramal 2299.

Sua participação no estudo é voluntária. Você pode escolher não fazer parte do estudo, ou pode desistir a qualquer momento. Você não perderá qualquer benefício ao qual você tem direito.

Declaro que li e entendi este formulário de consentimento e todas as minhas dúvidas foram esclarecidas. e que sou voluntário a tomar parte neste estudo.

Assinatura do Voluntário: _____

Assinatura do pesquisador : _____

Campo Grande, ___/___/____.

ANEXO A

Instrumento de coleta de dados

PROGRAMA NACIONAL DE CONTROLE DO TABAGISMO
Abordagem e Tratamento do Tabagismo

I - Identificação do Paciente - Data da Entrevista ___/___/___

Nome: _____ Nº Prontuário: _____

Endereço: _____ Nº _____ Bairro: _____

Campo Grande Outra cidade Qual? _____

Telefone para contato: Fixo _____ Celular _____

Sexo: Feminino Masculino - Data de Nascimento: ___/___/___ - Idade _____Escolaridade: S/ Esc. Alfabetizado Ensino Fundamental Ensino Médio Ensino Superior

Profissão: _____ Ocupação atual: _____

II - Exame Físico: Hora do exame: ___ H e ___ Min

Peso _____ - Altura _____ - PA _____

ACV _____ - AR _____ - Abd _____

CO _____ HbCO _____ - Há quanto tempo fumou o último cigarro _____

III - História Patológica Progressiva:

	SIM	NÃO	TRATAMENTO
1. Você tem ou teve freqüentemente aftas, lesões (<i>feridas</i>), e/ou sangramento na boca?			
2. Você tem diabetes mellitus? Está em tratamento?			
3. Você tem hipertensão arterial? Está em tratamento?			
4. Você tem ou teve algum problema cardíaco? Está em tratamento?			
5. Você tem ou teve freqüentemente queimação, azia, dor no estômago ou úlcera ou gastrite?			
6. Você tem ou teve algum problema pulmonar? Qual? Está em tratamento?			
7. Você tem alergia respiratória? Está em tratamento?			
8. Você tem alergias cutâneas? Está em tratamento?			
9. Você tem ou teve alguma lesão ou tumor maligno? Onde? Está em tratamento?			
10. Você tem ou teve crise convulsiva, convulsão febril na infância ou epilepsia? Está em tratamento?			
11. Você tem anorexia nervosa ou bulimia? Está em tratamento?			
12. Você costuma ter crises de depressão e/ou ansiedade? Está em tratamento?			
13. Você faz ou já fez algum tratamento psicológico ou psiquiátrico? Porque?			

1) Você costuma ingerir bebidas alcóolicas com que frequência durante a semana?
 Nunca Todos os dias Finais de semana Raramente

2) Você tem ou teve algum outro problema de saúde sério, que não foi citado? Qual?

3) Algum medicamento em uso atual ?

Sim Não Qual (is)? _____

4) Tem prótese dentária móvel?

Sim Não

Se for do Sexo feminino:

5) Está grávida?

Sim. Não Quantos meses? _____

6) Está amamentando?

Sim Não

PERGUNTAS SOBRE DEPRESSÃO: Grau de Depressão : _____

a) Já fez uso de alguma medicação, mesmo que não prescrita por médico, para dormir ou se acalmar?

Não Sim. Qual? _____

b) No último mês você sentiu:

b.1) tristeza perda de interesse e prazer energia reduzida ou grande cansaço

b.2) concentração e atenção reduzidas auto-estima e auto-confiança reduzida
 sentimento de culpa e inutilidade pessimista ou deslocado
 idéias ou atitudes auto-lesivos ou de suicídio sono alterado
 apetite diminuído inquietação

c) Há história de transtorno psiquiátrico na família?

Não Sim. Quem e que tipo? _____

d) O paciente apresentou durante a consulta:

agitação pensamento e fala lentificados ou acelerados
 falta de concentração nenhuma alteração

Para avaliação do grau de depressão, queira considerar as respostas assinaladas nas letras b.1) e b.2) das perguntas acima.

Depressão leve => Dois sintomas b.1) e dois sintomas b.2). Além disso, o paciente apresenta dificuldade com o trabalho do dia-a-dia e atividades sociais, mas não interrompe as funções.

Depressão moderada => Dois sintomas b.1) e três sintomas b.2). Além disso, o paciente apresenta dificuldade considerável em continuar com as atividades sociais, laborativas ou domésticas.

Depressão grave => Critério de dependência moderada, mais angústia ou agitação considerável. Perda de auto-estima. Sentimento de inutilidade ou culpa e suicídio é um perigo marcante.

CAGE :

- a) Alguma vez você sentiu que deveria diminuir a quantidade de bebida ou parar de beber?
 Não Sim
- b) As pessoas o aborrecem porque criticam o seu modo de beber?
 Não Sim
- c) Você se sente culpado ou chateado consigo mesmo pela maneira como costuma beber?
 Não Sim
- d) Você costuma beber pela manhã para diminuir o nervosismo ou a ressaca?
 Não Sim

Três ou quatro respostas positivas no CAGE mostram uma tendência importante para o alcoolismo.

IV - História tabagística:

- 1) Com que idade você começou a fumar? _____
- 2) Em quais das situações o cigarro está associado no seu dia-a-dia? **(pode escolher vários)**
 ao falar no telefone após refeições com bebidas alcoólicas
 com café no trabalho ansiedade
 tristeza alegria nenhum
 outros _____
- 3) Quais das afirmativas abaixo você considera que sejam razões para fumar: **(pode escolher vários)**
- Fumar é um grande prazer sim não às vezes
- Fumar é muito saboroso sim não às vezes
- O cigarro te acalma sim não às vezes
- Acha charmoso fumar sim não às vezes
- Você fuma porque acha que fumar emagrece sim não às vezes
- Gosta de fumar para ter alguma coisa nas mãos sim não às vezes
- Outras _____
- 4) Quantas vezes você tentou deixar de fumar?
 de 1 a 3 vezes
 + de 3 vezes
 tentou mas não conseguiu parar **(seguir para pergunta 7)**
 nunca tentou **(seguir para pergunta 9)**
- 5) Quantas vezes você ficou sem fumar por pelo menos 1 dia?
 1 vez 2 vezes 3 vezes mais de 3 vezes
- 6) Quais foram os motivos que levaram você a voltar a fumar?

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

Sim (1)
 Não (0)

Pontuação = _____

Grau de dependência

0-2 => muito baixo
 3-4 => baixo
 5 => médio
 6-7 => elevado
 8-10 => muito elevado

VI - Avaliação do Grau de Motivação:

Contemplativo: motivado a parar, porém sem data estipulada nos próximos dias | |

Ação: já tem uma data marcada ou está motivado a parar dentro de um mês | |

Recaído: retornou ao consumo habitual de cigarros | |

VII - Observações:

DATA ____/____/____

Entrevistador: _____

ANEXO B

Carta de Aprovação do Conselho de Ética



Universidade Federal de Mato Grosso do Sul
Comitê de Ética em Pesquisa / CEP/UFMS

*Carta de Aprovação*

O protocolo nº 1811 da Pesquisadora Terezinha Alcântara Silva intitulado "Abordagem e tratamento do tabagismo no Hospital Dia Esterina Corsini, Campo Grande-MS", foi revisado por este comitê e aprovado em reunião ordinária no dia 30 de setembro de 2010, encontrando-se de acordo com as resoluções normativas do Ministério da Saúde.


Prof. Ernesto Antônio Figueiro Filho
Coordenador do Comitê de Ética em Pesquisa da UFMS

Campo Grande, 30 de setembro de 2010.