

**UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO SUL
FACULDADE DE MEDICINA
DEPARTAMENTO DE MEDICINA SOCIAL
ESPECIALIZAÇÃO EM SAÚDE PÚBLICA**

Fabíola Rossini

**FATORES DE DESISTÊNCIA DO USUÁRIO DE TABACO NO TRATAMENTO
COMPORTAMENTAL DO FUMANTE NA ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA
DO MUNICÍPIO DE RELVADO/RS**

**PORTO ALEGRE - RS
2014**

**UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO SUL
FACULDADE DE MEDICINA
DEPARTAMENTO DE MEDICINA SOCIAL
CURSO DE ESPECIALIZAÇÃO EM SAÚDE PÚBLICA**

Fabíola Rossini

**FATORES DE DESISTÊNCIA DO USUÁRIO DE TABACO NO TRATAMENTO
COMPORTAMENTAL DO FUMANTE NA ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA
NO MUNICÍPIO DE RELVADO/RS**

Trabalho de Conclusão de Curso
apresentado como requisito parcial para a
obtenção do Certificado de Especialização
em Saúde Pública.

Orientador Prof. Roberto Umpierre

**PORTO ALEGRE RS
2014**

RESUMO

O ato de fumar deixou de ser símbolo de prazer e tornou-se problema de saúde pública. O Programa Nacional de Controle do Tabagismo (PNCT) consiste em um programa com o objetivo reduzir a prevalência de fumantes, e a conseqüente morbimortalidade por doenças tabaco relacionadas. Para a obtenção dos resultados o programa propõe as seguintes estratégias: prevenção da iniciação ao tabagismo, proteção da população contra a exposição ambiental à fumaça de tabaco, promoção e apoio à cessação de fumar e regulação dos produtos de tabaco através de ações educativas e de mobilização de políticas e iniciativas legislativas e econômicas. Este estudo teve como objetivo conhecer os fatores de desistência do usuário de tabaco no tratamento comportamental do fumante na ESF do Município de Relvado/RS. Buscou-se verificar o grau de dependência dos usuários de tabaco inscritos no tratamento relacionando com os fatores de desistência, o grau de escolaridade e tempo de consumo do tabaco. Foram propostos com os resultados, baseados na desistência, ações capazes de reduzir o abandono do tratamento. A metodologia utilizada teve abordagem qualitativa e foi do tipo exploratório descritivo, realizado com dez usuários de tabaco desistentes, inscritos no tratamento. A coleta de dados foi realizada por entrevista semiestruturada, tratada com o método análise de conteúdo. O Tratamento Comportamental do Fumante tem demonstrado importante efeito de diminuição do consumo de cigarros nos pacientes que ainda fumavam enquanto entrevistados. A análise de dados apresentou diversas dificuldades em permanecer no tratamento. A realização deste estudo possibilitou descrever alguns fatores responsáveis pelo abandono do tratamento Comportamental do Fumante elencados como dificuldades, como a falta de apoio familiar e de amigos, uso do adesivo de reposição da nicotina, vontade de continuar fumando, problemas familiares, trabalho, transporte ao posto de saúde, depressão e abstinência alcóolica. Os resultados obtidos mostram que para à implantação de programas antitabagistas nos municípios é necessário a participação de equipe interdisciplinar qualificada. Espera-se contribuir para novas ações antitabagistas através dos resultados obtidos neste estudo.

Palavras-chave: Tabagismo. Políticas de saúde. Promoção da saúde.

LISTA DE ABREVIATURAS

ACS- Agente Comunitária de Saúde.
CID-10- Classificação Internacional de Doenças - 10ª Edição.
CNS – Conselho Nacional de Saúde.
CQCT- Convenção-Quadro para Controle do Tabaco.
CRS – Coordenadoria Regional de Saúde.
ESF- Estratégia da Saúde da Família.
INCA- Instituto Nacional do Câncer.
OMS- Organização Mundial da Saúde.
OPAS- Organização Pan Americana de Saúde.
PNCT - Programa Nacional de Controle do Tabagismo.
SUS - Sistema Único de Saúde.
TCLE – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.
TRN – Terapia de Reposição de Nicotina.
UFRGS- Universidade Federal do Rio Grande do Sul.

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO.....	07
1.1 Caracterizações do Contexto de Pesquisa/Definição do Problema.....	07
1.2 Relevância/Justificativa.....	08
1.3 Objetivos	09
1.3.1 Objetivo Geral.....	09
1.3.2 Objetivos Específicos.....	09
2 PROCEDIMENTOS METODOLÓGICOS.....	10
3 DESENVOLVIMENTO DO CONTEÚDO.....	12
3.1 Revisão Teórica.....	12
3.1.1 O hábito tabagista	12
3.1.2 Danos à saúde pelo uso do tabaco.....	15
3.1.3 Atenção primária e Programa Nacional de Controle do Tabagismo.....	18
3.1.4 Não adesão e Abandono do tratamento.....	21
3.2 Apresentação e discussão dos resultados.....	23
4 CONCLUSÃO/CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	33

5 REFERÊNCIAS	36
ANEXO A - Teste de Fagerstom para Dependência da Nicotina.....	39
APÊNDICE A – Instrumento para coleta de dados I	40
APÊNDICE B – Instrumento para coleta de dados II	41
APÊNDICE C – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.....	42

1 INTRODUÇÃO

1.1 Caracterizações do Contexto de Pesquisa/Definição do Problema

A proposta deste estudo deu-se a partir do projeto Tratamento Comportamental do Fumante, realizado no Município de Relvado, no interior do Estado do Rio Grande do Sul. O Programa teve início no município em março de dois mil e treze através da divulgação do Tratamento pelas Agentes Comunitárias de Saúde (ACS). Anteriormente, o Tratamento ocorreu no ano de 2006 no Município, porém, os resultados não foram satisfatórios, houve muitos desistentes, e pouca adesão ao tratamento acarretando o não abandono do hábito de fumar e o encerramento do Tratamento.

O Município de Relvado situa-se a uma distância de 180 km da capital Porto Alegre, localizado na encosta inferior do Nordeste no Vale do Taquari/RS. A cidade de Relvado foi emancipada no ano de 1988, possuindo em 2013 uma população de 2.155 habitantes, sendo predominante a origem Italiana. A economia é baseada 91% na agricultura representada pelo reflorestamento, plantação de milho e fumo. A maior parte dos munícipes são produtores e consumidores de tabaco. Do percentual restante, 7% baseia-se na indústria e comércio e 2% em outros. O Município possui uma única Unidade Básica de Saúde ESF com 100% de cobertura. A Secretaria de Saúde conta com parcerias da Secretaria Municipal de Educação, Cultura e Assistência Social, visando a atenção especial a seus munícipes e melhoria na qualidade de vida. Relvado ocupa o terceiro lugar no Brasil em proporção de pessoas idosas com a maior longevidade, considerado um dos sinais de qualidade de vida.

Vários são os fatores que levam a pessoa a experimentar o cigarro, principalmente a publicidade e questões relacionadas ao comportamento. O fumar, que já foi símbolo do prazer, hoje é considerado um problema de saúde pública no mundo. A inalação da fumaça produzida pelo tabaco afeta o organismo capaz de destruí-lo lentamente.

O uso do tabaco mata 5 milhões de pessoas anualmente no mundo. Já no

Brasil são 20 mil mortes anuais. Segundo o Instituto Nacional do Câncer, se a atual tendência de consumo se mantiver, em 2020 serão 1 milhão de mortes por ano e 70% delas em países em desenvolvimento (INCA, 2007).

Segundo, Portaria do Ministério da Saúde N°1.035 (BRASIL, 2004), estudos nacionais e internacionais mostram que 80% dos fumantes desejam parar de fumar, mas, sem apoio, somente 3% conseguem a cada ano. A Saúde Pública além das campanhas sobre o uso prejudicial do cigarro propõe tratamento para o usuário através das unidades básicas de saúde.

Este estudo teve como objetivo geral descrever os fatores apontados para desistência pelo usuário de tabaco no Tratamento Comportamental do Fumante proposto pelo INCA e Ministério da Saúde juntamente com a 16ª CRS na unidade de saúde do município de Relvado. Como objetivos específicos, pretendeu-se verificar o grau de dependência dos usuários de tabaco inscritos no tratamento relacionando com os fatores de desistência, verificar o grau de escolaridade e tempo de uso do tabaco e propor com os resultados, baseados na desistência, ações capazes de reduzir o abandono do tratamento.

O presente estudo apresenta os fatores responsáveis pela desistência do usuário do tabaco no tratamento oferecido pelo INCA e Ministério da Saúde, na ESF do Município de Relvado/RS no primeiro semestre de 2014.

A contribuição deste trabalho está no entendimento de como os fatores têm grande influência no abandono de alguns tratamentos. De qualquer forma, espera-se que este estudo seja de utilidade aos que trabalham com a promoção de saúde e tratamento do tabagismo, contribuindo com experiências para o planejamento de ações voltadas ao tratamento do tabagismo.

1.2 Relevância/Justificativa

Em se falar em tabaco, este é história de vida e de morte de muitas pessoas. Seres humanos ligados à vida por um mesmo produto e seus mitos. Matéria prima que serve de grande fonte de renda para a região do Vale do Taquari/RS.

A preocupação com a saúde do ser humano sempre esteve presente na

história da humanidade, as crenças e hábitos dos mais diversos grupos de pessoas se tornam motivos para análise. Para Sartre (apud OLIVEIRA, 2008, p.25) o homem é responsável por todos os homens, na medida em que suas escolhas são escolhas da humanidade.

Ao conversar com diversos usuários e produtores de tabaco, percebe-se o quanto ainda há o mito de que o mesmo beneficia o corpo. Mesmo com muitos estudos científicos na área, preocupa-se em entender os fatores relacionados a este consumo.

Através do estudo realizado na unidade de saúde do Município de Relvado no interior do Estado do Rio Grande do Sul, foi possível identificar quais os fatores que levaram os usuários de tabaco à desistência do tratamento. A partir destes dados são possíveis planejamentos de ações e de outros grupos de Tratamento Comportamental do Fumante.

1.3 Objetivos

1.3.1 Objetivo geral

-Descrever os fatores referidos como responsáveis pela desistência do usuário de tabaco no tratamento do tabagismo na Unidade Básica de Saúde do município de Relvado, 2014.

1.3.2 Objetivos específicos

-Descrever o grau de dependência anterior ao tratamento através da escala de Fargeston, relacionando com os fatores de desistência.

-Identificar o grau de escolaridade e tempo de uso do tabaco pelos desistentes.

2 PROCEDIMENTOS METODOLÓGICOS

O método adotado para a realização deste estudo foi do tipo exploratório descritivo, com abordagem qualitativa por se tratar de informações de um grupo específico, neste caso usuários de tabaco inscritos e que desistiram do tratamento comportamental do fumante.

Para o presente estudo, foram levantadas as informações necessárias, através de fonte primária com entrevista semi estruturada (Apêndice A), elaborada pela pesquisadora e aplicada no domicílio para melhor resposta do usuário, além de utilizar fonte secundária como a entrevista para a adesão ao tratamento (Apêndice B). Todos os pacientes inscritos no Programa foram submetidos à avaliação clínica onde obteve-se o nível de dependência da nicotina pela escala de Fagerstrom (Anexo A), utilizado pela equipe na unidade básica de saúde.

O Projeto Tratamento Comportamental do fumante teve início em março de 2013 através das Agentes Comunitárias de Saúde que divulgaram a proposta do tratamento aos fumantes. No momento da inscrição foi realizada uma entrevista denominada Abordagem Comportamental do Fumante que tem o objetivo de fazer com que os profissionais que estão trabalhando com o grupo possam conhecer melhor o participante e assim traçar seu tratamento.

O Tratamento Comportamental do Fumante foi ministrado por equipe interdisciplinar do município, anteriormente capacitada. Fazem parte as profissionais: Médica, Enfermeira e Psicóloga. Os grupos aconteceram em dois turnos, um na parte da tarde e outro na parte da noite conforme a disponibilidade dos participantes. A duração dos encontros variou, dentro de 1 hora e 30 minutos, no primeiro semestre de 2014.

A análise de conteúdo utilizada foi a de Bardin (1977) que pode ser compreendida como um conjunto de técnicas de análise de comunicação, tendo procedimentos sistemáticos de descrição do conteúdo obtendo mensagens que permitam a interferência de conhecimentos relativos às condições de produção/recepção das mensagens. Este método propõe a codificação que é o

processo pelo qual os dados brutos são transformados sistematicamente e agregados em unidades, as quais permitem uma descrição exata das características pertinentes do conteúdo.

Para o estudo em questão foram investigados os motivos que levam o usuário de tabaco inscrito no Programa para tratamento do tabagismo à desistência no decorrer dos encontros. A busca dos dados ocorreu com os desistentes através de entrevista semi estruturada em visitas domiciliares.

O estudo respeita a Resolução 466/12, Diretrizes e Normas Regulamentadoras de Pesquisas envolvendo Seres Humanos, do Conselho Nacional de Saúde (CNS) que trata dos aspectos bioéticos em pesquisa. As pesquisas envolvendo seres humanos implicam em consentimento livre e esclarecido dos indivíduos-alvo e a proteção a grupos vulneráveis e aos legalmente incapazes. Neste sentido, a pesquisa envolvendo seres humanos deve sempre tratá-los em sua dignidade, respeitá-los em sua autonomia e defendê-los em sua vulnerabilidade, comprometendo-se com o máximo de benefícios e o mínimo de danos e riscos e garantia de que danos previsíveis serão evitados.

Primeiramente ocorreu um contato com a Secretaria de Saúde do Município, explicando os objetivos do estudo e a forma de coleta dos dados. Após a aprovação para o início da coleta de dados junto à secretaria e comitê de ética e pesquisa, foram contatados os desistentes do grupo que se encaixaram na pesquisa, e explicados os objetivos.

Todos entrevistados concordaram em participar e assinaram o termo de consentimento livre e esclarecido (TCLE), Apêndice C, foi lido, discutido e assinado em duas vias após a decisão da participação, ficando uma cópia com o participante e a outra cópia com a pesquisadora.

As entrevistas foram gravadas, com autorização prévia dos participantes, e depois transcritas na íntegra. As gravações e os registros da entrevista serão arquivados por cinco anos e, após, incinerados pela própria pesquisadora.

A coleta de dados ocorreu entre os meses de março e abril de 2014. Realizada a coleta de dados, foi possível partir para a análise e descrição dos

resultados. Foram descritas as informações da entrevista semi estruturada a respeito do entrevistado dando base para o estudo. Em seguida, foi avaliado o grau de dependência através do teste de Fagerstrom, informação coletada junto à equipe responsável pelo tratamento comportamental do fumante na unidade básica de saúde.

A escala de Fagerstrom foi utilizada em todos os pacientes tabagistas inscritos no Tratamento Comportamental do Fumante no momento da inscrição para traçar o tratamento no grupo. Esta escala foi utilizada a fim de compor os dados da entrevista dos desistentes do Tratamento. A mesma possui seis questões acerca dos hábitos de consumo de cigarros pelos pacientes, sendo classificados como: grau muito baixo (0-2 pontos), baixo (3-4 pontos), médio (5 pontos), elevado (6-7 pontos), muito elevado (8-10 pontos).

3 DESENVOLVIMENTO DO CONTEÚDO

3.1 Revisão Teórica

3.1.1 O hábito tabagista

O Tabaco, substância principal do cigarro, é uma planta da família das solanáceas. De acordo com Henningfield (1988), a planta recebeu o nome de *Nicotina tabacum* em homenagem a Jean Nicot, que era embaixador Francês, em torno dos anos de 1580. O embaixador acreditava muito no potencial medicinal da planta e estimulou o cultivo. A planta de tabaco em Portugal era cultivada no quintal devido ao seu aspecto ornamental. Em meados do século XVI já era plantada com o intuito de produção.

Durante o século XVI, Catarina de Médicis, Rainha da França, sofria de enxaquecas. Sabendo disso, o Embaixador da França e Portugal possuía conhecimento dos benefícios de uma planta exótica, originária do Brasil enviou à Rainha. Catarina começa o hábito de fumar servindo de modelo para os nobres de sua e outras cortes européias. (NARDI, 2008 apud OLIVEIRA, 2008, p.43).

A História do tabaco no Brasil surge como alternativa de trabalho e renda, juntamente com o café. No Brasil colônia, o tabaco serviu de moeda forte no escambo de escravos do Congo, de Guiné e de Angola. (ROSEMBERG, 2005, p.16)

Segundo Rosemberg (2005), o cachimbo e o rapé introduziram-se nas igrejas como rituais de cerimônias. A catedral de São Pedro obscurecia-se durante os ofícios. Clérigos aspiravam tabaco nos altares e, na Catedral de Sevilha, houve padres que cachimbavam durante a missa.

FREEMAN, (1989, p.27) considera;

“Antes que a medicina se tornasse a moderna ciência na qual remédios específicos são prescritos para doenças específicas, o melhor remédio que um médico podia fazer por um paciente era amenizar a dor e ajudá-lo a repousar... e aí entravam as plantas psicoativas”. (FREEMAN, 1989, p. 27)

Os registros históricos apresentam que a ideia de que fumar e utilizar o tabaco para outros fins beneficiava a saúde física. Já a relação dos benefícios do tabaco com a saúde psíquica, ou seja, bem estar, surge mais recentemente. Ambos os pensamentos passam por crenças. (OLIVEIRA, 2008).

A Europa no século XVII considerava o tabaco como remédio para matar piolhos e vermes, fortificar o estômago, beneficiar o coração e até curar certas infecções. A medicina podia catalogar mais de cinqüenta e nove doenças curáveis através do tabaco, era considerada de erva milagrosa. (DEL PRIORI, apud OLIVEIRA, 2008 p.54). Somente neste século, “foi nessa época que o tabagismo teria sido primeiramente rotulado como vício” (OLIVEIRA, 2008, p. 59).

No Brasil, no século XIX, o Desembargador Francisco de Assis Pereira Rocho apostava na riqueza gerada pela produção do fumo. Pouco tempo depois Mabilde, Diretor da Colônia de Santa Cruz envia relatório contendo números a respeito do acerto e veracidade de suas apostas. (SEFFRIN, 2008 apud OLIVEIRA, 2008, p. 44).

Nardi (apud OLIVEIRA, 2008, p. 58) comenta que as propriedades terapêuticas do tabaco continuam sendo entendidas equivocadamente pela indústria tabagista. Estudos científicos demonstram inúmeros resultados contrários à indústria a respeito da tese de que fumar faz bem à saúde.

Em meados da década de 1970, as Assembléias Mundiais de Saúde, através da Organização Mundial de Saúde (OMS), passam a inserir em sua pauta o tabaco. Desta forma iniciam no mundo movimentos antitabagistas. (OLIVEIRA, 2008, p. 60).

O quadro de fumantes vem mudando no Brasil. Hoje muitos desejam abandonar o hábito. “Pesquisas mostram que 80% deles querem parar de fumar, um índice maior do que na Europa” porém os dependentes necessitam de apoio profissional ... o Programa nacional vem capacitando profissionais de saúde, e promovendo a implantação de Centros de Referência em Abordagem e Tratamento Comportamental do Fumante na rede SUS... (INCA, 2003, p.1).

Conforme o Instituto Nacional do Câncer (INCA, 2003, p.1), responsável pelo PNCT, o Brasil está programando e desenvolvendo ações para o tratamento do tabagismo com atenção primária nas unidades básicas de saúde.

O Programa Nacional de Controle do Tabagismo (PNCT) tem como objetivo reduzir a prevalência de fumantes em nosso país, e a conseqüente morbimortalidade por doenças tabaco relacionadas. Para isso utiliza as seguintes estratégias; prevenção da iniciação ao tabagismo, proteção da população contra a exposição ambiental à fumaça de tabaco, promoção e apoio à cessação de fumar e regulação dos produtos de tabaco através de ações educativas e de mobilização de políticas e iniciativas legislativas e econômicas.

No ano de 2004, de acordo com a Portaria do Ministério da Saúde N°1.035, (BRASIL, 2004) que preconiza o Programa Nacional Controle do Tabagismo (PNCT) foi disponibilizado às Unidades Básicas de Saúde contando com a participação das Estratégias da Saúde da Família para maior abrangência populacional.

O Brasil é o país que mais exporta tabaco em folha para os países vizinhos, estes manufacturam o cigarro que retorna ao Brasil de forma ilegal, acarretando em preço baixo, proporcionando um fácil acesso ao consumo.

O Brasil, conforme o Instituto Nacional do Câncer (INCA), em 2010 comemorou cinco anos de adesão à Convenção-Quadro para o Controle do Tabaco (CQCT), primeiro tratado internacional de saúde pública, negociado sob a coordenação da Organização Mundial de Saúde e já ratificado por 192 países. É

lançado na internet o Observatório da Política Nacional de Controle do Tabaco. Este observatório tem como objetivo reunir, organizar e disponibilizar informações e conhecimentos atualizados sobre a implementação da Convenção-Quadro para o Controle do Tabaco no Brasil.

O Brasil utiliza uma ferramenta denominada Vigitel que monitora o tabagismo desde 2006, conforme (INCA, 2011, p. 15);

... um sistema de monitoramento anual por telefone, o Vigitel, que investiga fatores de risco e proteção para doenças crônicas e morbidade referida entre adultos de 18 anos ou mais, residentes em domicílio com linha fixa de telefone. Apesar de restrito às capitais e aos proprietários de linhas telefônicas, permite o acompanhamento anual da prevalência do consumo dos produtos de tabaco.

Pesquisas realizadas pelo INCA demonstram que são muitos os tributos arrecadados pelo estado com a produção do Tabaco, porém de forma alguma significa geração de riqueza. Os tributos recolhidos não são suficientes para cobrir gastos gerados pelo tabaco.

Na questão de geração de empregos no Brasil, relacionado ao tabaco, é necessário uma reflexão de quanto estes trabalhadores atuam diretamente na agricultura. A produção ocorre por plantações familiares onde mulheres e crianças atuam como mão-de-obra barata e não especializada (OLIVEIRA, 2008. pg.82).

3.1.2 Danos à saúde pelo uso do tabaco

As crenças a respeito dos benefícios físicos ao corpo humano, surgem desde registros históricos do continente americano, que segundo Rosemberg (OLIVEIRA apud, 2008 p.52) há mais de seis mil anos a.c, tribos distintas umas das outras, utilizavam o tabaco com um mesmo objetivo, curar os males, as doenças e aliviar as dores.

Conforme o Instituto Nacional do Câncer (INCA) há muitos anos o ato de fumar foi, equivocadamente, interpretado como um estilo de vida e reforçado expressivamente pela propaganda. Hoje, ao contrário, existe o entendimento de que o tabagismo é uma doença resultante da dependência à nicotina, tendo como classificação no Código Internacional de Doenças (CID-10) no grupo de

transtornos mentais e de comportamentos decorrentes do uso de substâncias psicoativas. Se não bastasse, além disso, as diversas substâncias presentes na composição dos produtos do tabaco são fatores causais para cerca de mais de 50 doenças relacionadas à inalação da fumaça do cigarro.

A história do tabagismo é a história dos homens que utilizaram o tabaco em alguma situação de suas vidas. No momento, através da evolução dos aspectos médicos, se conhece o impacto negativo do consumo do tabaco sobre o corpo humano, desta forma, preconiza-se o direito de proteção da vida.

Sobre a produção do tabaco o Ministério da Saúde considera: “ o trabalho direto na plantação e cultivo de tabaco gera consequências sérias à saúde dos trabalhadores e, conforme se assinalou, é pouco rentável “

O fato de uma pessoa acender um cigarro no mesmo ambiente com outros indivíduos, sejam eles crianças, adolescentes, adultos, homens, mulheres, portadores de doenças crônicas e até mesmo um fumante em tratamento, ele é capaz de causar sérios problemas a estas pessoas com esta pequena atitude rotineira. Este indivíduo é sofredor de sua atitude tanto quando as pessoas do seu convívio quando o presenciam fumando.

São inúmeros os danos provocados pelo uso da nicotina contida no tabaco, Conforme Rosemberg (2005), desordem mental de uso de substância psico-ativa, efeitos lesivos sobre o sistema nervoso, cardio-circulatório e diversos aparelhos e órgãos, participando de processos cancerígenos.

Sobre os males ao organismo humano, Rosemberg (2005, p. 32) considera:

São conseqüências diretas da nicotina; hipertensão, aterosclerose, espessamentos da parede das artérias e sua obliteração, provocando, conforme as regiões, gangrena das extremidades (doença de Reynaud), impotência, doenças coronárias, angina do peito, infarto do miocárdio e acidentes vasculares cerebrais.

A OMS considera a dependência do tabagismo a causa mais evitável de doença e de morte (ROSEMBERG, 2005, p.33).

Dados da OMS, considera que quatro milhões de pessoas morrem prematuramente a cada ano devido a doenças relacionadas ao tabaco. Considera ainda que até 2.030 esse número pode chegar a duzentos e cinquenta milhões de

crianças de hoje futuros adultos se o mesmo consumo continuar. (OLIVEIRA, 2008).

Para Rosember, (OLIVEIRA apud, 2008, p. 64) “dentre as doença desencadeadas direta ou indiretamente pelo fumo, algumas são irreversíveis. É o caso do enfisema..”

As crianças e as mulheres tendem a ter maiores problemas relacionados com a fumaça do cigarro, como fumantes passivos.

Em relação às mulheres, Rosemberg, OPAS (apud, OLIVEIRA, 2008, p. 65) consideram:

... a menopausa pode ser antecipada, as fumantes tem três vezes mais chances de não ser férteis, quarenta por cento das mulheres grávidas têm partos prematuros e de trinta a setenta por cento apresentam mais possibilidades de aborto espontâneos.
.... o feto também fuma, recebendo as substâncias tóxicas através da circulação sanguínea. Isso gera a elevação do ritmo cardíaco do feto e age sobre seus centros nervosos.

As mortes prematuras ocasionadas pelo uso do tabaco, é considerada maior que a soma de mortes oriundas pela AIDS, drogas como cocaína, heroína, álcool, assim como acidentes de trânsito além dos incêndios e suicídios. (INCA apud, OLIVEIRA, 2008, p. 68).

O Instituto Nacional do Câncer aponta; “... os fumantes em geral gastam mais com medicamentos, consultas e intervenções médicas, além de apresentarem mais perdas salariais decorrentes de ausência de trabalho”.

O Ministério da Fazenda (2001) citado por Oliveira, (2008, p. 86), afirma:

... controlar o tabagismo, em uma análise custo benefício econômicos, apontam para a sua necessidade e urgência. O que se alcançará em termos de proteção da vida e qualidade de vida das pessoas já as justificaria, apenas pelo que são e representam como valores. O tabaco e, em especial, o cigarro, não geram riquezas, nem para o Estado, muito menos para as pessoas.

Segundo a OPAS (2010) no Brasil, “ o fumo é o fator causal de 90% dos casos de câncer de pulmão e de 30% de todos os demais tipos de neoplasia. O conjunto dessas doenças já representa a segunda causa de morte entre os brasileiros e tende a expandir-se”.

3.1.3 Atenção primária no Programa Nacional de Controle do Tabagismo

As pesquisas a respeito de porque as pessoas fumam somente iniciaram no final dos anos 1970, antes disso fumar era um ato voluntário que fornecia prazer. Até então a única informação que se oferecia era que o fumar fazia mal a saúde. Quando uma pessoa falhava ao largar o hábito, entendia-se que este indivíduo não compreendia da forma correta que o fumar fazia mal a sua saúde e sim que seria uma pessoa portadora de uma personalidade autodestrutiva (HENNINGLIELD, 1988).

Os direitos fundamentais, segundo Oliveira (2008, p. 117), primeiramente podem ser caracterizados como individuais, que o homem possui através de sua liberdade, autonomia e independência. Esses direitos passam a ser direitos sociais com significado oposto, passa a se impor ao estado e às pessoas o direito de zelar pela saúde de todos. Essa concepção de direitos passa a ser percebida com a Revolução Industrial.

O Brasil tem incentivado muitas estratégias para prevenção do uso do tabaco, em termos de Saúde Pública. Apesar da legislação brasileira para controle do tabaco ser uma das mais fortes do mundo, essas companhias fumageiras constantemente a desafiam, reagindo às restrições que impedem a promoção, venda e o consumo de seus produtos.

No século XX, surgiram as primeiras Leis brasileiras que avaliavam o tabaco como um problema de saúde pública. Embora exista estas Leis, ainda hoje a crença que o tabaco tem seu benefício para a saúde e riqueza para o Estado, prevalece e muito na comunidade.

O Ministério da Saúde constituiu as primeiras Portarias contra o tabaco em meados da década de 1990. A partir de 1985 a Portaria recomenda ambiente restrito para fumantes em órgãos públicos; em 1988, os maços de cigarro passaram a possuir tarjetas de advertência. A primeira Lei antitabagista foi a lei n. 7.488, de 11 de junho de 1986, criando o Dia Nacional de Combate ao Fumo, dia 29 de agosto.

Segundo o Instituto Nacional do Câncer (INCA), no Brasil, desde 15 de

dezembro de 2011, com a Lei n 12.546 (no artigo 49), a Legislação federal vigente sobre tabaco no Brasil que busca atribuir restrições ao fumante foi adotado com objetivos de racionalizar o uso de cigarro em ambientes coletivos fechados;

... Fumar em recintos coletivos fechados, privados ou públicos, de todo o país. Esta lei representa um importante avanço na política nacional de controle do tabagismo, garantindo proteção à população brasileira contra os danos à saúde decorrentes da exposição à fumaça ambiental do tabaco, em especial aos trabalhadores de restaurantes, boates e outros estabelecimentos comerciais, os quais eram submetidos às mais de 4.700 substâncias tóxicas presentes na fumaça do cigarro durante toda jornada de trabalho.

A Legislação brasileira, passa por mudança de enfoque, segundo citação de Oliveira (2008, p.158-159). Os projetos de lei em transmissão no Congresso Nacional se aproximam de cento e cinquenta propostas antitabagistas.

... proibição de fumar em aeronaves comerciais, transportes coletivos ou em lugares públicos ... proibição da propaganda comercial de produtos de tabaco, questões da legislação atualmente em vigor. Outro grande grupo de projetos de lei busca proibir a venda de cigarros a crianças e adolescentes, disciplinar a embalagem, especialmente garantindo o direito de informação plena, bem como limitar as quantidades de ingredientes.

No dia 31 de maio de 2014, dois anos após a lei Antifumo, Dia Mundial sem Tabaco, foi aprovada pela Presidente Dilma Rousseff, o Decreto N. 8.262 que visa proibir o uso de cigarro em locais coletivos, fechados e extingue os fumódromos entre outras restrições voltadas ao uso de tabaco. Este Decreto entra em vigor a partir de dezembro de 2014, sendo que a fiscalização do cumprimento das regras é de responsabilidade das Vigilâncias Sanitárias Estaduais e Municipais.

Com o objetivo de disponibilizar ações educativas e de promoção e apoio a cessação de fumar, o Instituto Nacional do Câncer (INCA) tem investido em pesquisas avaliativas, projetos pilotos, reuniões de consenso, desenvolvimento de materiais educativos e de metodologias de capacitação assim como o Tratamento Comportamental do Fumante para dar sustentação ao processo de expansão nacional do programa, o qual tem sido realizado em parceria com as secretarias estaduais e municipais de saúde de todo o Brasil.

A legislação federal sobre o tabagismo, define diversas iniciativas para o controle do tabaco, visando a vida. De acordo com a Portaria 571/2013, Art. 3º “A

atenção às pessoas tabagistas deverá ser realizada em todos os pontos de atenção do SUS, prioritariamente nos serviços de Atenção Básica”.

“O estímulo à mudança de comportamento e a constante informação da população sobre os fatores de risco de câncer são fundamentais para a prevenção primária de câncer”. (INCA, 1997).

Segundo Convenção-quadro para Controle do Tabaco (CQCT), em 21 de maio de 2003, o projeto busca um tratamento internacional ao tabaco, considerado problema de saúde pública. A Convenção-quadro foi aprovada por unanimidade em 192 estados membros da OMS. No Brasil somente entrou em vigor em 27 de outubro de 2005. Muitas ações propostas devem ser praticadas conforme o documento, o país deve continuar investir no Programa Nacional de Controle do Tabagismo destinado a evitar a iniciação e na cessação do tabagismo.

O Brasil possui segundo a OPAS (2010) o Programa Nacional de Controle do Tabagismo desde 1989. Este programa é coordenado em nível nacional pelo Instituto Nacional do Câncer (INCA);

... órgão do Ministério da Saúde, e tem como objetivo principal a diminuição da prevalência de fumantes e a consequente redução da morbi-mortalidade relacionada ao consumo de produtos fumígenos no Brasil. Por meio da criação de coordenações estaduais e municipais de controle do tabagismo, esse programa tem se distribuído, de forma descentralizada, para os estados e municípios brasileiros.

Para o filósofo Mill, citado por Oliveira (2008, p.95) a liberdade de opinião é regra, porém “ninguém pretende que as ações devam ser tão livres quanto as opiniões”. Cita ainda que as opiniões devam ser livres e os atos responsáveis caso haja danos a outros indivíduos devem ser controlados e punidos.

A Organização Pan-americana de Saúde (OPAS) acredita que as campanhas ou ações educativas estão voltadas à população adulta, sendo que no mundo todo a cada ano surgem milhões de novos fumantes sendo sua maioria crianças e adolescentes. É possível identificar que as medidas mais eficazes são as normativas e as educativas para cessação e iniciação do hábito. É necessário buscar ações educativas ainda no âmbito escolar para a promoção da saúde e prevenção da iniciação.

A Organização Mundial de Saúde (OMS), afirma que;

... embora existam abundantes provas de que é possível reduzir a demanda do tabaco, muito menos verificáveis são aquelas que demonstram a possibilidade de diminuir com êxito a oferta ... o cultivo do tabaco é atrativo para os agricultores e proporciona lucros mais elevados por terra cultivada do que a maioria das plantações comerciais ... o preço global do tabaco é relativamente estável em comparação com outros bens, além do fato que a indústria do tabaco proporciona forte apoio a eles.

No âmbito escolar, ambiente este em que se encontra o futuro do país, organizações de saúde como o Ministério da Saúde, Organização Pan-Americana de Saúde, Organização Mundial da Saúde, Centro de Controle de Doenças dos Estados Unidos, Instituto Nacional de Câncer, secretarias estaduais e municipais de Saúde e Educação, organizações não governamentais e comunidades trabalham com o Vigescola desde 2002. A pesquisa monitora escolares entre 13 e 15 anos de idade em inquéritos repetidos (INCA, 2011).

O Brasil, tem adotado medidas normativas para o controle do tabagismo. É preciso que todos os órgãos do estado trabalhem com uma política antitabagista evitando desentendimentos com a política pública de diferentes órgãos. Também o autor traz que é necessário tornar a produção e consumo custosos, acredita ser um elemento chave para o controle do tabagismo. (OLIVEIRA, 2008, p.165).

3.1.4 Não adesão e Abandono do tratamento

O ser humano no decorrer de sua vida está sempre em busca de algo prazeroso. Nestas buscas, por diversas vezes, ele é capaz de encontrar experimentos que possam se tornar algo para a vida inteira. Segundo a concepção do pensador Kierkegaard mencionada por Nogare (apud OLIVEIRA, 2008, p.28) haveria três estágios de consciência do homem; o estético, marcado pela busca da felicidade no prazer; ético, em que se busca a felicidade pelo cumprimento do dever e o religioso, em que o homem busca a Deus. O ser humano ao longo de sua existência se encontraria sempre em algum destes estágios.

Para Aristóteles (1991), o ato voluntário é compreendido como ação que

depende de um agente exercendo-a conscientemente. De acordo com Oliveira (2008 p.101) o tabagismo é uma questão de sujeição e vulnerabilidade.

Tabagismo é um vício, causado pela dependência da nicotina contida no cigarro, sendo assim, uma vez que este se torna consumo habitual, ele deixa de ser uma decisão livre e consciente, tornando-se uma necessidade psíquica e biológica. (OLIVEIRA, 2008, p. 102).

O uso de drogas psicoativas tem relações muito fortes com a sociedade e cultura (FREEMAN, 1989).

Algumas pessoas a evitam de todo. Uns poucos usam as drogas com moderação e inteligência. Outros, porém, repetidamente procuram escapar de seus problemas pelas drogas. O Stress, a insegurança, a pobreza, o desemprego, a solidão, o tédio – todos esses fatores podem levar uma pessoa a experimentar drogas.

Diversos fatores estão elencados com a vontade de parar de fumar e com a dependência. São elas como, características fisiológicas orgânicas, psicológicas, genéticas e comportamentais (ROSEMBERG, 2005) e (OLIVEIRA, 2008).

O fumante tem dificuldades para abandonar o hábito mesmo sabendo de todas as informações e segundo a Medicina apresentada por Oliveira (2008), fumar não é apenas um mau hábito que pode ser abandonado por livre escolha, é necessário por diversas vezes apoio medicamentoso.

São motivos de grande importância para a adesão e abandono do tratamento a história de vida do tabagista, suas tentativas anteriores de tratamento, apoio, motivação, dependência, presença de doenças médicas e doenças psíquicas. (SANTOS, 2011)

Para melhor a eficácia do tratamento, os usuários de tabaco devem procurar e perguntar pelo tratamento. Da mesma forma é necessário tornar atrativo o tratamento para que os usuários tenham interesse em parar de fumar, assim como, permanecer no tratamento. (SANTOS, apud NICE, 2008)

O grupo terapêutico, a terapia comportamental mesmo em seu atendimento isolado é responsável na eficácia do tratamento além de aumentar o sucesso medicamentoso quando usados simultaneamente (SANTOS, 2011).

3.2 Apresentação e discussão dos resultados

O número de inscritos no Tratamento Comportamental do Fumante totalizou vinte e oito fumantes. Dez inscritos desistiram do tratamento e estes são os participantes desta pesquisa. Dos dezoito que permaneceram no tratamento quatorze pararam de fumar no primeiro semestre de 2014.

Dentre os desistentes foi realizada a distribuição por sexo, faixa etária e grau de dependência e participação no grupo comportamental, escolaridade, profissão e tempo de consumo, totalizando dez entrevistas. O perfil dos usuários desistentes do tratamento comportamental pode ser visto no Quadro 1.

QUADRO 1. Perfil dos pacientes desistentes do Tratamento Comportamental do Fumante.

PERFIL DOS PACIENTES DESISTENTES DO TRATAMENTO COMPORTAMENTAL DO FUMANTE								
NOME	SEXO	IDADE	GRAU DE FAGESTROM	INC. TRATAMENTO	ENCONTROS	ESCOLARIDADE	PROFISSÃO	INICIOU IDADE
A. S.	M	77	1 MUITO BAIXO	NÃO	0	Ens.Fund.Incompleto	Pedreiro	15
O. V.	M	75	0 MUITO BAIXO	NÃO	0	Ens.Fund.Incompleto	Agricultor	10
J. A. O.	M	53	3 BAIXO	NÃO	0	Ens.Fund.Incompleto	Agricultor	18
J. V. C.	M	56	7 ELEVADO	SIM	02	Ens.Fund.Incompleto	Agricultor	16
J. C. P.	M	44	8 MUITO ELEVADO	SIM	01	Ens.Fund.Incompleto	Agricultor	12
L. R.	M	41	08 MUITO ELEVADO	SIM	02	Ens.Fund.Incompleto	Aposentado	14
J. A.	M	35	06 ELEVADO	SIM	01	Ens.Fund.Incompleto	Agricultor	14
D. B.	F	41	08 MUITO ELEVADO	SIM	04	Ens.Fund.Incompleto	Diarista	15
M. P.	M	60	09 MUITO ELEVADO	SIM	04	Ens.Fund.Incompleto	Agricultor	15
C. C.	M	46	07 ELEVADO	SIM	05	Ens.Fund.Incompleto	Agricultor	15

Dos 10 desistentes entrevistados, nove eram homens e uma mulher. O sexo masculino está associado a maiores prevalências do consumo do tabagismo devido à história e à cultura. O hábito de fumar iniciou no mundo como um

comportamento do sexo masculino (SANTOS, 2011).

A idade dos participantes entrevistados variou de 35 a 77 anos, sendo que a faixa etária que iniciaram o uso do cigarro foi entre os 12 a 18 anos.

O Grau de Fagerstom (teste avaliação do grau de dependência) dos entrevistados pode ser considerado de elevado a muito elevado, fator este em que a dificuldade é maior para o Tratamento.

O Grau de escolaridade de todos os entrevistados apresenta o ensino fundamental incompleto. A respeito da profissão, a maioria é agricultor e produtor de fumo, o que é um grande fator que contribui para consumo do tabaco.

A escolaridade tem grande interferência na iniciação do hábito de fumar, estudos como (INCA, 2011 p. 31) apontam;

O tabagismo é um problema que reflete as desigualdades sociais no país: o percentual de fumantes diminui à medida que cresce o número de anos completos de estudo. Pessoas com 11 anos de estudo ou mais apresentaram cerca de metade do percentual de usuários de tabaco quando comparadas às pessoas sem instrução.

A idosos, sexo masculino e baixa escolaridade são fatores considerados por Araújo et al (2004), de difícil cessação do hábito de fumar. Este tipo de fumante é mais persistente em aceitar mudanças no estilo de vida e abandonar o cigarro, pois pela baixa qualidade de vida, vê o cigarro como um bom companheiro.

Houve uma redução significativa no número de cigarros consumidos diariamente e no grau de dependência da nicotina de alguns pacientes desistentes do Tratamento Comportamental do Fumante.

Alguns entrevistados percebem o comprometimento dos profissionais e, assim, também se cooresponsabilizam mais pela sua saúde. Mudanças nos processos de trabalho e nas práticas produzem, sim, mudanças subjetivas nos profissionais e usuários.

Segundo a (OPAS) Organização Pan Americana de Saúde, um estudo, realizado nos Estados Unidos entre jovens de 12 a 17 anos, apontou que 66% gostariam de largar o hábito. O estudo conclui que alcançar este objetivo ultrapassa a vontade da pessoa. São motivos elencados estes como ansiedade,

depressão, stress, baixo-estima e que levam ao vício proporcionando bem estar pelo uso da nicotina (OLIVEIRA, 2008, p.106).

A seguir serão apresentadas as categorias temáticas do estudo: Avaliação aos profissionais envolvidos no tratamento/ Avaliação Tratamento Comportamental do Fumante; Dificuldade-Facilidade na adesão/ Apoio familiar; Fatores de desistência; Pretensão de novo Tratamento.

Avaliação aos profissionais envolvidos no tratamento/ Avaliação Tratamento Comportamental do Fumante.

Grande parte dos entrevistados relataram que os profissionais se demonstraram bastantes engajados no processo de trabalho perante o grupo. Os participantes do estudo consideram de bom a ótimo, de forma geral os profissionais e o tratamento como nota dez, oferecendo grande ajuda aos usuários através das boas explicações.

“Foi, foi, foi tudo fácil acesso. Eu não tenho reclamação nem uma, tudo foi certinho”. (E3)

“Muito bom, é a força que vem pra pessoa, né! Essa força ai pra parar de fuma, então são especial”. (E5)

“... eu avalio bem, foi uma palestra boa, acho que a gente não parou por que a gente não quis! Não por causa das pessoas que vieram palestra. Eles tão lá pra dar uma força pro cara, para pessoa deixar né, isso é de cada um, tem uns que conseguem parar, outros são teimoso”. (E7)

“... tinha que ter vindo antes! Bastante gente idosa que deixou de fumar, vai melhorar a vida deles, se tivesse vindo antes melhor ainda!”. (E9)

Estudos realizados para avaliar o custo-efetividade do tratamento Comportamental do Fumante demonstram que intervenções breves por médicos da família e enfermeiras, em qualquer das idades e cenários, além de todos os métodos associados como; reposição da nicotina, auto-ajuda e orientação por telefone, geram ganhos de anos de vida e qualidade (SANTOS, 2011).

Quanto ao Tratamento comportamental do Fumante, percebem como uma boa iniciativa dos profissionais para ajudar quem tem a dependência e da mesma

forma ajudar os que são fumantes passivos. O deslocamento dos usuários para o tratamento também foi avaliado pelos participantes, que relatam não precisar sair do município para se tratarem. Percebem que o tabaco não deveria existir para uso humano.

Pode-se perceber a importância dada ao Tratamento Comportamental do Fumante pelos participantes que tiveram maior frequência nos encontros com 04 e 05 participações em comparação aos que frequentaram 01 ou 02 encontros. Os que tiveram maior participação relataram a necessidade de interrupção do hábito para controle das doenças e consideram o tratamento muito contribuinte. Isso poderá ser resultado das abordagens dos profissionais apresentadas em grupo durante os encontros.

O Programa Nacional de Controle do Tabagismo, pactuada pelos gestores e profissionais da saúde, tem forte relação com custo e efetividade já que o aconselhamento para o tratamento é a forma mais efetiva de dispor do tempo do profissional da saúde para a prevenção da morbidade e mortalidade dos pacientes (SANTOS apud, CROMWELL, 1997).

Dificuldade-Facilidade na adesão/ Apoio familiar.

Para Araújo et al., (2004), independente do método utilizado para abandonar o hábito de fumar, o sucesso dependerá da identificação dos fatores difíceis.

A organização da equipe de profissionais, relacionada com a informação, inscrição e distribuição de insumos para o tratamento e a economia para fazer o tratamento, (não precisar gastar dinheiro) foi vista como facilidade para os usuários frequentar o grupo. A informação do Tratamento Comportamental do Fumante chegou à população tabagista através do Agente Comunitário de Saúde, que está na comunidade diariamente.

“... gostei da motivação, dos adesivos, comprimidos, que tem uns que podem outros não podem e o grupo né uns fumavam pouco, não conseguiam largar, outros fumavam bastante e conseguiram. E eu tava

conseguindo também, e não teve jeito, um dia e meio fiquei sem fumar e não foi fácil, só na água gelada e depois não teve jeito”. (E9)

Um entrevistado relata não ter aceitado a forma em que o profissional médico debate algumas situações a respeito do uso de tabaco. Considera que este fator foi um grande contribuinte para sua desistência.

“... aquele detalhe da Doutora, de ofende e fazer de pouco das pessoas, por que nem, todos que tem vício, consegue abandonar... É conforme o grupo, se o grupo é unido, a Doutora, se colocou a profissão dela na frente do grupo, e quem tava no vício, ficou prejudicado”.(E9)

O uso do adesivo para alguns entrevistados foi de difícil aceitação, causava náuseas. Alguns pacientes fizeram uso do adesivo e fumavam normalmente.

“... eu desisti por causa do adesivo não tava fazendo nada, talvez era cedo a hora que eu larguei. ... comecei com os mais forte e depois os mais fraquinho e se não fez bem os mais forte mais difícil os mais fraquinhos eu acho!”. (E8)

“ah! Só botei dois e depois não coloquei mais!... vontade eu tinha, mas não sei parece que o vício era maior. ... dava um negócio assim de enjoar o cigarro, mas não sei eu queria fumar”. (E10)

Isto talvez tenha se dado devido o paciente não diminuir o consumo de cigarros, e fazer uso do adesivo ao mesmo tempo, sendo que é recomendável a terapia de reposição da nicotina (TRN) somente quando o paciente parar de fumar completamente (ARAÚJO et al., 2004)

O apoio familiar é um fundamental no processo de qualquer tratamento. Muitos entrevistados relataram que o apoio foi de toda a família por diversos motivos e entre eles questões de saúde na história familiar que chegou a óbito devido, ao uso do cigarro. A família foi grande apoiadora em quase todos os casos. Foi relatado pelos entrevistados que já possuíam alguns problemas de saúde causados pelo cigarro como: aftas, azia, alergias cutâneas, hipertensão e problemas pulmonares.

“... é elas falavam pra ir pra ver se conseguia deixar de fumar , -aproveita vai até que estão te dando esse apoio, até que tem até que te ajudam”. (E8)

“Sempre, meu filho me pede por que eu ainda fumo, - pai larga dessa

porcaria! o mais importante é que ele pegava os livrinhos pra mim ler”.
(E9)

“Ah! Parceria mil! Como foi com o álcool, também no cigarro. Na verdade a gente fuma meio que de vadio, as vezes bota um cigarro na boca”.
(E10)

Houve um relato em que a família duvidava que seu familiar poderia parar de fumar, oferecendo cigarro para o mesmo. Em outra situação, o companheiro não incentivou e a filha só cobrava para parar de fumar, sem ajudá-la.

“Pra mim é uma ajuda muito grande. É parar de fumar sozinho assim um dia fica sem outro dia fuma, né! Tinha parado de fumar, né! Fiquei 15 dias sem fumar quando fui lá, mas depois meu pai fuma dentro de casa e a outra minha irmã vinha e fumava também. E aí fui indo, ali em baixo fuma direto eu fui, fui, fui até eu pegar um cigarro e depois peguei e fumei de novo outro cigarro, quando vi tava com a carteira no bolso”. (E5).

As dificuldades apresentadas foram relacionadas ao trabalho, falta de apoio familiar e de amigos, problemas familiares, outras patologias (depressão), abstinência alcóolica, vontade de continuar fumando, transporte até a UBS, não adequação do adesivo, o que acabou refletindo no abandono do tratamento pela falta nos encontros.

Fatores de desistência.

Todos os participantes possuem uma única fonte de renda. Um dos participantes do turno da noite enfrentou dificuldades pois trabalhava em outro município e não podia voltar diariamente, isso fez com que o mesmo abandonasse o tratamento.

“... se, fosse que eu tivesse por ali como eu disse, tinha participado, tinha até pego medicamento. Tipo se eu não tivesse ido pra lá era R\$ 700,00 reais por semana que ia perder. Eu gostaria mais de parar de fumar que gasta em torno de R\$ 200,00 pila né! se eu estivesse por aqui mas...” (E7)

O etilismo é um grande vilão que também precisa de Tratamento Comportamental assim como o tabagismo. Os usuários desistentes do tratamento

Comportamental do Fumante na sua maioria foram etilistas, e ficaram com receio de voltar a beber se abandonassem o hábito de fumar.

“... que nem eu quando bebia, parei de beber perdi os amigos... isso depende da cabeça da pessoa e do organismo”. (E7)

O autor Henningfield, (1988) em sua literatura diz que o álcool foi uma das primeiras drogas a serem cuidadosamente estudadas em relação com o fumo. Os fumantes tragam mais quando bebem, o que acontece é que as pessoas inalam mais conforme a bebida ingerida, quanto mais forte mais as pessoas fumavam.

Muitos entrevistados relatam a dificuldade de ficar sem fumar após as refeições, falar ao telefone, com café, chimarrão, momento este em que a combinação pelos entrevistados é “perfeita”, o prazer gerado pelo cigarro acalma. Outros relatam que não ter algo entre os dedos faz falta.

“Os estímulos ambientais podem despertar a vontade do prazer abandonado”. (HENNINGFIELD,1988 p. 75). O autor traz que quando isso acontece a recaída pode ser mais provável, o cheiro de cigarro pode aflorar a vontade de fumar despertando reações fisiológicas e psicológicas.

O transporte para se deslocar ao Tratamento na UBS foi uma das grandes dificuldades de um entrevistado. Este fazia uso de carona ou ia a pé, caminhando muitos quilômetros no turno da noite. Como sua companhia que oferecia carona parou de frequentar o tratamento, este também deixou de ir, abandonando o tratamento.

“Do turno da noite e do transporte, se fosse de dia eu ia até a pé, não tinha de incomoda ninguém aí eu ia a pé”. (E5).

Dois entrevistados com quadro depressivo fizeram o tratamento e não foram até o final devido a problemas familiares, irritabilidade, persistência em não abandonar o hábito.

O consumo de cigarro é maior em pacientes psiquiátricos em comparação com a população em geral, estes apresentam histórias marcadas por abuso de drogas e álcool. Estudos demonstram que tabagismo e depressão estão relacionados com afeto negativo e ansiedade em que o indivíduo se encontra fazendo com que faça uso do cigarro aliviando os sintomas (ARAÚJO et al., 2004).

De acordo com Freeman, (1989) as pessoas fazem o uso de drogas para escapar de seus problemas. A depressão pode ser considerada uma defesa contra situações de stress. Surge de algum fracasso na vida (MCLELLAN, et al., 1988).

“...sabe né! tem uns cara aqui que saíram ai os nervo sobe um pouquinho mais e tudo ajuda pro cara continua fumando. ... stressava e o cara tava sempre meio nervoso e o cigarro parecia que acalmava um pouco os nervos”. (E2)

O autor Henningfield (1988), em sua literatura, os fumantes podem usar a nicotina para ajustar seus níveis de norepinefrina e regular seu estado de espírito. Desta forma é comum nos deparamos com fumantes que afirmam seu hábito para estimulação e redução de stress.

Houve três inscritos que não frequentaram o grupo para o Tratamento Comportamental do fumante. Um deles conseguiu parar de fumar por complicações de saúde como hipertensão arterial, os outros dois continuam fumando normalmente. O motivo com que os levou a não participar do tratamento foram: falta de orientação sobre o início do tratamento e falta de interesse.

“... era pra eu ir atrás na fim eu também não fui atrás e ninguém mais falo nada”. (E6).

A falta de motivação tem se mostrado nas entrevistas como fator pioneiro para a desistência do tratamento. Para Echer, (2006) a determinação e a motivação são os pontos de partida para a cessação do tabagismo, o abandono acontece quando o resultado é longo e dificultoso.

O adesivo de nicotina foi ofertado para cada participante com dosagens de acordo com sua dependência para a TRN. Um entrevistado diz desistir do grupo porque o adesivo não estava fazendo efeito, e acreditava que somente o adesivo o faria parar de fumar.

“... pois é a gente fica ali meio teimoso também né! o adesivo me fazia mal, e daí a pouco tinha que bota na boca de novo aquela droga!”. (E2)

“... no começo uma meia hora dava alergia, no local e depois deu pra bola, parecia que tinha um negocio que puxava dentro, mas sei la não precisava nem coçar, depois ficava normal”. (E9)

Deixou de usá-lo e não freqüentou mais os encontros. Alguns participantes não fizeram o uso do adesivo disponibilizado. Este pode ser considerado um fator de desistência, a falta de comprometimento com o tratamento.

Sobre a difícil adesão às regras do tratamento, Nunes e Castro (2011, p.69), afirmam;

Os dependentes de tabaco, quando buscam tratamento, geralmente o fazem com conflitos, com aquilo que chamamos de motivação flutuante, isto é, eles querem fazer algo a respeito do seu comportamento mas, ao mesmo tempo, também não querem. No caso dos fumantes, por exemplo, o conflito seria entre continuar fumando e parar de fumar.

De acordo com INCA (1997) apud (ARAÚJO et al., 2004), para o sucesso na abordagem comportamental do fumante além do tratamento é preciso entender que deixar de fumar leva tempo devido às mudanças de comportamento, sendo que podem ser até de três a quatro tentativas antes de alcançar a cessação.

Pretensão de novo Tratamento.

A maioria dos participantes entrevistados nunca fez algum tipo de tratamento para parar de fumar. Já tentaram parar por conta própria diversas vezes, mas sem sucesso. O presente grupo foi a primeira experiência de tentativa de abandono do hábito de fumar com apoio profissional.

Todos os entrevistados possuem muita vontade de parar de fumar, demonstram interesse em participar novamente do tratamento. Um entrevistado relata não estar preparado pra o tratamento no presente momento. Alguns diminuíram o uso do cigarro.

“Quero entra sim, se tem ainda né! Quero entra pra mim para, senão não vou para, né! Um vem lá me dá o cigarro ai eu vo lá pega o cigarro e fumo”. (E5).

“... tenho, tenho! Eu digo que amanhã eu vou parar de fumar, mas chega amanha eu fumo de novo!”. (E8)

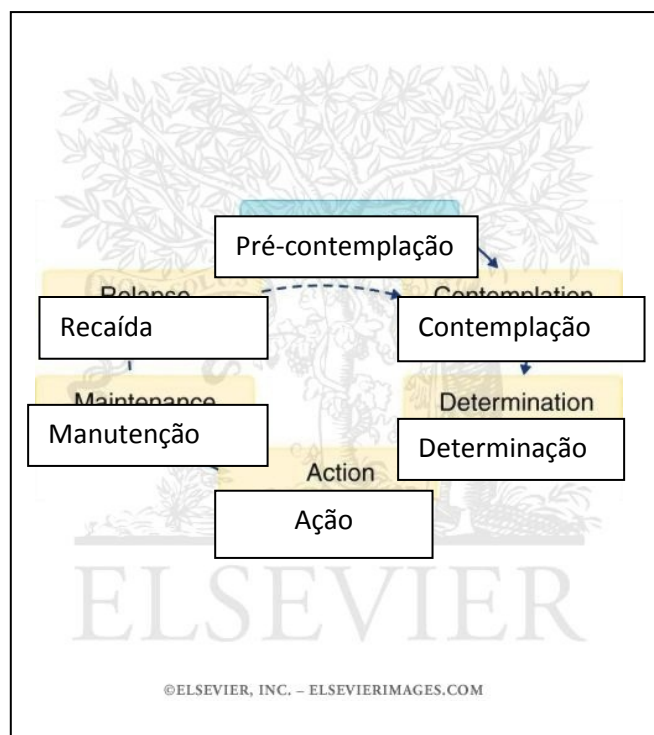
“... no momento não, mais tarde sim!”. (E9)

Estes relatos podem ser considerados estágios contemplativos apresentados por Prochaska e Diclemente (1982 apud NUNES e CASTRO, 2011, p.68);

... a prontidão para a mudança, baseada no modelo de estágios de mudança, ou vontade de mudar... esse modelo acredita que a mudança se faz mediante um processo e, para tal, a pessoa passa por diferentes estágios. A primeira forma de mostrar esse processo foi por meio de uma roda. São necessárias habilidades diferentes ao se trabalhar nos estágios da contemplação e da ação.

Prochaska e Di Clemente (apud, ARAUJO et al., 2004) descreveram os estágios de mudança comportamental até que um fumante consiga parar de fumar: Fase pré-contemplativa; o paciente não tem a pretensão de parar de fumar. Fase contemplativa: o fumante reconhece que precisa parar de fumar. Preparação para a ação: o paciente considera seriamente que precisa para de fumar. Ação: o paciente para de fumar. Manutenção: o paciente para de fumar, mas necessita de acompanhamento. Lapso/ Recaída: fuma alguns cigarros e volta a ficar sem fumar ou volta a fumar. (Figura 1)

Figura 1. Diretrizes para Cessação do Tabagismo.



“Em geral, 85% voltam à fase contemplativa e somente após três ou quatro tentativas conseguem ficar totalmente abstêmios”. (PROCHASKA e DI CLEMENTE apud, ARAUJO et al., 2004).

O Processo para cessação do tabagismo possui implicações terapêuticas, (PROCHASKA e DI CLEMENTE apud, ARAUJO et al., 2004 p.12).

... não há sentido no oferecimento de medicamentos para indivíduos em fase pré-contemplativa. Nesta fase, são mais importantes as ações educativas, informando sobre os riscos do tabagismo, dos benefícios da cessação e da possibilidade de sucesso sem sofrimento intenso.

O Tratamento Comportamental do Fumante é fundamental para o usuário, é no grupo através dos profissionais e outros participantes que ele encontra sustentabilidade para continuar seu tratamento. Pode-se dizer que os encontros são tão importantes quanto a TRN (Terapia de Reposição da Nicotina).

4 Conclusão/ Considerações Finais

O presente estudo avaliou os fatores relacionados à desistência de usuários do tabaco no Tratamento Comportamental do Fumante. Os resultados deste estudo apresentaram diversas dificuldades em permanecer no tratamento. As razões apontadas para interrupção do tratamento foram variadas, porém muito similares: “falta de motivação”, “problemas de transporte”, “falta de apoio familiar”, “necessidade de trabalho fora do município onde realizado o tratamento”, “dificuldade de comparecer nos encontros”, “vontade de continuar fumando”.

A falta de motivação apareceu como fator decisivo no abandono do tratamento, pacientes que não frequentaram nenhum encontro se demonstraram

desinteressados pelo assunto. Não havendo motivação não ocorreram mudanças de melhora em seu quadro de saúde.

O Tratamento Comportamental do Fumante, tem também demonstrado importante efeito na diminuição do consumo de cigarros nos pacientes que ainda fumavam enquanto entrevistados. Outro aspecto relevante pelos entrevistados desistentes do tratamento é que percebem a ajuda do grupo como motivador para continuar no tratamento além da eficácia.

A análise dos dados constata que os desistentes acreditam e querem participar de um novo tratamento, que traz benefícios tanto para os usuários como para sua família que acaba sendo fumante passivo.

O apoio familiar em algumas entrevistas não se mostrou positivo, foi possível identificar pelo relato dos entrevistados que a família passava por momentos difíceis durante o tratamento. A família tem como papel principal o apoio ao fumante durante o tratamento, sem este não é possível alcançar o objetivo da cessação.

Para a Organização Pan-americana de Saúde (apud, OLIVEIRA 2008. p.155) o aumento do preço do cigarro, leva a redução de seu consumo, sendo que boa parte dos consumidores são viciados. Desta forma também pode-se evitar a iniciação por não fumantes.

Foi constatada a possibilidade e importância de o grupo Tratamento Comportamental do Fumante ocorrer em finais de semana para melhor participação e adesão dos participantes. Os resultados demonstraram a experiência construída através do primeiro tratamento realizado no município.

Percebe-se que é necessário que a mídia que expõe filmes se preocupe em contracenar programas sem a presença do cigarro em suas cenas, este episódio se torna um símbolo de normalidade perante o público que o assiste. Pouco adianta um controle nacional se estas entidades também não fizerem sua parte.

O Brasil tem avançado muito nas questões antitabagistas, porém algumas áreas ainda estão lentas, é necessário trabalhar para evitar iniciação do vício e também a cessação de viciados, com políticas que diversifique a cultura, substituindo o plantio de tabaco.

Os resultados obtidos mostram que para a implantação de Programas antitabagistas nos municípios, é necessário a participação de equipe interdisciplinar qualificada. Este desafio inicia na formação de profissionais, em que a vivência da interdisciplinaridade precisa estar presente nos cursos da saúde.

Pensando em política, os governantes dos municípios também podem se estruturarem, programando realizar Projetos de Lei no sentido de formar sua própria Política Antitabagista no município atuando na comunidade através de entidades parceiras. Isto contribuirá para novas iniciações e cessação além do não abandono do Tratamento Comportamental do Fumante.

Diante de todas as dificuldades em que o usuário de tabaco enfrenta em permanecer em tratamento, cabe aos profissionais estimulá-lo na permanência. A equipe tem o papel de discutir e de avaliar esses usuários a respeito de sua evolução ou recaídas durante o tratamento revisando os resultados.

A escola é a fase da vida do ser humano onde se constrói sua personalidade, espaço privilegiado para se discutir entre muitos assuntos os hábitos saudáveis. É importante que as equipes de saúde, juntamente com o quadro de professores invistam nas crianças que serão os adultos do futuro, com a possibilidade de portarem hábitos mais saudáveis para a humanidade. Esta é uma oportunidade de se desenvolver programas de educação em saúde antitabagista ainda no âmbito escolar prevenindo a iniciação do hábito de fumar.

Uma sugestão que poderá fazer parte das ações é convidar ex-fumantes para relatar sua vivência pós abandono do hábito, além da participação da família no grupo em alguns momentos do tratamento com o intuito de incentivar os que estão em tratamento.

Sugere-se um estudo seguindo esta lógica de um levantamento futuro da economia financeira gerada pelo abandono do hábito de fumar, assim como os benefícios à saúde.

A realização deste estudo possibilitou descrever alguns fatores referidos para o abandono do Tratamento Comportamental do Fumante elencados como dificuldades do tratamento. Espera-se contribuir para novas ações antitabagistas.

REFERÊNCIAS

ARAUJO, Alberto José de et al. **Diretrizes para Cessação do Tabagismo.** *J.bras.pneumol.* [online]. 2004, vol.30. Disponível em; http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1806-37132004000800002 (acesso 14-05-14).

ARISTÓTELES. **Ética a Nicômaco ; Poética / Aristóteles ;** seleção de textos de José Américo Motta.

BARDIN, Laurence. **Análise de conteúdo.** Lisboa Ed. 70, 1977.

DIÁRIO OFICIAL DA UNIÃO. **Decreto N. 8.262 de 31 de maio de 2014.** [online]. Disponível em; <http://presrepublica.iusbrasil.com.br/legislacao/121697845/decreto-8262-14?ref=home>. (acesso em 02-06-14).

ECHER, Isabel Cristina. **Fatores de sucesso no abandono do tabagismo.** Porto Alegre UFRGS, 2006. Editora Nova Cultural Ltda. 1988.

_____. Isabel Cristina et al. **A contribuição de restrições sociais ao fumo para o abandono do tabagismo.** Revista Gaúcha de Enfermagem. [online] Disponível na internet via; <http://www.seer.ufrgs.br/index.php/RevistaGauchadeEnfermagem/article/view/7621/4676>. (acesso em 23-06-14).

FREEMAN, Sally. **Tudo sobre Drogas/ Na roda do vício.** São Paulo, Editora Nova Cultural Ltda. 1989.

HENNINGFIELD, Jack E. **Tudo sobre Drogas/Nicotina.** São Paulo, Editora Nova Cultural Ltda. 1988.

MCLELLAN, Tom.; BRAGG, A.; CACCIOLA, J. **Tudo sobre Drogas/ Ansiedade e Stress.**

BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. Instituto Nacional do Câncer INCA. **Atualidades em tabagismo e outros fatores de risco de câncer** - Ano 6 - Nº 2 / 1997. [online] Disponível na internet via; http://www1.inca.gov.br/atualidades/ano6_2/prevencao.html (acesso em 14-04-14).

_____. MINISTÉRIO DA SAÚDE. Instituto Nacional do Câncer. [online] disponível na internet via; <http://www1.inca.gov.br/tabagismo/frameset.asp?item=atento&link=porque>. (acesso em 14/12/2013).

_____. MINISTÉRIO DA SAÚDE. Instituto Nacional do Câncer. **A situação do tabagismo no Brasil. Dados dos inquéritos do Sistema Internacional de Vigilância do Tabagismo da Organização Mundial da Saúde realizados no Brasil entre 2002 e 2009.** Rio de Janeiro 2011.

_____. MINISTÉRIO DA SAÚDE. Instituto Nacional do Câncer. **Legislação Federal Vigente Sobre Tabaco No Brasil.** [online] disponível na internet via; <http://www1.inca.gov.br/tabagismo/economia/leisfederais.pdf><http://www1.inca.gov.br/tabagismo/economia/leisfederais.pdf>. (acesso em 14-12-2013).

_____. MINISTÉRIO DA SAÚDE. Instituto Nacional do Câncer. **O Programa Nacional de Controle do Tabagismo.** [online] disponível na internet via; http://www1.inca.gov.br/tabagismo/frameset.asp?item=publicacoes&link=programa_nacional_final.pdf. (acesso em 14-12-2013).

_____. MINISTÉRIO DA SAÚDE. Instituto Nacional do Câncer. **Observatório Da Política Nacional De Controle Do Tabaco.** [online] Disponível na internet via; http://www2.inca.gov.br/wps/wcm/connect/observatorio_controle_tabaco/site/hom/. (acesso em 16-04-14).

_____. MINISTÉRIO DA SAÚDE. Instituto Nacional do Câncer. **Tabagismo um grave problema de saúde pública.** 1 ed. 2007.

_____. MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Lei n 12.546 de 14 de dezembro de 2011.** Disponível em http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2011-2014/2011/lei/l12546. (acesso em 22-12-13).

_____. MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Portaria 1035/GM de 31 de maio de 2004.** Disponível em <http://dtr2001.saude.gov.br/sas/PORTARIAS/Port2004/GM/GM-1035>. (acesso em 28-12-2013).

_____. MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Portaria 490/GM, 29 de agosto de 1988.**

_____. MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Portaria 655/GM, 06 de setembro de 1985.**

_____. MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Portaria N. 571 de 05 de abril de 2013.** [online] Disponível na internet via; http://bvsmis.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2013/prt0571_05_04_2013.html (acesso 21-04-14).

_____. MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Portaria N. 9.294 de 15 de julho de 1996.** [online] Disponível na internet via; http://www2.ufscar.br/uploads/lei_9294.pdf (acesso em 21-04-14).

NUNES. S.O.V; CASTRO. M.R.P. **Tabagismo: Abordagem, Prevenção e Tratamento.** Londrina: Eduel, 2011

OLIVEIRA, A. F. **Direito de [Não] Fumar - Uma abordagem humanista.** Rio de Janeiro: Renovar, 2008.

OPS.Organização Pan-Americana da Saúde. **Recife Respira Melhor: a implantação de ambientes livres de fumo.** Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde, 2010. 68 p.: il. – (Estudo de Caso).

PESSANHA. **Os pensadores;** v. 2 — 4. ed. — São Paulo : Nova Cultural, 1991 [Online] Disponível na internet via; http://portalgens.com.br/portal/images/stories/pdf/aristoteles_etica_a_nicomaco_po_etica.pdf (acesso em 14-04-14).

PREFEITURA MUNICIPAL DE RELVADO. Site Oficial do Município. [online] Disponível na internet via; <http://www.relvadors.com.br/site/conteudo.php?id=4>. (acesso em 18-03-2014).

ROSEMBERG, José. **Nicotina Droga Universal.** [online] Disponível na internet via; <http://www1.inca.gov.br/tabagismo/publicacoes/nicotina.pdf>. (acesso em 16-12-2013)

SANTOS. Juliana. D.P.D. **Avaliação da efetividade do Programa de Tratamento do Tabagismo no Sistema Único de Saúde.** Porto Alegre. 2011

ANEXO A – Teste de Fagerstrom para Dependência da Nicotina.

TESTE DE FAGERSTRÖM

1- Quanto tempo depois de acordar você fuma o primeiro cigarro?

- () mais de 60 min _____ 0
 () entre 31 e 60 min _____ 1
 () entre 6 e 30 min _____ 2
 () menos de 6 min _____ 3

2- Você tem dificuldade de ficar sem fumar em locais proibidos?

- () não _____ 0
 () sim _____ 1

3- O primeiro cigarro da manhã é o que traz mais satisfação?

- () não _____ 0
 () sim _____ 1

4- Você fuma mais nas primeiras horas da manhã do que no resto do dia?

- () não _____ 0
 () sim _____ 1

5- Você fuma mesmo quando acamado por doença?

- () não _____ 0
 () sim _____ 1

6- Quantos cigarros você fuma por dia?

- () menos de 11 _____ 0
 () de 11 a 20 _____ 1
 () de 21 a 30 _____ 2
 () mais de 30 _____ 3

TOTAL DE PONTOS – ()

GRAU DE DEPENDÊNCIA

0-2 PONTOS -MUITO BAIXO

3-4 PONTOS - BAIXO

5 PONTOS - MÉDIO

6 – 7 PONTOS - ELEVADO

8-10 PONTOS - MUITO ELEVADO

APÊNDICE A – Instrumento para coleta de dados.

**UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO SUL
FACULDADE DE MEDICINA
DEPARTAMENTO DE MEDICINA SOCIAL
ESPECIALIZAÇÃO EM SAÚDE PÚBLICA**

INSTRUMENTO DE PESQUISA

Caracterização dos participantes:

Codinome:

Sexo:

Idade:

Estado Civil:

Escolaridade:

Profissão:

Teste de fagerstrom:

Já realizou algum tipo de tratamento:

2- Roteiro de entrevista

- Como faz para chegar a UBS? Turno que participa do grupo?
- Como avalia a orientação dos profissionais? Uso de medicação.
- Dificuldade/facilidade na adesão.
- Considera que teve apoio familiar e por quê?
- Motivos que levaram à desistência (vontade de fumar, horários, equipe, grupo,

etc.)

- Ainda pretende, tem a intenção de parar de fumar algum dia?
- Como avalia o Tratamento Comportamental do Fumante.

APÊNDICE B – Instrumento para coleta de dados.



**PREFEITURA MUNICIPAL DE RELVADO
ESTADO DO RIO GRANDE DO SUL**

TRATAMENTO TABAGISMO

PACIENTE:

ENDEREÇO:

TELEFONE:

PROFISSIONAIS RESPONSÁVEIS:

HISTÓRICO: _____

AVALIAÇÃO, CLASSIFICAÇÃO DEPENDÊNCIA, ESCORE TESTE DE FAGESTROM: _____

TRATAMENTO: _____

EVOLUÇÃO: _____

APÊNDICE C – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.

**UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO SUL
FACULDADE DE MEDICINA
DEPARTAMENTO DE MEDICINA SOCIAL
ESPECIALIZAÇÃO EM SAÚDE PÚBLICA**

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Eu, _____
_____ abaixo assinado, declaro, ao assinar este termo, que estou ciente de que participarei de um estudo com a finalidade de elaboração do trabalho de conclusão do curso de Pós-Graduação em Saúde Pública, que tem como título Fatores de desistência do usuário de tabaco no tratamento do tabagismo disponibilizado pelo Ministério da Saúde/SUS em uma ESF no interior do Estado dos pesquisadores Fabíola Rossini e Roberto Umpierre. Através desta pesquisa serei submetido à entrevista e análise de meu questionário de grau de dependência. Afirmando também, que recebi da pesquisadora as seguintes orientações:

- a) Não há qualquer risco conhecido associado às intervenções realizadas nesta pesquisa. Posso sentir algum desconforto ao responder alguma pergunta que me incomode. Também não é esperado um benefício individual a mim. Estes resultados poderão servir para melhorar o entendimento dos motivos de abandono do tratamento contra o tabagismo.
- b) Fica-me garantido, o direito de receber esclarecimento das dúvidas que possam surgir durante o estudo e que poderei desistir a qualquer momento da pesquisa, sem acarretar prejuízo, riscos ou custos.

c) Poderei solicitar informações durante todas as etapas da pesquisa, inclusive após publicação, através do telefone do Curso de Pós-Graduação em Saúde Pública da UFRGS (51) 3308-5327

d) A coleta de dados será realizada por meio de uma entrevista, que será gravada, para posteriormente ser transcrita, sendo que será arquivada por cinco anos e após, destruída.

e) Fica assegurado que os dados da pesquisa serão sigilosos e privados, bem como minha identidade preservada.

Tendo este documento sido revisado e aprovado pelo Comitê de Ética e Pesquisa da UFRGS – Universidade Federal do Rio Grande do SUL, o mesmo será assinado em duas vias, de igual teor, uma permanecendo comigo e outra com a pesquisadora.

Porto Alegre, _____ de _____ de 2014.

Assinatura (de acordo): _____

Nome do Entrevistado: _____

Nome do pesquisador: _____

Nome do Pesquisador orientador: _____

Telefone do Comitê de Ética em Pesquisa da UFRGS: (51) 3308-3738