

APLICAÇÃO DO PROGRAMA NACIONAL DE CONTROLE DO TABAGISMO NO MUNICÍPIO DE CORONEL VIVIDA – PR: UM ESTUDO EXPLORATÓRIO

Clóvis Luciano Giacomet

Área de conhecimento: Medicina

Eixo Temático: Saúde Pública e Medicina Preventiva

RESUMO

O tabagismo é um dos mais importantes problemas de saúde pública característico apenas da espécie humana. A Organização Mundial de Saúde afirma que o tabagismo deve ser considerado uma pandemia, já que, atualmente, morrem, no mundo, cinco milhões de pessoas, por ano, em consequência das doenças provocadas pelo tabaco, o que corresponde a aproximadamente seis mortes a cada segundo. Do total de mortes ocorridas, quatro milhões são no sexo masculino e um milhão no sexo feminino. No ano de 2025, ocorrerão 10 milhões de mortes decorrentes do uso do tabaco, se não houver mudança nas prevalências atuais de tabagismo. Para mudar essa situação, o Ministério da Saúde, por meio do Instituto Nacional do Câncer, e em parcerias com as secretarias estaduais e municipais de saúde e as ONGs, vem investindo esforços na socialização dos conhecimentos sobre cessação de fumar, para que os profissionais de saúde nas suas rotinas de atendimento possam oferecer uma abordagem eficaz ao fumante. Para tal, uma de suas principais metas dentro do Programa Nacional de Controle do Tabagismo é a implantação do Programa de Controle do Tabagismo nas Unidades de Saúde em todo o país. Então, com base nisso surgiu o interesse em desenvolver este estudo junto aos participantes do “Programa Deixando de Fumar Sem Mistérios” no município de Coronel Vivida – PR, verificando os resultados do Programa Nacional de Controle do Tabagismo desde a sua implantação, bem como avaliar o nível de aceitação dos usuários, relatando porcentagens de adesão ao tratamento e possíveis dificuldades / facilidades que estes encontram para a sua continuidade. Optou-se pelo desenvolvimento de um estudo de natureza descritiva exploratória, de caráter quanti-qualitativo, utilizar-se-á da técnica de amostragem não probabilística, onde número de amostra dependerá dos critérios do pesquisador, que neste caso compõem o total de 26 (vinte e seis) participantes, que serão escolhidos através de sorteio aleatoriamente. Uma vez coletados os dados, procurarei compreendê-los tanto para responder ao meu problema de pesquisa como aos objetivos, o que permitirá ampliar o conhecimento em torno do objeto de pesquisa.

Palavras-chave: Assistência. Saúde Pública. Tabagismo.

INTRODUÇÃO

Durante séculos o uso do tabaco foi difundido das Américas para todo o mundo por acreditar-se que era uma erva doada de propriedades medicinais, capaz de curar doenças diversas como a bronquite crônica, asma, doenças do fígado e outras. Assim, o consumo do tabaco sob diferentes formas, embora com controvérsias sobre o seu real poder de cura, foi progressivamente ganhando espaço através dos séculos. Assim, a organização mundial da saúde (OMS) estima



que o tabagismo é responsável por aproximadamente 5,4 milhões de óbitos anuais, sendo que 40 a 45% são por câncer, dos quais 90 a 95% por câncer de pulmão, 75% dos óbitos ocorrem por doença pulmonar obstrutiva crônica - DPOC, 20% por doença vascular e 35% por doença cardiovascular. Até 2030, esses números experimentarão um crescimento significativo de 48%, passando para 8 milhões de óbitos, dos quais 80% ocorrerão em países em desenvolvimento (WHO, 2008 apud PINTO; UGÁ, 2010).

No Brasil, as estimativas são de aproximadamente 200 mil mortes ao ano. O tabagismo gera uma carga econômica substantiva para as sociedades, caracterizada pelos custos de assistência médica e da perda de produtividade devido a morbidade e a morte prematura. Observa-se que, embora a ciência tenha demonstrado de forma inequívoca os graves prejuízos decorrentes do consumo do tabaco, seu uso continua a aumentar globalmente, à custa do crescimento do consumo em países em desenvolvimento. A ausência de medidas abrangentes para controle do tabagismo nesses países torna-os vulneráveis às agressivas estratégias de marketing das grandes companhias transnacionais de tabaco. Mesmo sendo o segundo maior produtor mundial de tabaco e o maior exportador de tabaco em folhas, o Brasil tem conseguido escapar dessa tendência. Pois, a cerca de 15 anos, o Ministério da Saúde, por meio do Instituto Nacional de Câncer, vem articulando, nacionalmente, ações de natureza intersetorial e de abrangência nacional, junto a outros setores do governo, com a parceria das secretarias estaduais e municipais de Saúde e de vários setores da sociedade civil organizada, com o objetivo de mudar este cenário no Brasil.

Assim, surge então a proposta de estudo, visando descrever a estratégia do Programa Nacional do Controle do Tabagismo – PNCT, bem como analisar alguns avanços alcançados e ainda, desafios existentes no âmbito do controle do tabagismo ao nível da Secretaria Municipal de Saúde.

Logo, este estudo tem por objetivo geral, analisar os resultados do Programa Nacional de Controle do Tabagismo - PNCT desde a sua implantação no município de Coronel Vivida – PR.

Pois, observa-se na realidade que o início do consumo do tabaco tem sido cada vez mais precoce entre os jovens, e o desafio é deixar o consumo já na idade adulta, onde outras doenças concomitantes vem com o chegar da idade madura,



logo, o que motiva-me a realizar esta pesquisa é a curiosidade de saber como esta temática tão difícil é abordada no grupo de controle do tabagismo e verificar se realmente as orientações repassadas aos usuários (participantes) surte efeito no cotidiano destes, pois, como já fora descrito anteriormente, há cerca de 15 anos que o MS traça estratégias a fim de controlar o consumo do tabaco no Brasil.

1 REFERENCIAL TEÓRICO

1.1 Evolução do Controle do Tabaco no Brasil

O Brasil é o segundo maior exportador mundial de folhas de fumo, o que lhe conferiu um faturamento de R\$ 15,3 bilhões no ano de 2007. Pois, mais de 90% da produção encontra-se no sul do país, sendo 50% no Rio Grande do Sul (CAVALCANTE, 2006), sendo que a cidade de Venâncio Aires, no Vale do Rio Pardo, lidera a safra de fumo. Na totalização nacional, a Região Sul é responsável por 97% da produção de fumo, estando Santa Catarina em segundo lugar, seguido pelo Paraná (IBGE, 2005 apud Ramos et. al 2009). O Brasil tem conseguido desenvolver ações para controle do tabagismo fortes e abrangentes, o que tem lhe conferido o reconhecimento de liderança internacional nessa área (AMERICAN CANCER SOCIETY, 2003).

Historicamente, a partir da década de 70 se tornaram mais evidentes as manifestações organizadas para o controle do tabagismo no Brasil. Inicialmente ocorreu por iniciativa de profissionais isolados, associações médicas, religiosas e outras ONGs, sem nenhum apoio governamental. Na esteira das publicações científicas e de divulgação da mídia leiga, surgiram os primeiros projetos de lei, as manifestações públicas e declarações de entidades e algumas leis municipais e estaduais restritivas, campanhas e programas de educação em saúde, principalmente dirigida a escolares (BRASIL, 2001).

Já ao final da década de 80, o Ministério da Saúde passou a assumir o papel que lhe cabia na organização de ações sistemáticas, continuadas e abrangentes, através do Instituto Nacional do Câncer (INCA). Ao longo desse período, o Programa Nacional de Controle do Tabagismo (PNCT) foi construído com o apoio de lideranças e parcerias, envolvendo dois grandes grupos de ações, sendo o primeiro,



voltado para a prevenção da iniciação do tabagismo, tendo como público-alvo, crianças e adolescentes, e o segundo grupo, envolvendo ações para estimular os fumantes a deixarem de fumar. Ambos os enfoques são reforçados por ações legislativas, econômicas e ações de comunicação social.

Observamos que durante nove anos tais ações educativas foram apenas pontuais, e a partir de 1996 passaram a envolver também ações contínuas. E o alcance nacional dessas ações se deu graças a um processo de descentralização através da parceria com secretarias estaduais e municipais de saúde e da parceria com ONGs. Tendo esse processo contribuído para uma significativa mudança de paradigma, onde o tabagismo, de um comportamento elegante e charmoso, se transformou progressivamente em um comportamento indesejável.

Como consequência desse efeito somada a Pesquisa Nacional Sobre Estilo de Vida realizada pelo Ministério da Saúde em 1988 que mostrou que haviam cerca de 30,6 milhões de fumantes, dos quais 78% gostariam de deixar de fumar (BRASIL, 1998), ocorreu um aumento progressivo na demanda por ações de apoio a cessação do tabagismo, o que por sua vez colocou em evidencia o papel das instituições de saúde e de SUS profissionais nesse âmbito.

No entanto, pesquisas mostram que apesar da maioria dos fumantes desejarem parar de fumar, apenas cerca de 3% conseguem parar definitivamente a cada ano. Destes, 85% deixam de fumar sem um apoio formal, o que aponta para o grande potencial que a abordagem rotineira dos fumantes pelos profissionais de saúde pode oferecer para reduzir a prevalência de fumantes (CINPRICINI et al., 1997).

Dessa forma, de acordo com o Consenso do Ministério da Saúde, em parceria com o INCA, uma das prováveis causas da baixa percentagem de fumantes que não conseguem parar de fumar, é que as informações sobre como aconselhar e apoiar o paciente sobre os métodos para deixar de fumar, por serem relativamente recentes, ainda não são amplamente conhecidos pela maioria dos profissionais de saúde. E, por outro lado, o aumento da procura por apoio para deixar de fumar tem impulsionado outra demanda: o interesse dos profissionais de saúde para atender tal demanda (BRASIL, 2001).

Para mudar essa situação, o Ministério da Saúde, por meio do INCA, e em parcerias com as secretarias estaduais e municipais de saúde e as ONGs, vem



investindo esforços na socialização dos conhecimentos sobre cessação de fumar, para que os profissionais de saúde nas suas rotinas de atendimento possam oferecer uma abordagem eficaz ao fumante.

Para tal, uma de suas principais metas dentro do PNCT é a implantação do Programa de Controle do Tabagismo nas Unidades de Saúde em todo o país. O programa inclui ações para que essas unidades de tornem um ambiente favorável a cessação de fumar. Isto implica na implementação de uma política de restrição ao consumo de derivados do tabaco em unidades de saúde, para o que foi desenvolvido o Programa Unidades de Saúde Livres de Tabaco.

Paralelamente a este, foi desenvolvido o Programa Ajudando seu Paciente a Deixar de Fumar. Sabendo-se que aconselhar isolada e pontualmente não é o bastante, sendo preciso que aqueles que querem deixar de fumar sejam preparados e acompanhados nesse processo, a ação principal desse programa é instrumentalizar os profissionais de saúde com estratégias e material técnico de apoio, que permitam aumentar a eficácia da abordagem para cessação de fumar. O primeiro passo nessa direção foi dado com a publicação do livro “Ajudando Seu Paciente a Deixar de Fumar”, publicado em 1996. A partir de então, foi iniciado o processo de sensibilização das instituições de saúde e seus profissionais para que passem a ver o tabagismo como uma doença crônica, que merece e precisa ser abordada como o mesmo nível de prioridade que é dado, por exemplo, a abordagem da hipertensão arterial (BRASIL, 2001).

Assim, para que tais objetivos fossem alcançados, o INCA realizou a capacitação de profissionais de saúde das Secretarias Municipais para que desempenhassem o papel de gerenciamento do Programa de Controle do Tabagismo nas Unidades de Saúde de seus municípios. Através desse processo de descentralização, até maio de 2001 foram treinados esses profissionais nos Estados do Rio de Janeiro, São Paulo, Minas Gerais e Paraná.

De acordo com o Ministério da Saúde (2001, p. 9), através desse processo de capacitação, buscou-se socializar entre os profissionais da saúde a abordagem cognitiva comportamental envolvida no método “Pergunte, Aconselhe, Prepare e Acompanhe”, e estimular a sua inclusão nas rotinas de atendimento das instituições de saúde [...] sabendo identificar os componentes físicos, psicológicos e os condicionantes envolvidos na dependência da nicotina e aprendam a lidar com a



“fissura” [...] e, por fim, que saibam estimular nesses pacientes habilidades de prevenção da recaída [...], para isso, o profissional de saúde recebe orientações sobre como identificar entre seus pacientes fumantes o grau de dependência da nicotina, o grau de motivação para deixar de fumar, e sobre como prepará-los e acompanhá-los durante e após a cessação de fumar.

Diante deste contexto e das evidências provenientes de estudos e dados demonstrando a efetividade de diferentes medidas para controle do tabaco, em 1990 a Assembléia Mundial da Saúde (AMS) convocou os seus Estados Membros a adotarem, com urgência, estratégias abrangentes para o controle do consumo de tabaco. Além disso, o reconhecimento de que a epidemia do tabagismo é um problema de saúde pública globalizado que transcende fronteiras de países, de que existem medidas intersetoriais comprovadamente efetivas para controlar a sua expansão e de que a eficácia dessas medidas depende de uma ampla cooperação internacional levou a 49ª Assembléia Mundial da Saúde, realizada em maio de 1996, a adotar uma resolução voltada para a elaboração do primeiro tratado internacional de saúde pública, a Convenção Quadro para o Controle do Tabaco da OMS (CAVALCANTE, 2005). Esse tratado foi negociado durante quatro anos por 192 países, entre 1999 e 2003. Em maio de 2003, o texto final da Convenção foi aprovado, por consenso, durante a 56ª AMS. Entrou em vigor em fevereiro de 2005, depois que 40 países ratificaram a adesão ao tratado. E, até 28 de outubro de 2005, a Convenção já contava com 168 assinaturas e com 93 ratificações, fazendo história como o tratado da Organização das Nações Unidas - ONU que mais rapidamente ganhou adesões e entrou em vigor.

É possível observar então que o Brasil é signatário da Convenção-Quadro da Organização Mundial de Saúde, em vigor desde 2005, a qual visa reduzir a prevalência do consumo e a exposição ao tabaco, “[...] proteger as gerações presentes e futuras das devastadoras consequências sanitárias, sociais, ambientais e econômicas, geradas pelo consumo e pela exposição à fumaça do tabaco [...]” (CAVALCANTE, 2006, p. 298).

Afirma ainda Cavalcante (2005) apud Ramos *et al.* (2009, p. 1500) que,

Nosso país exerceu importante papel ao presidir todas as negociações referentes ao tratado, que envolveram 192 países. Sua eleição, por consenso, para presidir as discussões, deu-se pelo avanço no controle do tabagismo; porém, a resistência interna enfrentada foi muito grande, para



que pudesse obter o aval do congresso nacional, devido à grande pressão da indústria do fumo no país. Por esta razão, o governo brasileiro comprometeu-se a auxiliar técnica e financeiramente os produtores e trabalhadores da indústria nacional de fumo para que avaliem alternativas econômicas, condição prevista na Convenção-Quadro.

Recentemente, entre 12 e 27 de maio de 2010, o Brasil recebeu uma missão da Organização Mundial da Saúde (OMS), formada por 23 especialistas nacionais e estrangeiros, que acompanharam de perto a experiência do Programa Nacional de Controle do Tabagismo, tal escolha deu-se pela sua atuação abrangente em estratégias de baixo custo no controle do tabagismo e pela complexidade do sistema de saúde. O resultado dessa avaliação inédita, a primeira do tipo realizada no mundo e que servirá como modelo para a aplicação em outros países, ressalta os principais êxitos e os desafios prioritários do país no esforço de combate ao tabaco. Nesse sentido, o Brasil é uma liderança global no controle do tabagismo e sempre esteve na fronteira de novas políticas.

1.2 PROGRAMA NACIONAL DE CONTROLE DO TABAGISMO: SUAS ESTRATÉGIAS OPERACIONAIS

Para reverter o cenário negativo do tabagismo no Brasil o Ministério da Saúde, assumiu através do Instituto Nacional de Câncer em 1989, o papel de organizar o PNCT. Para que essas ações atinjam a todo o território brasileiro, foi organizada uma rede nacional para gerenciamento regional do Programa, através do processo de descentralização e parceria com as Secretarias Estaduais e Municipais de Saúde, seguindo a lógica do SUS.

O PNCT tem como objetivo geral reduzir a prevalência de fumantes e a conseqüente morbimortalidade relacionada ao consumo de derivados do tabaco no Brasil, e envolve dois grandes objetivos específicos: reduzir a iniciação do tabagismo, principalmente, entre jovens e aumentar a cessação de fumar entre os que se tornaram dependentes, e proteger todos dos riscos do tabagismo passivo.

As diretrizes do PNCT guiam suas estratégias de forma a atuar sobre determinantes sociais e econômicos que favorecem a expansão do consumo de tabaco e envolvem: criação de um contexto social e político favorável à redução do consumo de tabaco; equidade, integralidade e intersetorialidade nas ações; construção de parcerias para enfrentamento das resistências ao controle do



tabagismo; redução da aceitação social do tabagismo; redução dos estímulos para a iniciação; redução do acesso aos produtos derivados do tabaco; proteção contra os riscos do tabagismo passivo; redução das barreiras sociais que dificultam a cessação de fumar; aumento do acesso físico e econômico ao tratamento para cessação de fumar; controle e monitoramento dos produtos de tabaco comercializados no país, desde seus conteúdos e emissões até as estratégias de marketing e promoção dos mesmos; e monitoramento e vigilância das tendências de consumo e dos seus efeitos sobre saúde, economia e meio ambiente. Nesse sentido, para alcançar os objetivos das diretrizes acima delineadas, o PNCT tem articulado três estratégias operacionais essenciais: 1. Descentralização das ações por meio das secretarias estaduais e municipais de Saúde, segundo a lógica do Sistema Único de Saúde (SUS); 2. Intersectorialidade das ações pela Comissão Nacional para Implementação da Convenção Quadro para Controle do Tabaco; 3. Construção de parceria com a sociedade civil organizada.

Por meio dessas estratégias essenciais tem sido possível articular, nacionalmente, três grupos de ações centrais: educativas; promoção e apoio à cessação de fumar; e, mobilização de medidas legislativas e econômicas para controle do tabaco.

Logo, o Plano para Implantação da Abordagem e Tratamento do Tabagismo no SUS, aprovado pela Portaria SAS/MS 442/04 foi dividido nos seguintes tópicos: rede de atenção ao tabagista; capacitação; credenciamento; referência e contrareferência; medicamentos e materiais de apoio; e, avaliação.

Segundo o plano, qualquer unidade de saúde ambulatorial ou hospitalar integrante do SUS, de qualquer nível hierárquico, pode fazer parte da rede de atenção ao tabagista, porém deverá ser obrigatoriamente credenciada no Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES), preenchendo os seguintes critérios: não ser permitido fumar no interior da unidade; contar com, no mínimo, um profissional de saúde de nível universitário, das categorias profissionais constantes desta Portaria, devidamente capacitado, segundo modelo preconizado pelo Programa Nacional de Controle do Tabagismo. Cópia do certificado de capacitação dos profissionais deverá ser incluída no processo de credenciamento da unidade; dispor de locais para atendimento individual e sessões de grupo; garantir equipamentos e recursos necessários como tensiômetro, estetoscópio e balança



antropométrica, para avaliação clínica do fumante. O município deve garantir também, seja local ou na referência, a realização de exames para apoio diagnóstico dos pacientes que necessitem de avaliação complementar.

Os pacientes que necessitem de exames para auxílio diagnóstico e/ou de atendimento especializado por alguma co-morbidade clínica devem seguir o mesmo fluxo dos demais pacientes da unidade, seja Saúde da Família ou Atenção Básica convencional. Da mesma forma, aqueles que apresentem co-morbidades psiquiátricas devem ser encaminhados para os Centros de Atenção Psicossocial (CAPS), Centros de Atenção Psicossocial para Álcool e Outras Drogas (CAPS AD) ou outras unidades aptas ao atendimento dessa clientela, para a realização da abordagem e tratamento do tabagismo. O profissional, para o qual o fumante será referenciado, deverá ter participado da capacitação para a realização da abordagem e tratamento do tabagismo.

O encaminhamento tanto para o atendimento para exames complementares ou para alguma co-morbidade clínica e/ou psiquiátrica pode ser para unidades de referência do próprio município ou de outros, conforme a Programação Pactuada Integrada - PPI. O material de apoio a ser utilizado durante as sessões de abordagem cognitivo-comportamental, individual ou em grupo, e que será enviado pelo Ministério da Saúde aos municípios com unidades de saúde credenciadas para abordagem e tratamento do tabagismo é o Manual do Participante, “Deixando de Fumar sem Mistérios”. Esse manual fornece as informações e estratégias necessárias para apoiar os participantes a deixarem de fumar e na prevenção da recaída.

Os medicamentos que serão adquiridos pelo Ministério da Saúde aos municípios com unidades de saúde credenciadas para abordagem e tratamento do tabagismo são: adesivo transdérmico de nicotina 21, 14 e 7 mg; goma de mascar de nicotina 2mg; cloridrato de bupropiona 150 mg.

Para que o município possa receber o material de apoio e os medicamentos, é necessário seguir os seguintes passos: enviar à Coordenação Estadual ou do Distrito Federal do Programa de Controle do Tabagismo, uma estimativa de fumantes a serem atendidos, de acordo com a capacidade instalada; após o recebimento das estimativas de atendimento dos municípios, a Coordenação Estadual ou do Distrito Federal deverá consolidar, as informações e enviar para a



Coordenação Nacional do Programa de Controle do Tabagismo/INCA/MS; somente receberão os medicamentos e materiais de apoio, as unidades de saúde que estiverem credenciadas e que enviarem a estimativa de atendimento; a continuidade do recebimento desses insumos estará vinculada ao envio periódico de informações para a Coordenação Nacional do Programa, sobre os atendimentos realizados pelas unidades de saúde; daí o quantitativo dos insumos a serem enviados a cada município será calculado pela Coordenação Nacional do Programa e repassado aos Departamentos do Ministério da Saúde responsáveis pela compra, produção e distribuição dos mesmos, a partir das informações enviadas pelas Coordenações Estaduais e do Distrito Federal; e os medicamentos deverão ser entregues aos pacientes mediante a apresentação de prescrição.

Os instrumentos de avaliação apresentados nesse manual auxiliam a consolidação do PNCT, permitindo o gerenciamento das informações geradas pelas unidades de saúde.

A avaliação dos instrumentos será baseada nos relatórios enviados pelas unidades de saúde para as Coordenações Municipais de Controle do Tabagismo, nas Secretarias Municipais de Saúde; destas para as Coordenações Estaduais e do Distrito Federal de Saúde, nas Secretarias de Saúde dos Estados e do Distrito Federal; e destas para a Coordenação Nacional do Programa de Controle do Tabagismo no Instituto Nacional de Câncer.

2 METODOLOGIA

A classificação da pesquisa se dá quanto aos meios de investigação e quanto aos fins. Logo, este estudo se classifica como sendo de natureza descritiva exploratória, de caráter quanti-qualitativo, apoiada em pesquisa de campo para desenvolvimento da proposta de estudo.

Neste caso, Minayo (1999, p.22) menciona sobre a importância da articulação entre pesquisa qualitativa e quantitativa: “O conjunto de dados quantitativos e qualitativos, porém, não se opõem. Ao contrário, se complementam, pois a realidade abrangida por eles interage dinamicamente, excluindo qualquer dicotomia”. Contudo, considerando-se a complementação entre ambos os métodos qualitativos e quantitativos de pesquisa, o uso destas abordagens possibilitará maior proximidade



e visibilidade das informações coletadas sobre o contexto social no qual os participantes do PNCT estão inseridos.

A pesquisa realizou-se no município de Coronel Vivido, que foi criado através da Lei Estadual nº 253, de 26 de novembro de 1954, e instalado oficialmente em 14 de dezembro de 1955, sendo desmembrado de Mangueirinha constituindo-se município, com uma área de 701.016 Km². Segundo o Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística – IBGE, de todos os quarenta e dois municípios do sudoeste, somente cinco possuem população acima de 20 mil habitantes, de acordo com o trabalho de contagem dos habitantes realizado pelo IBGE 2010 na divulgação preliminar.

Para tal, foram envolvidos os participantes que já passaram pelas reuniões do “Programa Deixando de Fumar sem Mistérios”, que representavam um total de cinquenta e cinco participantes, distribuídos em doze grupos. Nesse sentido, para a obtenção de dados precisos dos participantes, utilizou-se o tipo de amostragem intencional, que segundo Gil (1999, p.104) constitui-se como [...] “tipo de amostragem não probabilística e consiste em selecionar um subgrupo da população que, com base nas informações disponíveis, possa ser considerado representativo de toda a população”.

Logo, o número de amostra dependerá dos critérios do pesquisador, que neste caso foi escolhido 26% (vinte e seis) do número total, compondo o total de 26 (vinte e seis) participantes, que foram escolhidos através de sorteio aleatoriamente, destes, somente dezesseis aceitaram participar da pesquisa.

Este estudo realizou-se de forma a respeitar as normas da Resolução 196/96 do Conselho Nacional de Saúde que regulamenta a pesquisa com os seres humanos, tendo como compromisso oferecer o máximo de benefícios e mínimo de riscos e danos aos sujeitos envolvidos, garantindo o anonimato. Respeitando os preceitos éticos, os sujeitos serão convidados a participar da pesquisa, destacando o caráter não obrigatório da mesma e os procedimentos utilizados. Para tal, utilizar-se-á do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (Apêndice B) para legitimar a participação voluntária dos indivíduos.

Para a coleta de dados buscou-se informações através de entrevista estruturada gravada (Apêndice A); logo, se (...) “recorrem à entrevista sempre que tem necessidade de obter dados que não podem ser encontrados em registros em



fontes documentais e que podem ser fornecidos por certas pessoas” (...) (CERVO e BERVIAN, 1996, p. 136).

Portanto, a intenção foi buscar dados objetivos e subjetivos que ofereçam informações necessárias para o estudo detalhado do tema, e, que ajudem a identificar possíveis dificuldades encontradas para a sua implementação, além de dados atuais que possam ter alguma influência sobre o comportamento dos profissionais, e que também ajudam no processo de identificação do seu comprometimento com o cliente. Uma vez coletados os dados, procurei compreendê-los tanto para responder ao meu problema de pesquisa como aos objetivos, o que permitiu ampliar o conhecimento em torno do objeto de pesquisa.

3 APRESENTAÇÃO E ANÁLISE DOS RESULTADOS

Fica claro que as duas maiores dependências humanas álcool e tabaco, encontram-se consolidadas, nesta virada de milênio entre ambos os sexos. Concomitantemente, o Brasil, através do Ministério da Saúde, tem investido esforços para a articulação nacional do PNCT de forma intersetorial e abrangente. E considerando todas as dificuldades que vem enfrentando por ser um país produtor de tabaco, e ainda um país em desenvolvimento, por ter que lidar com as constantes e sofisticadas estratégias de transnacionais para minar o controle do tabagismo, muitos são os indicadores que se está avançando.

Diante deste cenário, os resultados da pesquisa demonstram que a implantação do PNCT no município de Coronel Vivida – PR trabalhando com o primeiro grupo “Deixando de Fumar sem Mistérios” ocorreu em dezembro de dois mil e sete, e, até o mês de setembro de dois mil e dez foram trabalhados um total de doze grupos. Nestes grupos, um total de cento e seis participantes de inscreveram, noventa e um iniciaram o PNCT, quinze participantes não compareceram, cinquenta e cinco foram até o final, destes, dezesseis participantes deixaram de fumar com o apoio biopsicossocial e farmacológico para alguns casos. Correspondendo um total de 17.58% de adesão e resultados positivos.

Logo, aceitou participar da entrevista um total de dezesseis participantes, chegando-se aos seguintes resultados:





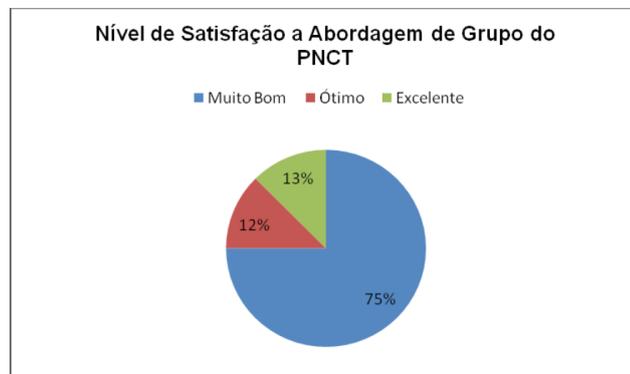
Fonte: Pesquisa de Campo, 2011.

Entre as pessoas entrevistadas 75% são do sexo feminino, correspondendo a 11 participantes e 25% do sexo masculino, correspondendo a cinco participantes.

Estes resultados revelam que a interação com o PNCT desenvolvido pela Secretaria Municipal de Saúde está ocorrendo principalmente com as mulheres, onde o engajamento apresenta-se de forma mais acentuada. Estes dados vem corroborar com a ideia de Costa e Silva e Koifman (1998, p. 99-108) apud Viegas *et al.*, (2004), afirmam que,

Apesar de a prevalência de fumo nos homens ainda ser maior do que a das mulheres, em todas as faixas etárias, o número de mulheres fumantes vem aumentando consideravelmente. Assim como nos países desenvolvidos, a tendência da prevalência de fumo entre os homens vem mostrando algum decréscimo, o que não está ocorrendo com as mulheres.

No entanto, vale lembrar que, atualmente a ansiedade e a depressão tem sido apontadas como fatores que dificultam a cessação do tabagismo em mulheres, e muitas vezes, são preditores da recaída.



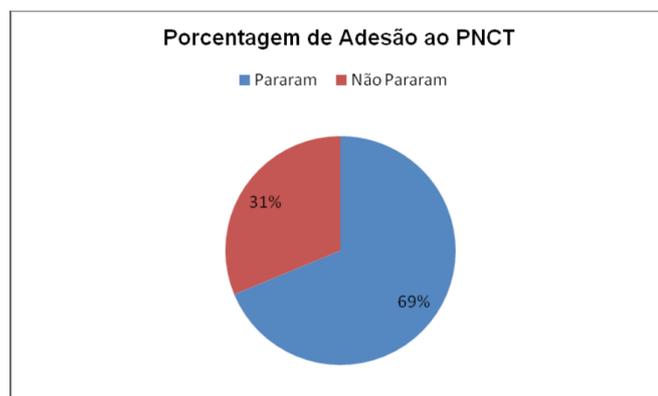
Fonte: Pesquisa de Campo, 2011.

Quanto ao nível de satisfação dos participantes na abordagem de grupo realizada pela equipe multidisciplinar da Secretaria Municipal de Saúde, percebemos, que 75% concorda que a orientação repassada durante os trabalhos do PNCT em conformidade com as diretrizes do Ministério da Saúde é muito bom, isso corresponde a doze dos participantes, já 12% revelam que é ótimo, dado este que diz respeito a opinião de dois participantes e 13% concordam que é excelente, abrangendo os outros dois participantes num total de dezesseis.

A fala a seguir ilustra esse aspecto:

“Excelente, eles ajudam bastante a gente orientam, olha quem puder participar do grupo desses encontros tem mais que participar, por que ali que eu me encontrei, tudo que eu ia fazer tinha que ter o cigarro hoje não faz falta. (E.5).

Percebemos que, a abordagem de grupo na adesão ao tratamento do PNCT é de fundamental importância para que as pessoas se sintam encorajadas a tomar decisões, vivenciando e dividindo angústias e medos diante de uma decisão tão importante em suas vidas – o ato de deixar de fumar.



Fonte : Pesquisa de Campo, 2011.

Conforme observamos, 69% do grupo conseguiu aderir com louvor ao PNCT, deixando de fumar, isso corresponde a um total onze participantes, já 31% dos participantes relatam que não conseguiram parar ou que tiveram recaídas, correspondendo a um total de cinco participantes.



As falas a seguir corroboram esse aspecto:

Sim, não tive nem uma recaída por que era isso que eu queria. (E4).

Sim, não tive recaída só ansiedade isso e normal. (E5).

Pois olha tive mesmo, tive uma recaída muito grande, não consegui. (E7)

Não, tive, bem, bem mesmo tive uma recaída ai comecei tudo de novo, só que agora to fumando bem menos ne eu quero ver se eu deixo mesmo, por que eu sei que não faz bem para a saúde. (E8).

Com isso, verifica-se que os patamares já alcançados e os desafios ainda a serem enfrentados emanam do envolvimento de todos os setores sociais, governamentais ou não, pois sendo o tabagismo uma doença, o controle não está em vacinas e medicamentos, mas sim, na vontade de toda a sociedade.

Diante deste cenário, o indivíduo fumante ao deixar o hábito de fumar, não pode ser considerado ex-fumante e, sim, em abstinência do cigarro, isso pelas características da dependência da nicotina. E a literatura revisada, é unânime em relatar que o período de um mês pode ser curto para avaliar o êxito da assistência prestada no tratamento do tabagismo, na metodologia de abordagem de grupo cognitivo-comportamental, com ou sem apoio medicamentoso.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

É evidente que o desafio contemporâneo do PNCT aponta para caminhos em que os avanços do conhecimento e as soluções técnicas e assistenciais não devem mais se encontrar em posição antagônica à compreensão mais profunda da dimensão humana, mas numa relação dialética que incorpore corpo e mente, razão e emoção, objetividade e subjetividade, concretude e simbolismo como parte da construção deste conhecimento. Para que isto ocorra, são necessários conhecimentos distintos e integrados que nos permitam compreender a realidade complexa do processo saúde-doença.



Condizente com esta perspectiva, a presente pesquisa demonstrou que o número ainda pouco expressivo de pessoas que anualmente deixam de fumar nos demonstra o tamanho do desafio a ser enfrentado, sendo, portanto, necessário que mais profissionais se envolvam com a questão, em especial na rede básica de saúde pública.

Embora o percentual de pacientes que conseguiram deixar de fumar, a partir da metodologia utilizada de grupos do tipo cognitivo-comportamental, associada ou não à terapia de reposição nicotínica, foi de 18,58%, superior ao de 3% encontrado na literatura. A proposta de auxiliar usuários da rede básica a deixar de fumar constitui-se um grande desafio, exigindo persistência, disponibilidade e criatividade por parte dos profissionais envolvidos. Trata-se de importante estratégia para facilitar o acesso da população socialmente excluída a essa ferramenta tecnológica de trabalho, assim, espera-se que um maior número de profissionais da rede básica de saúde envolva-se nesse tipo de atividade.

Portanto, a avaliação permanente quanto aos métodos empregados e a troca de experiências entre profissionais consistem em importantes instrumentos para o aperfeiçoamento do trabalho desenvolvido, o qual busca o engajamento nos esforços nacionais e internacionais que vêm sendo realizados para reduzir os padrões de consumo do tabagismo e, conseqüentemente, a diminuição da morbimortalidade decorrentes do hábito de fumar.

Então, o enfermeiro ao atuar em consonância com a Lei no 7.498 que dispõe sobre o Exercício Profissional da Enfermagem, compõe o diferencial estratégico para o sucesso na implementação do PNCT, dando apoio necessário para o aprofundamento teórico e prático para a realização dessa metodologia, assim como, ser um facilitador para que todos trabalhem por um mesmo objetivo, falem a mesma língua e principalmente, que seja uma forma de troca de experiências e conhecimentos, tudo isso em prol de uma melhoria na qualidade da assistência a ser prestada ao cliente.

Em suma, acredito que os objetivos da pesquisa foram alcançados com êxito, pois, permitiu-me ampliar meus conhecimentos acerca do tema abordado, assim como vivenciar através das entrevistas os desejos e as dificuldades que os participantes possuem acerca de uma decisão tão importante para suas vidas, e



CINCIPRINI, P. M. et al. Tobacco addiction: implications for treatment and cancer prevention. **Journal of the National Cancer Institute**, v. 89, n. 24, p.1852-67, 1997.

COSTA SILVA, V. L.; KOIFMAM, S. Smoking in Latin America: a major public health problem. *Cadernos de Saúde Pública*, v. 14, p. 99-108, 1998. In Ramos, D. et al. Auxiliando usuários de uma unidade de saúde a parar de fumar: relato de experiência. **Rev. Ciência e Saúde Coletiva**, p. 1499-1505, 2009.

FADEP. **Normas para apresentação de trabalhos científicos**. Faculdade de Pato Branco. Pato Branco: FADEP, 2006.

GIL, A. C. **Métodos e técnicas de pesquisa social**. 5 ed. São Paulo: Editora Atlas S. A., 1999.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA (IBGE). Produção Agrícola Municipal, 2005. In Ramos, D. et al. Auxiliando usuários de uma unidade de saúde a parar de fumar: relato de experiência. **Rev. Ciência e Saúde Coletiva**, p. 1499-1505, 2009.

MACHADO, V. C.; ALERICO, M. I.; SENA, J. Programa de Prevenção e Tratamento do Tabagismo: Uma Vivência Acadêmica de Enfermagem. **Rev. Cogitare Enfermagem**, v. 12, n. 2, p. 248-252. 2007.

MALCON, M.; MENEZES A. M. B.; CHATKIN, M. Prevalência e fatores de risco para tabagismo em adolescentes. **Revista de Saúde Pública**, v. 37, p. 1-7, 2007.

MINAYO, M. C. S. (Org.). **Pesquisa Social: Teoria, método e criatividade**. 14 ed. Petrópolis: Ed. Vozes, 1999.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE (OMS). Portaria No 1035 de 31 de Maio de 2004. **Classificação do Tabagismo no Grupo dos Transtornos Mentais e de Comportamento Decorrentes do Uso de Substâncias Psicoativas no CID 10**, 2004.

PAHO, Pan American Health Organization. Smoking and Health in the Americas, Atlanta, Georgia, 1992. In: Pinto, M.; UGÁ M. A. D. Os custos de doenças tabaco – relacionadas para o Sistema Único de Saúde. **Caderno de Saúde Pública**. Rio de Janeiro: p.1234-1245, 2010.

PINTO, M.; UGÁ, M. A. D. Os custos de doenças tabaco – relacionadas para o Sistema Único de Saúde. **Caderno de Saúde Pública**. Rio de Janeiro: p. 1234-1245, 2010.

RAMOS, D. et al. Auxiliando usuários de uma unidade de saúde a parar de fumar: relato de experiência. **Rev. Ciência e Saúde Coletiva**, p. 1499-1505, 2009.

SERRAT, S. M. **Drogas e álcool: prevenção e tratamento**. São Paulo: Ed. Komedi, 2001.

TRIVIÑOS, A. N. S. **Introdução à Pesquisa em Ciências Sociais: A Pesquisa Qualitativa em Educação**. São Paulo: Atlas, 1987.



_____. Bases Teórico-Metodológicas da Pesquisa Qualitativa em Ciências Sociais. **Cadernos de Pesquisa Ritter dos Reis**, 2 ed., v. IV, 2001.

VIEGAS, C. A. de A. Diretrizes para Cessação do Tabagismo. **Jornal Brasileiro de Pneumologia**, São Paulo, v. 30, 2004.

