

**UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO SUL  
ESCOLA DE ADMINISTRAÇÃO  
CURSO DE ESPECIALIZAÇÃO EM GESTÃO EM SAÚDE**

**Jaqueline Wolkmer**

**AVALIAÇÃO DO PROGRAMA AMBULATORIAL DE  
TRATAMENTO E CESSAÇÃO DO TABAGISMO NO  
MUNICÍPIO DE NOVA BASSANO ANO 2010 E 2011.**

**Novo Hamburgo  
2012**

Jaqueline Wolkmer

**AVALIAÇÃO DO PROGRAMA AMBULATORIAL DE TRATAMENTO E  
CESSAÇÃO DO TABAGISMO NO MUNICÍPIO DE NOVA BASSANO  
ANO 2010 E 2011.**

Trabalho de conclusão de curso de especialização apresentado ao Programa de Especialização de Gestão em Saúde, EaD da Universidade Federal do Rio Grande do Sul, como requisito parcial para a obtenção do título de Especialista em Gestão em Saúde.

Orientador: Prof. Ivan Pinheiro

Novo Hamburgo  
2012

Jaqueline Wolkmer

**AVALIAÇÃO DO PROGRAMA AMBULATORIAL DE TRATAMENTO E  
CESSAÇÃO DO TABAGISMO NO MUNICÍPIO DE NOVA BASSANO  
ANO 2010 E 2011.**

Conceito final:

Aprovado em..... de .....de.....

BANCA EXAMINADORA

---

Prof. Dr. .... – Escola de Administração/UFRGS

---

Prof. Dr. .... – Escola de Administração/UFRGS

---

Prof. Dr. .... – Escola de Administração/UFRGS

---

Orientador – Prof. Dr. .... – Escola de Administração/UFRGS

## RESUMO

A nicotina é reconhecida como causadora de dependência e o tabagismo gera diversos problemas de saúde. Atualmente, a oferta de tratamento a quem deseja parar de fumar está disponível nos serviços públicos de saúde. No município de Nova Bassano, o programa ambulatorial de tratamento ao tabagismo foi implantado na unidade básica de saúde em 2005. Ao término dos 30 dias de tratamento, com sessões estruturadas e encontros semanais, o serviço identifica o percentual de fumantes que estão sem fumar. Porém não existem dados que demonstrem se os tabagistas, que frequentaram o serviço, permanecem sem fumar em períodos superiores a seis meses. Em busca desta resposta, foi realizado um levantamento das planilhas dos atendimentos aos usuários que participaram do programa, no período de 2010 e 2011. Na primeira etapa do estudo, identificou-se o perfil dos participantes, o nível de dependência da nicotina e o percentual de abandono do tabaco. Na segunda etapa, foram entrevistados indivíduos que declararam estar sem fumar ao término do tratamento inicial, para verificar se passado o período superior a seis meses, houve a manutenção do abandono do tabaco. Os resultados obtidos mostraram que o percentual médio de cessação nos 30 dias de acompanhamento foi de 58,5%, para períodos superiores a seis meses o percentual foi de 28,4%. Sugere-se a implantação de grupo de apoio e manutenção do tratamento na unidade básica de saúde e construção de instrumento padrão para avaliação de resultados em períodos superiores a seis meses que possam contribuir na construção dos indicadores municipais de efetividade do programa.

**Palavras chave:** tabagismo, cessação, efetividade

## LISTA DE ILUSTRAÇÕES

<b>Figura 1 – Número de cigarros consumidos pelos participantes relacionados ao gênero.....</b>	<b>30</b>
<b>Figura 2 - Intervalo de tempo até fumar o primeiro cigarro após acordar relacionados ao gênero.....</b>	<b>30</b>
<b>Figura 3 – Comparação entre os percentuais de cessação ao término do tratamento inicial com o percentual de cessação intervenção em períodos superiores á seis meses.....</b>	<b>33</b>

## LISTA DE TABELAS

<b>Tabela 1. Distribuição dos óbitos, segundo as principais causas de morte no município de Nova Bassano. Período ano de 1996 a 2009.....</b>	<b>22</b>
<b>Tabela 2- População que demonstrou interesse em participar do Programa Ambulatorial de Tratamento ao Tabagista no município de Nova Bassano ano 2010 e 2011.....</b>	<b>26</b>
<b>Tabela 3 – Características dos interessados em participar do Programa, ano 2010 e 2011.....</b>	<b>27</b>
<b>Tabela 4 – Avaliação do programa municipal ao término do tratamento inicial de quatro semanas ano de 2010 e 2011. ....</b>	<b>31</b>
<b>Tabela 5 – Período com maior incidência de recaída para o uso do tabaco, a terapia utilizada e disposição para iniciar tratamento novamente.....</b>	<b>35</b>
<b>Tabela 6 – Características relacionadas ao consumo do tabaco e o motivo de maior importância que contribuiu para voltar a fumar.....</b>	<b>36</b>
<b>Tabela 7 – Avaliação do Programa Fuja do Vício pelos usuários que realizaram o tratamento ano 2010 e 2011.....</b>	<b>37</b>

## SUMÁRIO

<b>1 INTRODUÇÃO.....</b>	<b>7</b>
<b>2 OBJETIVOS.....</b>	<b>9</b>
<b>3 O TABACO.....</b>	<b>10</b>
3.1 A EXPANSÃO DO TABAGISMO NO MUNDO.....	10
3.2 O RECONHECIMENTO DO TABAGISMO COMO PROBLEMA DE SAÚDE.....	11
3.3 PRIMEIRAS AÇÕES DE COMBATE AO TABAGISMO NO BRASIL.....	13
3.4 AS DIRETRIZES NACIONAIS PARA O TRATAMENTO DO TABAGISTA.....	15
3.5 CONVENÇÃO QUADRO PARA O CONTROLE DO TABACO.....	16
3.6 A PREVALÊNCIA DO TABAGISMO NO BRASIL.....	17
<b>4 PROGRAMA DE TRATAMENTO E CESSAÇÃO DO TABAGISMO.....</b>	<b>19</b>
4.1 O PROGRAMA DE TRATAMENTO DO TABAGISMO NAS UNIDADES DE SAÚDE DO SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE.....	19
4.2 O PROGRAMA DE TRATAMENTO E CESSAÇÃO DO TABAGISMO EM NOVA BASSANO.....	21
<b>5 PROCEDIMENTOS METODOLÓGICOS.....</b>	<b>25</b>
<b>6 RESULTADOS E ANÁLISE.....</b>	<b>26</b>
<b>7 CONSIDERAÇÕES FINAIS.....</b>	<b>39</b>
<b>8 RECOMENDAÇÕES.....</b>	<b>41</b>
<b>REFERÊNCIAS.....</b>	<b>44</b>
<b>ANEXO A - INSTRUMENTO DE AVALIAÇÃO.....</b>	<b>47</b>
<b>ANEXO B - MODELO PLANILHA DE ATENDIMENTOS.....</b>	<b>52</b>
<b>ANEXO C - INSTRUMENTO DE INVESTIGAÇÃO DOS RESULTADOS EM PERÍODO SUPERIOR A 6 MESES.....</b>	<b>53</b>
<b>ANEXO D - AUTORIZAÇÃO DA INSTITUIÇÃO PARA TRABALHO DE PESQUISA.....</b>	<b>56</b>
<b>ANEXO E - LEI MUNICIPAL Nº 1.329/2001.....</b>	<b>57</b>
<b>ANEXO F - LEI MUNICIPAL Nº 1.342/2001.....</b>	<b>59</b>
<b>ANEXO G - LEI MUNICIPAL Nº 2091/2008.....</b>	<b>61</b>

## 1 INTRODUÇÃO

O tabagismo representa um problema de saúde pública. São inúmeras as complicações que advêm do consumo do tabaco. No Brasil, as principais causas de morte são as doenças cardiovasculares e o câncer, e o fator de risco modificável principal para este conjunto de doenças é o tabagismo (INCA 2003). Ele corresponde a um fator de risco para 55 doenças provocadas pela exposição ativa ou passiva aos componentes do tabaco (ARAUJO, 2009). A Organização Mundial da Saúde estima que se a atual tendência de consumo for mantida nos próximos 30 anos, quando os fumantes jovens de hoje atingirem a meia idade, a epidemia tabagística será responsável por 10 milhões de mortes por ano, sendo que 70% delas ocorrerão em países em desenvolvimento (OMS, 2001). Além da prevenção da iniciação do uso do tabaco, é primordial que os serviços públicos de saúde disponibilizem tratamento a quem deseja parar de fumar.

É extremamente difícil para o fumante abandonar o tabaco, devido à dependência da nicotina. Instituições médicas a definem como desordem mental de uso de substância psico-ativa (MARQUES et al., 2001). Desde 1992, a Organização Mundial de Saúde, na classificação de doenças, a tipificam como “síndrome da tabacodependência – CID 10 F17.2. Assim, devido a diversas campanhas nacionais de conscientização sobre os malefícios do tabaco, é cada vez mais crescente a demanda de indivíduos que buscam auxílio para realizar tratamento. Objetivando atender esta demanda, os serviços públicos de saúde têm ampliado cada vez mais a oferta de tratamento, sendo que, a partir de 2004, todos os estabelecimentos de saúde de baixa e média complexidade, desde que capacitados, podem realizar atendimento aos desejosos em abandonar o tabaco (BRASIL, 2004).

Em Nova Bassano, no ano de 2005, a Secretaria Municipal da Saúde implantou o Programa Ambulatorial de Tratamento ao Tabagista denominado Fuja do Vício e este serviço desde então vem sendo ofertado de forma contínua.

O Instituto Nacional do Câncer, responsável pela coordenação Nacional do Programa de Controle do Tabagismo, definiu alguns indicadores de avaliação do programa nos municípios. Um dos indicadores é identificar o percentual de tabagistas que ao concluir tratamento inicial, com duração aproximadamente de 30 dias, estão sem fumar. No município, este indicador de cessação ultrapassa 50%.



No entanto, inexistem indicadores de avaliação do programa em períodos superiores a seis meses após conclusão do tratamento inicial. Os tabagistas que frequentaram o serviço permanecem sem fumar?

São poucos os estudos que avaliam a efetividade do programa ambulatorial e de tratamento do tabagismo na atenção básica. Parece oportuno avaliá-lo como uma política de saúde instituída pelo município. O programa tem como função principal proporcionar apoio aos fumantes a abandonar o tabaco através do acesso a métodos eficazes de tratamento da dependência química. Portanto, avaliar sua efetividade é fundamental para a qualificação do serviço.

O estudo tem como objetivo principal avaliar a efetividade do serviço ambulatorial de tratamento e cessação do tabagismo da Unidade Básica de Saúde do município de Nova Bassano, para os anos de 2010 e 2011. Desta forma, espera-se que os dados identificados possam contribuir não só com os indicadores municipais de efetividade para o programa, como também oferecer informações e subsídios aos profissionais envolvidos na organização e execução desta política de saúde.

O trabalho está estruturado em quatro partes. Inicialmente faz-se uma revisão bibliográfica para definir a nicotina, sua expansão, o reconhecimento do tabagismo como um problema de saúde, os primeiros atos legais relacionados ao controle do tabagismo no Brasil, suas diretrizes de tratamento no Sistema Único de Saúde, a Convenção Quadro para o Controle do Tabaco e a prevalência do tabagismo no país. No segundo momento, descreve-se o modelo de referência para a organização do Programa nos serviços públicos de saúde proposto pela Coordenação Nacional do Programa (INCA) e ainda, a organização e processo de trabalho do Programa Fuja do Vício, no município de Nova Bassano. Na sequência são apresentados os resultados e análise desta política de saúde no município, onde foi possível verificar que o percentual médio de cessação nos 30 dias de acompanhamento é de 58,5% e para períodos superiores a seis meses o percentual é de 28,4%, sendo que o período de maior incidência de recaída referido pelos participantes foram os primeiros 3 meses após término do tratamento inicial. O programa apresenta uma ótima aceitabilidade pelos usuários e conta com uma participação importante da população masculina. Por fim, são expostas as considerações finais e recomendações relacionadas à gestão do programa.

## 2 OBJETIVOS

### Objetivo geral

- Avaliar a efetividade do serviço ambulatorial de tratamento e cessação do tabagismo da Unidade Básica de Saúde do município de Nova Bassano para os anos de 2010 e 2011.

### Objetivos específicos

- Estabelecer o perfil dos usuários interessados em abandonar o tabaco que acessaram o Programa Ambulatorial de Tratamento ao Tabagismo;
- Identificar o nível de dependência de nicotina dos participantes;
- Avaliar a cessação de fumar dos participantes no final da quarta sessão estruturada;
- Avaliar a cessação de fumar dos participantes no período maior a seis meses do final da quarta sessão estruturada.

### 3 TABACO

O cigarro é atualmente um dos maiores problemas de saúde pública mundial segundo a Organização Mundial da Saúde, e apontado como uma das causas mais importantes de mortes no mundo (OLIVEIRA; VALENTE; LEITE, 2008). Na queima dos cigarros são liberadas centenas de substâncias com propriedades irritativas e várias são carcinogênicas em humanos e animais (BRASIL, 2008).

A fumaça de cigarro promove efeito danoso no sistema nervoso central (SNC) via fumante ativo e também persiste por meio da exposição passiva a fumaça de cigarro. O tabaco contém mais de 4700 compostos na fase particulada e vapor. Alguns desses incluem os hidrocarbonetos aromáticos, monóxido de carbono, a amônia, a acetona, a nicotina entre outros.

A nicotina é a principal substância viciante da fumaça de cigarro (RANG et al., 2007). Ela produz uma variedade de efeitos complexos sobre algumas regiões do encéfalo que são essenciais para a manifestação do comportamento viciante (MARQUES et al., 2001).

#### 3.1 A EXPANSÃO DO TABAGISMO NO MUNDO

O berço no qual se disseminou a nicotina conduzida pelo tabaco foi a América. Quando Colombo aportou nestas paragens, plantava-se tabaco em todo continente. O primeiro contato do mundo civilizado com a nicotina ocorreu no século XVI. O primeiro europeu a plantar tabaco na Europa foi Jean Nicot, embaixador francês em Portugal. Este atribuiu à erva, então denominada “petum”, a cura de úlcera renitente que tinha na perna. Entusiasmado, enviou-a a rainha Catarina de Médicis, que informada de suas virtudes, usou-a em tizanas<sup>1</sup> para melhorar sua enxaqueca crônica. O tabaco espalhou-se pela Europa como rastilho de pólvora. Cinquenta anos após sua chegada, praticamente se fumava cachimbo em todo o continente: nobres, plebeus, soldados e marinheiros (ROSEMBERG, 2003).

---

<sup>1</sup> Tisana: medicamento aquoso, preparado ordinariamente com ervas.

O cigarro surgiu em meados do século XIX. Na Espanha, porém, muito antes já se fumava tabaco enrolado em papel, denominado “papelete”. Paris foi invadida pelo cigarro em 1860. Nos Estados Unidos, houve verdadeira explosão do cigarro na década de 1880, quando se inventou uma máquina que produzia duzentas unidades por minuto. Logo, surgiram máquinas produzindo centenas de milhões por dia. O cigarro teve sua expansão por ser mais econômico, mais cômodo de carregar e usar do que o charuto ou o cachimbo. A primeira grande expansão mundial foi após a Primeira Guerra Mundial, de 1914 a 1918. Entretanto, sua difusão foi praticamente no sexo masculino. A difusão entre as mulheres cresceu após a Segunda Guerra Mundial, de 1939 a 1945. O tabaco foi e tem sido incensado em todos os ramos da manifestação cultural, sendo inclusive tema filosófico (ROSEMBERG, 2003). A publicidade associava-o a um hábito elegante e sofisticado de viver, e dependendo do contexto, a uma forma de inserção social.

O antitabagismo também é antigo. A primeira obra nesse sentido é de 1604, escrita pelo rei da Inglaterra, Jaime I (1556-1625). Vários países tentam proibir o consumo no início do século XVII. O papa Urbano VIII proíbe o uso de tabaco entre eclesiásticos em 1642. Mais tarde, na década de 1830, a Igreja Adventista (Estados Unidos) dá consistência a uma tradição cristã antitabagista e de combate ao alcoolismo. Mas a urbanização favorece a popularização do consumo. Paralelamente, emerge na década de 1860 a consciência crítica de médicos, que se somam aos religiosos na luta contra o “vício”. Formava-se assim a base de uma rede social antifumo (BOEIRA, 2006).

### 3.2 RECONHECIMENTO DO TABAGISMO COMO PROBLEMA DE SAÚDE

Em 1962, o governo dos EUA divulga um relatório de pesquisa sobre o hábito de fumar e seus malefícios, conhecido como Relatório Terry que relacionou a taxa de morte por câncer de pulmão dez vezes maior entre fumantes em relação a não fumantes, e ainda citou bronquite crônica e enfisema como mais incidentes em fumantes gerando um impacto na opinião pública (JAQUES, 2010)

Em 1988, o Ministério da Saúde dos Estados Unidos publicou um amplo relatório sobre estudos que comprovam a capacidade do tabaco de causar

dependência (U.S. Surgeon General, 1988). Nesse relatório, o referido Ministério, concluiu que: (1) o cigarro e outros derivados do tabaco causam dependência; (2) a nicotina é a droga presente no tabaco que causa a dependência; (3) os processos farmacológicos e comportamentais que determinam a dependência do tabaco são similares aos que determinam a dependência de drogas, como heroína ou cocaína (USDHHS, 1988).

Em 1993, a Organização Mundial de Saúde (OMS) passou a incluir o tabagismo no grupo dos transtornos mentais e de comportamento decorrentes do uso de substâncias psicoativas na Décima Revisão da Classificação Internacional de Doenças CID-10 F 17.2 (OMS, 1997). Hoje, o tabagismo é amplamente reconhecido como uma doença resultante da dependência de nicotina, que obriga os usuários dos produtos de tabaco a se exporem continuamente a cerca de 4.700 substâncias tóxicas, sendo 60 delas cancerígenas para o homem, e assim, a contraírem outras doenças limitantes e fatais (VIEGAS, 2004).

De acordo com relatório da organização mundial de saúde sobre a epidemia global de tabagismo 2008, o tabaco é um fator de risco de seis das oito principais causas de morte do mundo e mata uma pessoa a cada seis segundos. O tabaco mata prematuramente de um terço a metade de todas as pessoas que o usam em média 15 anos. Hoje, o consumo de tabaco causa mais de cinco milhões de falecimentos ao ano, e a previsão para 2025, a menos que medidas urgentes sejam tomadas, subirá para mais de dez milhões (MENESES, 2004). Se as tendências atuais seguem, estima-se que em torno de 500 milhões de pessoas vivas hoje morrerão como resultado do consumo de tabaco. O tabaco fumado em qualquer uma de suas formas, causa até 90% dos cânceres de pulmão e é um fator de risco significativo para acidentes vasculares e ataques cardíacos. A fumaça de segunda mão ambiental do tabaco também causa sérias e fatais consequências para a saúde (OMS, 2010).

Sabe-se que todas as formas de tabaco são reconhecidas como aditivas, sendo a nicotina a responsável por esta característica. O reconhecimento do tabaco como adição é fundamental para o esforço de reduzir o seu uso na sociedade. São características de drogas aditivas o uso compulsivo, efeito psicoativo, comportamento fortalecido pelo uso da droga, uso apesar do reconhecimento de ser prejudicial, recaída após a abstinência, desejo recorrente da droga, dependência física e tolerância. Quanto aos efeitos da nicotina, ela promove um rápido, mas

pequeno aumento do estado de alerta, melhorando a atenção, a concentração e a memória em animais (HEISHMAN, 1994). Tragar um cigarro produz um rápido efeito estimulante no sistema nervoso central, semelhante àquele descrito pelos usuários de cocaína/crack (EVANS, 1995).

Na dependência, faltando a nicotina, surge um quadro clínico de sintomas desagradáveis denominado “síndrome da abstinência”. Na ausência da nicotina no indivíduo que cessa de fumar, esse quadro caracteriza-se por forte desejo de fumar, ansiedade, inquietação, irritabilidade, distúrbios do sono, dificuldade de concentração, além de outros sintomas (ROSEMBERG, 2003). Pesquisas mostram que cerca de 80% dos fumantes desejam parar de fumar, porém apenas 3% conseguem a cada ano, sendo que desses, a maior parte consegue sozinho, sem ajuda, o que coloca em evidência o grande potencial que a abordagem rotineira do fumante possui para reduzir a prevalência de fumantes (CINCIPRINI, 1997). Quase 50% dos adultos que já fumaram conseguiram parar com sucesso, a maior parte dos fumantes precisa de cinco a sete tentativas antes que pare de fumar definitivamente (VIEGAS, 2007). Figuras como principais barreiras à cessação de fumar a dependência da nicotina, os sintomas da síndrome de abstinência, a depressão e o ganho de peso (SMALL, 2001). Estas dificuldades precisam ser compreendidas pelo tabagista e bem manejadas pelos profissionais dos serviços de saúde. Profissionais capacitados para atender o usuário frente às suas dificuldades em abandonar o tabaco tornam-se fundamentais para o desfecho e sucesso do tratamento, assim como, manter este usuário após a decisão do abandono do tabaco na manutenção deste objetivo, auxiliando-o a evitar recaídas.

### 3.3 PRIMEIRAS AÇÕES DE CONTROLE AO TABAGISMO NO BRASIL

Em 1985, o Ministério da Saúde, criou um comitê consultor para o controle do tabagismo. Através da Portaria Gabinete Ministerial nº 655, de 16 de Setembro de 1985, ocorreu a formação do Grupo Assessor ao Ministério da Saúde para o Controle do Tabagismo, que foi responsável pela elaboração do Programa Nacional de Combate ao Fumo em 1986 (BRASIL, 1985). O grupo foi composto por médicos, juristas, parlamentares e representantes de diversas instâncias sociais relacionadas

ao controle do tabagismo. O Grupo Assessor ao Ministério da Saúde foi, até o final da década, responsável pelas campanhas do Dia Nacional de Combate ao Fumo (JAQUES et al., 2011). Entretanto, para que isso ocorresse, uma mobilização anterior, sob a liderança da classe médica, se desenvolveu no país. A “Carta de Salvador” inaugurou uma era de congressos sobre o tema, que além de divulgar dados sobre pesquisas internacionais e nacionais, também conclamava a comunidade médica a participar da campanha contra o fumo (GONÇALVES, 2009). Ela representou o primeiro ato da formalização do movimento antitabagista. No ano seguinte, foi promulgada a Lei nº 7.488, em 11 de Junho de 1986, que instituiu o Dia Nacional de Combate ao Fumo, a ser comemorado no dia 29 de agosto, por meio de campanha educativa para alertar a população sobre os malefícios advindos do uso do fumo (BRASIL, 1986). Em seguida, o grupo assessor encaminhou ao Presidente da República um Projeto de Lei de proteção aos não fumantes, proibindo fumar em recintos coletivos fechados oficiais e privados, de trabalho, lazer, saúde, educação e em veículos de transporte coletivo de qualquer natureza. Tal projeto, somente aprovado em 1996, resultou na Lei nº 9.294, de 15 de julho de 1996, em vigor até a presente data (CARVALHO, 2009). Em 1991, o Instituto Nacional de Câncer José Alencar Gomes da Silva (INCA) assumiu a coordenação do Programa Nacional de Controle ao Tabagismo.

O Programa Nacional de Controle do Tabagismo tem como objetivo reduzir a prevalência de fumantes em nosso país e a conseqüente morbidade e mortalidade por doenças tabaco-relacionadas. O INCA coordena e executa em âmbito nacional, o Programa de Controle do Tabagismo e outros fatores de risco de Câncer, visando a prevenção de doenças na população através de ações que estimulem a adoção de comportamentos e estilos de vida saudáveis, e que contribuam para a redução da incidência e mortalidade por câncer e doenças tabaco-relacionadas no país. As ações do Programa são desenvolvidas em parceria pelas três instâncias governamentais - federal, estadual e municipal - para capacitar e apoiar os 5.561 municípios brasileiros e abrangem as áreas da educação, legislação e economia. Para isso, formularam-se os seguintes objetivos estratégicos: prevenção da iniciação ao tabagismo; proteção da população contra a exposição ambiental à fumaça de tabaco e promoção e apoio à cessação de fumar. Para atingi-los, são desenvolvidas ações educativas e novas iniciativas no âmbito da atenção à saúde, incluindo a inserção do tratamento do fumante no SUS (CARVALHO, 2009).

### 3.4 AS DIRETRIZES NACIONAIS PARA O TRATAMENTO DO TABAGISTA

Em agosto de 2000, o INCA organizou e coordenou o 1º Encontro Nacional de Consenso sobre Abordagem e Tratamento do Fumante. Este encontro resultou na construção das diretrizes nacionais de tratamento e cessação do tabagismo no SUS. O Consenso teve como objetivo oferecer recomendações sobre as condutas a serem empregadas.

Participaram profissionais de diferentes pontos do país, que acumulavam experiência na prática da cessação do tabagismo, além de conselhos e associações profissionais, sociedades científicas da área da saúde e integrantes da Câmara Técnica de Tabagismo do INCA.

O Consenso concluiu que a base do tratamento do fumante deve ser a abordagem cognitivo-comportamental, podendo haver apoio medicamentoso em condições específicas.

Dessa forma, o tratamento do fumante tem como eixo fundamental a abordagem cognitivo-comportamental com a finalidade de informar o fumante sobre os riscos de fumar e benefícios de parar de fumar, motivá-lo a deixar de fumar e apoiá-lo no processo de cessação de fumar fornecendo orientações para que possa lidar com síndrome de abstinência, com a dependência psicológica e os condicionamentos associados ao hábito de fumar. Essa abordagem poderá, dependendo da situação, ter um melhor resultado quando apoiada por medicamentos que diminuem os sintomas da síndrome de abstinência, para os pacientes que têm um alto grau de dependência. (BRASIL, 2001, p. 23).

O uso de medicamentos é importante e tem um papel bem definido na cessação de fumar, que é o de minimizar os sintomas da síndrome da abstinência da nicotina, propiciando maior adesão à abordagem cognitivo-comportamental. Esses medicamentos não devem ser administrados isoladamente, pois a combinação de abordagem comportamental e medicamentosa aumenta a taxa de abstinência se comparada com a abordagem comportamental, ou a medicamentosa isolada (OTERO et al., 2006). As medicações disponíveis nos serviços de saúde do SUS para o tratamento medicamentoso correspondem ao adesivo transdérmico de nicotina de 21mg, 14mg e 7mg e goma de mascar de nicotina de 2mg e bupropiona 150mg.



O grau de dependência de nicotina do paciente é avaliado através do Teste de Fagerstrom, que é padrão e apresenta as seguintes perguntas: quanto tempo após acordar você fuma o seu primeiro cigarro?; você acha difícil não fumar em ambientes proibidos como bibliotecas, etc?; qual o cigarro do dia que traz mais satisfação?; quantos cigarros você fuma por dia?; você fuma mais frequentemente pela manhã?; você fuma, mesmo doente, quando precisa ficar na cama a maior parte do tempo? Para cada alternativa das 6 questões do teste, existe uma pontuação. Após a aplicação do teste, a soma dos pontos de cada alternativa escolhida pelo fumante permitirá a avaliação do seu grau de dependência de nicotina (ANEXO A). De acordo com o teste, o grau de dependência varia de muito baixo, baixo, médio, elevado e muito elevado. O grau de dependência nicotínica influenciará na maior ou menor facilidade em abandonar o vício. Apesar de aproximadamente 70% dos fumantes apresentarem síndrome de abstinência, os fumantes com alta dependência têm maiores dificuldades na cessação do tabagismo (BLACK, 1999). São geralmente do sexo masculino, maiores de 30 anos, fumam o primeiro cigarro antes dos 30 minutos após despertar, têm a percepção da dificuldade de abandonar o tabaco e da baixa autoeficácia (BEJEROT, 2000).

### 3.5 CONVENÇÃO QUADRO PARA O CONTROLE DO TABACO

O reconhecimento de que a expansão do tabagismo é um problema mundial fez com que, em maio de 1999, durante a 52ª Assembléia Mundial da Saúde, os Estados Membros das Nações Unidas propusessem a adoção do primeiro tratado internacional de saúde pública da história da humanidade. Este tratado internacional é um acordo por escrito entre países e regido pelo Direito Internacional (BRASIL, 2004).

Os princípios que norteiam a Convenção Quadro Controle do Tabaco expressam o direito das pessoas à informação sobre a gravidade dos riscos do tabagismo, o direito à proteção por medidas legislativas, executivas, administrativas e outras que visem prevenir a iniciação, promover e apoiar a cessação de fumar e proteger toda pessoa da exposição à fumaça ambiental do tabaco. As medidas centrais Convenção Quadro Controle do Tabaco da têm como enfoque a redução

tanto da demanda quanto da oferta. O tratado prioriza ações que beneficiem as populações mais vulneráveis, que considerem aspectos específicos de gênero na elaboração da política de controle do tabaco e incluam a sociedade civil em sua execução. Ao ratificar a Convenção Quadro de Controle do Tabaco, os governos se comprometem a inserir as orientações do tratado na política de desenvolvimento do país, com mecanismos de coordenação nacional de caráter multissetorial e financiamento adequado. Além disso, devem cooperar com outros países e organizações internacionais para o alcance dos objetivos.

Em novembro de 2005, a adesão do Brasil à Convenção-Quadro para o Controle do Tabaco foi ratificada pelo Congresso Nacional, Decreto Legislativo Nº 1.012, 27 de Outubro de 2005 (BRASIL, 2005). Em janeiro de 2006, a ratificação foi promulgada pelo presidente da República, Decreto nº 5.658, de 2 de janeiro de 2006 (BRASIL, 2006). Desde a ratificação da CQCT pelo Congresso Nacional e sua promulgação pelo presidente da República, o tratado ganhou status de Política de Estado: a Política Nacional para o Controle do Tabaco, um mapa de ações e compromissos do Estado brasileiro (BRASIL, 2006).

### 3.6 A PREVALÊNCIA DO TABAGISMO NO BRASIL

Os dados atuais relacionados ao monitoramento do tabagismo no Brasil são de 2008, através da Pesquisa Especial de Tabagismo. A PETab foi inserida como subamostra no Suplemento Quinquenal de Saúde da Pesquisa Nacional por Amostragem de Domicílios (PNAD), conduzida pelo IBGE. Onde foram entrevistadas pessoas com 15 anos ou mais, moradoras de domicílios particulares e coletivos de todo o território brasileiro. Segundo a Pesquisa Especial de Tabagismo, estima-se que 17,2%, no total de pessoas de 15 anos ou mais de idade, 24,6 milhões são fumantes de tabaco. Destes, 21,6% dos homens (contingente de 14,8 milhões) e 13,1% das mulheres, (9,8 milhões). O percentual mais elevado de usuários do tabaco está na Região Sul (19,0%) e os menores no Sudeste e Centro-Oeste (16,9%, em ambas as regiões) do país.

Quanto à dependência da nicotina, duas perguntas incluídas na pesquisa contribuíram de forma independente para a melhor compreensão do fenômeno da

dependência da nicotina associada ao consumo de cigarro: consumo médio diário de cigarros e o intervalo de tempo para fumar o primeiro cigarro depois de acordar. Entre fumantes diários no Brasil, a maior proporção encontrada correspondeu àqueles que fumavam de 15 a 24 cigarros, correspondendo a 33,9% da população. Nos homens, esse percentual foi de 35,6% e entre as mulheres, de 31,2% (BRASIL, 2011). Os dados do PETab, relacionados ao nível de dependência de nicotina aos tabagistas entrevistados identificou um nível elevado de dependência, o que conseqüentemente exige maiores recursos de pessoal e oferta de acesso a serviços para atender a esta demanda de tabagistas.

## **4 PROGRAMA DE TRATAMENTO E CESSAÇÃO DO TABAGISMO**

Nesta seção, apresenta-se a inclusão do programa de tratamento e cessação do tabagismo como uma política pública de saúde. Também será abordado o processo de trabalho, de acordo com o modelo de referência sugerido pela coordenação nacional do programa aos serviços de saúde do SUS. Na sequência, serão descritos os atos legais relacionados ao tabagismo instituídos no município de Nova Bassano, a implantação do Programa Fuja do Vício, sua estrutura, processo de trabalho e organização.

### **4.1 O PROGRAMA DE TRATAMENTO E CESSAÇÃO DO TABAGISMO NAS UNIDADES DE SAÚDE SUS**

Em agosto de 2002, o Ministério da Saúde, através da Portaria n 1.575, Consolida o Programa Nacional de Controle ao Tabagismo, criando Centros de Referência em abordagem e tratamento do fumante no Sistema Único de Saúde (BRASIL, 2002). Inicialmente, o tratamento ao tabagista que desejasse parar de fumar era ofertado em Centros de Referência, ou seja, somente instituições de saúde especializadas e de alta complexidade ofereciam o tratamento, o que conseqüentemente limitava a oferta de serviços a população. Em 2004, as Portarias Ministeriais, Portaria do Ministério da Saúde nº 1035/04 e Portaria da Secretaria de Atenção à Saúde nº 442, de 13 de agosto de 2004, definem que o tratamento do tabagismo deve ser realizado através da abordagem cognitivo-comportamental obrigatória e apoio medicamentoso quando indicado, e poderá ser realizado por qualquer unidade de saúde pertencente ao SUS, de qualquer nível hierárquico, segundo critério do gestor municipal, desde que preencha os itens necessários de credenciamento definidos pelo Plano de Implantação (BRASIL, 2004).

Segundo o Plano, qualquer unidade de saúde ambulatorial ou hospitalar integrante do Sistema Único de Saúde (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.

A Portaria do Ministério da Saúde nº 1.105, de 5 de julho de 2005, reiterada pela Portaria do Ministério da Saúde nº 2.084, de 26 de outubro do mesmo ano, incorporaram os medicamentos utilizados no apoio à abordagem cognitivo-comportamental do fumante no componente estratégico do Elenco de Medicamentos para Atenção Básica, passo fundamental no processo de consolidação da atenção ao fumante no SUS. Conforme pactuação na Comissão Intergestores Tripartite, o Ministério da Saúde adquire e encaminha para as Secretarias Municipais de Saúde os medicamentos e os manuais a serem utilizados durante as sessões da abordagem cognitivo-comportamental. Para ter acesso a estes insumos, os municípios precisam ter unidades de saúde com profissionais capacitados e credenciadas para o atendimento ao fumante no CNES, e enviar para as SES informações sobre as estimativas de atendimento para cálculo dos insumos a serem enviados. A Secretaria Estadual da Saúde, com apoio do INCA/MS, é responsável pela articulação da implantação da rede de tratamento do fumante no Estado, que envolve a capacitação dos profissionais de saúde e orientação aos gestores municipais (BRASIL, 2005).

A recomendação do INCA relacionada à prática do trabalho e organização das ações de acompanhamento e tratamento do tabagista na unidade básica, sugere uma avaliação inicial com auxílio de questionário. Este questionário é padrão e investiga a história tabagística, patologias associadas, nível de dependência da nicotina e motivação para abandonar o tabaco. O participante deve frequentar as atividades de grupo e a terapia cognitiva-comportamental. Os encontros devem ocorrer semanalmente no primeiro mês, quinzenalmente no segundo mês e mensal

nos subsequentes, por dez meses. No que se refere à terapia medicamentosa, esta deve ser utilizada aos usuários que apresentarem um grau elevado ou muito elevado de dependência da nicotina. Os medicamentos e materiais de apoio são adquiridos pelo Ministério da Saúde e enviados, periodicamente aos municípios e cabe aos mesmos, mediante registro em planilha, informar a estimativa de fumantes a serem atendidos. A continuidade no recebimento de insumos está vinculada ao envio periódico destas informações à Coordenação Nacional do Programa.

Como proposta de avaliação do programa o INCA definiu alguns indicadores. São eles: acompanhar a evolução do número de fumantes atendidos na primeira consulta de avaliação clínica; a evolução do número de pacientes que participaram da primeira e da quarta sessão estruturada; a proporção entre o número de fumantes que participaram da primeira sessão estruturada e que estavam sem fumar na quarta sessão estruturada; o percentual de fumantes que fizeram uso de algum tipo de medicamento (ANEXO B). O percentual de cessação é calculado na quarta sessão com a identificação do número de participantes que estão sem fumar dividido pelo número total de participantes na primeira sessão. Estas informações são lançadas em planilha padrão, elaborada pela Coordenação Nacional do Programa de Controle do Tabagismo/INCA/MS.

#### 4.2 O PROGRAMA DE TRATAMENTO E CESSAÇÃO DO TABAGISMO EM NOVA BASSANO.

Os municípios são os principais responsáveis pela saúde de sua população. A União formula políticas nacionais, mas a implementação é feita por seus parceiros estados e municípios. A porta de entrada do sistema de saúde deve ser preferencialmente a atenção básica. A partir desse primeiro atendimento, o cidadão será encaminhado para os outros serviços de maior complexidade da saúde pública.

A partir do “Pacto pela Saúde”, de 2006, o gestor municipal assumiu, de forma imediata ou paulatinamente, a plenitude da gestão das ações e serviços de saúde oferecidos em seu território. Quando o município não possui todos os serviços de saúde, ele pactua com as demais cidades de sua região a forma de atendimento integral à saúde de sua população. O município formula suas próprias políticas de

saúde e também é um dos parceiros para a aplicação de políticas nacionais e estaduais de saúde. Ele coordena e planeja o SUS em nível municipal, respeitando a normatização federal e o planejamento estadual (BRASIL, 2006).

Nova Bassano, município de pequeno porte, está localizado na região da Encosta Superior do Nordeste do Estado e distribuído em uma área territorial de 212 Km<sup>2</sup>. Segundo o censo 2010 do IBGE, possui uma população de 8.840 habitantes, sendo 4.480 homens e 4.360 mulheres, distribuídos em 50,7% de população urbana e 49,3% rural.

Analisando os indicadores de mortalidade do município de Nova Bassano no período de 1996 a 2009 (Tabela 1), através do Sistema de Informação sobre Mortalidade (SIM), pode-se identificar que doenças do aparelho circulatório (35,77%) e neoplasias (22,4%) são as causas de maior incidência de óbitos, sendo que, no grupo das neoplasias, o câncer de pulmão para homens é primeira causa de óbito (18,99%). Na população das mulheres, o câncer de pulmão apresenta menor incidência (4,35%), classificada como a nona causa de óbito. O fator de risco modificável para esse conjunto de doenças é o tabagismo (INCA, 2003). Cerca de, 25% de todos os fumantes regulares morrem precocemente devido a doenças relacionadas ao tabagismo, perdendo em média vinte anos de vida (OMS, 2003). Tal fato justifica a necessidade de ações de promoção relacionadas à prevenção do uso de tabaco, bem como, abordagem e aconselhamento pelos profissionais de saúde ao tabagista. Assim, os serviços de saúde devem estar preparados para disponibilizar tratamento adequado aos que desejam abandonar o tabaco.

**Tabela 1. Distribuição dos óbitos, segundo as principais causas de morte no município de Nova Bassano. Período ano de 1996 a 2009.**

Causa (Cap CID10)*	Óbitos (n)	% de óbitos
IX. Doenças do aparelho circulatório	201	35,8
II. Neoplasias (tumores)	125	22,2
XX. Causas externas de morbidade e mortalidade	60	10,7
X. Doenças do aparelho respiratório	38	6,8
XI. Doenças do aparelho digestivo	29	5,2
IV. Doenças endócrinas nutricionais e metabólicas	22	3,9
Outras causas do CID 10	87	15,5
Total	562	100

\*Tabela com as principais causas de óbito ocorrido nos anos de 1996 a 2009, de acordo com a codificação internacional de doenças (CID 10). Base de dados DATASUS/SIM (Sistema de Informação de Mortalidade) variável município de residência.

**Fonte: Sistema de Informação de Mortalidade/Nova Bassano**

As ações do poder público municipal, relacionadas ao tabagismo, tiveram início no ano de 2001, com a Lei Municipal nº 1.329, de 16 de março de 2001, que proíbe o uso do fumo em ambientes públicos dentro da jurisdição do município (NOVA BASSANO, 2001). No mesmo ano, esta lei foi alterada pela Lei Municipal nº 1.342, de 18 de junho de 2001, que prevê penalidades aos infratores e define que a fiscalização e a aplicação de penalidade são de competência da Secretaria Municipal da Saúde (NOVA BASSANO, 2001). Em 2008, a Lei Municipal nº 2.091, 14 de agosto de 2008, inclui o mês de agosto no calendário de eventos do município, como o mês de mobilização Municipal contra o Tabaco (NOVA BASSANO, 2008).

No final do ano de 2005, houve a implantação do Programa Ambulatorial de Tratamento ao Tabagista no município. O projeto que institui o Programa foi denominado Fuja do Vício. O referido projeto foi encaminhado à Coordenação Estadual do Tabagismo, que tem como atribuição auxiliar os municípios no processo de implantação e na capacitação de pessoal para desenvolver as ações de Tratamento e Cessação do Tabagismo no âmbito municipal. No primeiro trimestre do ano de 2006, os profissionais envolvidos foram capacitados. Inicialmente, a equipe foi constituída por um enfermeiro, servidor público em cargo de comissão, que responde pela coordenação municipal do programa, um médico clínico geral, servidor público municipal concursado, responsável pela avaliação clínica e implementação do tratamento medicamentoso, uma psicóloga, servidora pública municipal concursada, responsável pela terapia cognitiva comportamental de suporte ao tabagista. A partir do processo de capacitação, a unidade de saúde estava apta a realizar as ações de tratamento. No ano de 2010, foi incluída uma farmacêutica, servidora pública municipal concursada, responsável pela dispensa e controle dos insumos relacionados ao tratamento. De acordo com relatos dos profissionais envolvidos no programa, as ações de tratamento ao tabagista são ofertadas de forma contínua a partir de sua implantação. A manutenção do programa se justifica pela própria demanda ao serviço por parte dos usuários, assim como pela priorização do tabagismo como um problema de saúde. O programa conta com o apoio do gestor público e é entendida como prioridade dentro das ações de promoção da saúde no município.



Quanto ao acesso do usuário ao programa, primeiramente o interessado deverá fazer sua inscrição na recepção da UBS, com sua identificação e um número de telefone para posterior contato. As atividades são oferecidas no turno da tarde, das 16 às 18 horas. O serviço organiza atendimentos em grupo, o que pode variar quanto ao número de participantes. Com o grupo formado, faz-se um contato mediante ligação telefônica aos interessados comunicando data e horário dos encontros. No primeiro encontro, coordenado pela psicóloga, os participantes recebem orientações quanto à dinâmica do tratamento e da importância da participação das atividades de grupo, retornando na semana seguinte para avaliação inicial com médico clínico geral. Se identificado nível de dependência elevado e muito elevado o usuário faz uso da terapia medicamentosa que objetiva a redução dos sintomas da síndrome da abstinência. Nas quatro semanas subsequentes, são realizados os encontros em grupo cujo objetivo é a interrupção ao tabagismo. Cada sessão tem duração de aproximadamente 90 minutos e segue o roteiro estabelecido pela Coordenação Nacional do Programa, Instituto Nacional do Câncer. Os encontros semanais são realizados de acordo com protocolo do programa, porém os encontros quinzenais e mensais não são realizados com periodicidade. Estes encontros têm como objetivo oferecer o apoio ao tabagista para lidar com as situações que poderão desencadear recaídas.

A compra de medicação e demais insumos é centralizada pela esfera federal, o que eventualmente não garante o abastecimento de forma efetiva. Para manter a continuidade do programa e a garantia no abastecimento de medicação, o município optou por dispor de um estoque de medicação adquirida com recursos próprios. Portanto, quanto aos insumos, o programa não apresenta dificuldades no abastecimento. Trimestralmente é enviada à esfera federal uma planilha com estimativa de atendimento. A terapêutica medicamentosa empregada pelo serviço consiste no uso de adesivos de nicotina 21mg, 14mg e 7mg, em que todos os usuários participantes do tratamento fazem uso, e medicação bupropiona 150mg, prescrita por um período de 12 semanas aos tabagistas identificados com nível de dependência de nicotina elevado e muito elevado.

## 5 PROCEDIMENTOS METODOLÓGICOS

O trabalho de avaliação do Programa Ambulatorial de Tratamento e Cessação do Tabagismo foi dividido em duas etapas: Na primeira etapa foi realizado um levantamento das planilhas anuais dos atendimentos aos usuários que participaram do programa no município de Nova Bassano referente aos anos de 2010 e 2011. A população considerada para a primeira etapa do trabalho foi de 77 tabagistas, 37 para ano de 2010 e 40 para ano de 2011. Através destas planilhas (ANEXO B) foi possível identificar:

- número de usuários atendidos na avaliação clínica;
- número de usuários que participaram da primeira sessão estruturada;
- número de usuários que completaram o primeiro mês de tratamento;
- identificação do percentual de cessação dos participantes que estava sem fumar na quarta sessão estruturada;

Dados referentes ao ano de participação do usuário, faixa etária, gênero, nível de dependência de nicotina (Teste de Fagerström) foram elencados do instrumento padrão realizados na avaliação clínica (ANEXO A). Na segunda etapa realizou-se entrevista, mediante contato telefônico, com os participantes que concluíram todas as etapas do tratamento referentes aos anos de 2010 e 2011 com o objetivo de verificar se passado o período superior a seis meses houve a manutenção do abandono do uso do tabaco. Para este fim foi elaborado um instrumento de coleta de dados, com questões estruturadas utilizadas na identificação do percentual de abandono do cigarro em períodos superiores a 6 meses, a avaliação da aceitabilidade e satisfação dos frequentadores do programa (ANEXO C). A população considerada para esta segunda etapa foi de 33 entrevistados, que na conclusão do tratamento inicial referiram estar sem fumar, sendo 19 entrevistados para o ano de 2010 e 14 para o ano de 2011.

Embora não seja habitual a referência aos índices na forma de percentual quando o número de ocorrências é inferior a 100, optou-se para cálculo de cessação do uso do tabaco, cálculo de taxa de permanência e cálculo de abandono do tratamento representá-los desta forma, a fim de possibilitar análise com outros estudos realizados.

## 6 RESULTADOS E ANÁLISE

Nesta seção, são apresentados os resultados e a análise do Programa Ambulatorial e de Tratamento para a Cessação do Tabagismo da unidade básica de saúde do município. A Tabela 2 apresenta o acesso ao serviço pelo usuário que faz uso do tabaco e que demonstrou interesse em participar das ações de tratamento ofertadas pela Unidade Básica de Saúde. Estes usuários acessaram o serviço, passaram pela avaliação inicial, o que necessariamente não garante que os mesmos frequentaram o tratamento. O percentual foi calculado a partir da estimativa de tabagistas para a região sul do país, de acordo com pesquisa especial sobre tabagismo, realizada como uma sub-amostra da pesquisa nacional por amostra de domicílio (PNAD) no ano de 2008. A população considerada nesta primeira etapa do trabalho foi de 77 tabagistas, 37 para ano de 2010 e 40 para ano de 2011, sendo que o percentual de acesso não atingiu 3% dos atendimentos para os anos avaliados.

**Tabela 2- População que demonstrou interesse em participar do Programa Ambulatorial de Tratamento ao Tabagista no município de Nova Bassano ano 2010 e 2011.**

População total do município IBGE 2010	8.840
População maior de 15 anos IBGE 2010	7.263
Estimativa de fumantes* para o município (PETab 2008)	1.379 (19%)
População que demonstrou interesse em parar de fumar ano 2010	37 (2,6%)
População que demonstrou interesse em parar de fumar ano 2011	40 (2,9%)

\*Para cálculo da estimativa de fumantes consideramos 19% da população, maior de 15 anos segundo PETab (2008). A população maior de 15 anos foi obtida do IBGE (2010).

Quanto ao acesso, este pode ser entendido como a capacidade das pessoas em obter o serviço necessário no lugar e em momento oportuno. O percentual médio de atendimento, 2,7% ano, pode ser considerado baixo ao verificar a estimativa populacional de fumantes para Nova Bassano. Intensificar ações de promoção relacionadas ao abandono do tabaco, reforçar a divulgação do programa, abordar os usuários do serviço quanto ao tabagismo, informar a população quanto aos riscos

relacionados ao consumo do tabaco, capacitar a equipe de saúde e propor metas de atendimento para o ano são algumas das estratégias que podem ser adotadas pela Secretaria Municipal de Saúde para elevar o alcance do programa à população de tabagistas, e conseqüentemente, melhorar a qualidade de vida da população.

Os dados expostos na Tabela 3 demonstram que 27 dos 37 interessados no tratamento para o ano de 2010 são homens, e 10 são mulheres. Esta característica de maior participação dos homens, no ano de 2011 se repete, visto que 40 dos interessados, 25 são homens e 15 mulheres. As faixas etárias de maior incidência foram dos 30 aos 39 anos e dos 50 aos 59 anos. Quanto às faixas etárias mais referidas para a iniciação do uso do tabaco, 31 dos 37 avaliados (2010) e 37 dos 40 (2011) responderam ter iniciado o uso do tabaco entre os 11 aos 20 anos. Observamos que para o ano de 2010, do total dos participantes, o nível de dependência da nicotina com maior incidência foi baixo e muito baixo. No entanto, no ano de 2011, dos 40 participantes interessados em realizar o tratamento, 20 apresentam o nível de dependência de nicotina como elevado e ou muito elevado.

**Tabela 3 – Características dos interessados em participar do Programa, ano 2010 e 2011.**

Características		Ano 2010	Ano 2011
Participaram da Avaliação Inicial		N=37	N=40
Gênero	Homens	27	25
	Mulheres	10	15
Idade	Menor de 19	0	2
	20-29	5	7
	30-39	12	11
	40-49	7	8
	50-59	11	11
	acima de 60	2	1
Idade de Iniciação do tabagismo	Menos de 10 anos	3	2
	11 a 20 anos	31	37
	21 a 30 anos	3	1
	mais de 30 anos	0	0
Teste de Fagerström	Muito baixo	8	6
	Baixo	10	8
	Médio	5	6
	Elevado	7	10
	Muito Elevado	7	10

O perfil médio dos participantes interessados em abandonar o tabaco pode ser definido por homens, na faixa etária dos 30 aos 39 anos e dos 50 aos 59 anos. Independente da faixa etária que o indivíduo se encontra, são inúmeros os benefícios em parar de fumar. Verifica-se baixo interesse da população jovem em acessar o serviço. Com variações importantes quanto ao nível de dependência de nicotina para os anos observados.

O interesse da população masculina em participar do serviço de apoio e tratamento ao tabagista é considerado positivo, uma vez que os homens ainda são os maiores consumidores de tabaco e o câncer de pulmão corresponde à primeira causa de óbito dentre o grupo das neoplasias para Nova Bassano. Malta et al., (2008) em seu estudo para determinar a prevalência do tabagismo em adultos residentes nas capitais dos estados e no distrito federal, identificaram o tabagismo como mais disseminado entre homens do que entre mulheres em todas as cidades, embora as diferenças segundo o gênero tenham variado muito de cidade para cidade. No município, a maior incidência de tabagistas homens que demonstraram interesse em realizar o tratamento, demonstram que estes, estão mais conscientes quanto aos malefícios do tabaco e estão procurando auxílio nos serviços de saúde. As campanhas nacionais de orientação à população podem ser consideradas também como estratégias de grande relevância para o abandono do tabaco. Segundo Pesquisa Especial sobre Tabagismo, o maior percentual de fumantes, são homens e estão na região Nordeste (22,9%) e Sul (22,5%) do Brasil (PETab 2008). A pesquisa também aponta que região Sul (15,9%) e o Sudeste (13,3%) apresentam os maiores percentuais de mulheres fumantes. Nos Estados Unidos, um estudo realizado pelo CDC revelou uma prevalência de tabagismo de 23,5% entre os homens e de 18,3% entre as mulheres. Na América Latina e no Caribe, essa prevalência foi de 40% no sexo masculino e de 24% no sexo feminino (LEITÃO, 2009). Considerando ainda a variável gênero, não foram encontrados estudos recentes que apresentam maior prevalência de tabagistas homens que demonstraram interesse em realizar tratamento. Este dado identificado reforça a importância do programa, pois atende a uma demanda de indivíduos com maior risco de adoecimento por doenças tabaco relacionado.

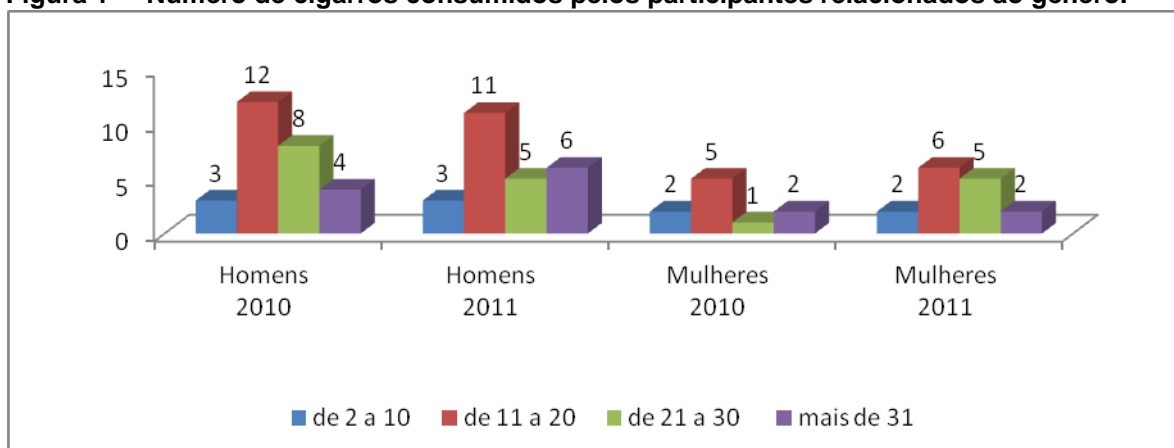
Verifica-se baixo interesse da população jovem em acessar o serviço. Porém, pesquisas apontam que o consumo do tabaco geralmente começa na adolescência.

Quanto mais precoce o seu início, maiores serão o grau de dependência e os problemas decorrentes. Em um trabalho realizado por Leite et al. (1999), foi evidenciado que a faixa etária mais comum em que se iniciava o tabagismo era a faixa de 10 a 19 anos. No País, o início do hábito de fumar, a faixa etária 17 a 19 anos de idade foi identificada como aquela com a maior proporção de fumantes ou ex-fumantes diários 31,9% (PETab, 2008). No município, a idade de iniciação do tabagismo dos 11 a 20 anos foi referida pela maioria dos avaliados. O Estatuto da Criança e do Adolescente proíbe vender, fornecer ou entregar à criança ou ao adolescente, produtos cujos componentes possam causar dependência física ou psíquica. É proibida a venda de produtos derivados do tabaco a menor de 18 anos. Verificar o cumprimento destas leis no município é fundamental para retardar a iniciação do uso de tabaco na população jovem, somada às campanhas de conscientização que devem ser trabalhadas continuamente nas escolas.

O nível de dependência identificado através do Teste de Fagerström apresentou variações e características importantes para os anos do estudo (Tabela 3). Ao observar o nível de dependência da nicotina dos participantes para o ano de 2010, a maior incidência foi baixo e muito baixo. No entanto, com os participantes do ano de 2011, este nível de dependência foi elevado e muito elevado. Pode-se concluir que além da terapia medicamentosa utilizada para os usuários com nível de dependência elevado e muito elevado, a abordagem e o acompanhamento a estes usuários exigirá um trabalho mais intensivo e de apoio pela equipe de saúde com a necessidade de monitoramento e plano de tratamento diferenciado. Haggström et al., 2001 avaliaram os fumantes que procuraram o Ambulatório de Auxílio ao Abandono do Tabagismo da Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul, no período entre julho de 1999 a outubro 2000 e verificaram que pacientes com dependência grave apresentaram maior risco de fracasso no tratamento.

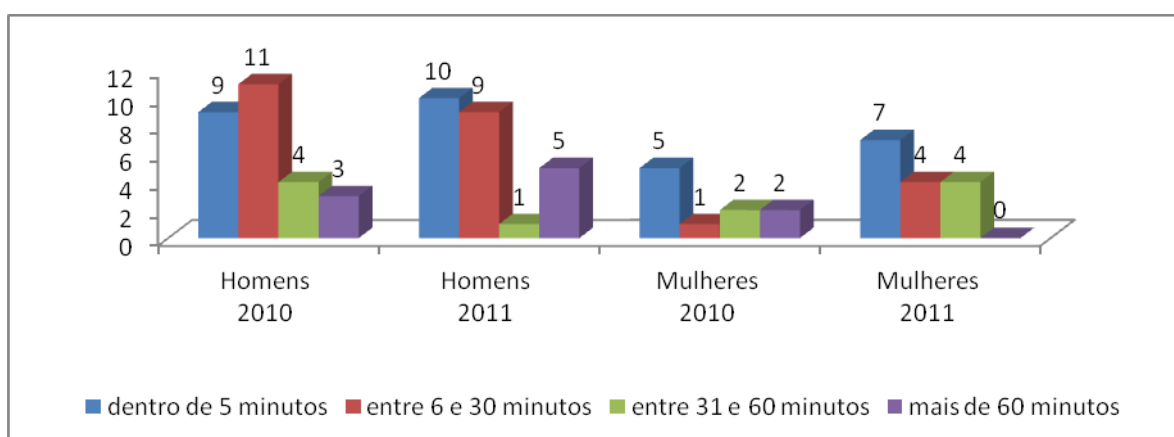
A Figura 1 apresenta o número de cigarros consumidos pelos usuários que realizaram a avaliação inicial relacionada ao gênero, sendo 11 a 20 cigarros (meia a uma carteira) como o mais consumido pelos participantes.

**Figura 1 – Número de cigarros consumidos pelos participantes relacionados ao gênero.**



A Figura 2 apresenta o intervalo de tempo até fumar o primeiro cigarro após acordar relacionado ao gênero, sendo os primeiros cinco minutos o período mais recorrente para fumar em ambos os anos e entre homens e mulheres.

**Figura 2 - Intervalo de tempo até fumar o primeiro cigarro após acordar relacionados ao gênero.**



As duas questões que fazem parte do Teste de Fagerström (ANEXO A) que se refere ao número de cigarros consumidos durante o dia (Figura 1) e ao intervalo de tempo após acordar que fuma o primeiro cigarro (Figura 2) foram investigadas na avaliação inicial e demonstram que não existem diferenças significativas no consumo do tabaco e no comportamento do fumante entre homens e mulheres que procuraram o tratamento na unidade básica de saúde. Ou seja, o consumo de tabaco diário predominou entre 11 a 20 cigarros, com o intervalo de tempo para consumir o primeiro cigarro 5 minutos após acordar. Pode-se concluir que os tabagistas do município apresentam características de médio a elevado quanto ao consumo do tabaco, muito semelhantes as característica dos fumantes do país. Dentre os fumantes diários no Brasil, de acordo com os dados da pesquisa especial

de tabagismo para o ano de 2008, a maior proporção encontrada correspondeu àqueles que fumavam de 15 a 24 cigarros por dia (33,9%). Quanto ao intervalo de tempo, desde a hora em que acorda até fumar o primeiro cigarro, a classe mais frequente foi de 6 a 30 minutos (39,3%). Na literatura, a análise do consumo do tabaco apresenta-se bastante variada, com ênfase na faixa de 11 a 20 cigarros diariamente ( LEITE et al., 1999; HAGGSTRÄM et al., 2001).

A Tabela 4 permite uma avaliação geral do programa no que se refere ao término do tratamento inicial, ao resultado da intervenção para os respectivos anos, à taxa de permanência e ao percentual de abandono dos participantes após início do tratamento. É possível verificar que a taxa de permanência dos participantes para o ano de 2010 é bem mais elevada quando comparada ao ano de 2011. Da mesma forma, o percentual de cessação do uso do tabaco (76,5%) e (40,5%). O abandono do tratamento pelos participantes após iniciação das atividades de apoio no ano de 2010 foi baixo (3,0%) na comparação com o ano de 2011 (32,4%).

**Tabela 4 – Avaliação do programa municipal ao término do tratamento inicial de quatro semanas ano de 2010 e 2011.**

Ano	2010	2011
Número de participantes da 1ª sessão estruturada	34	37
Número de participantes da 4ª sessão estruturada	33	25
Número de participantes que estavam sem fumar na 4ª sessão estruturada	26	15
% de cessação do uso do tabaco*	76,5	40,5
% Taxa de permanência**	89,1	62,5
% de abandono após início do tratamento***	3,0	32,4

\*Para cálculo de cessação considerou-se o número de usuários que participaram da 1ª sessão estruturada dividida pelos participantes que declararam estar sem fumar na 4ª sessão estruturada.

\*\*Para cálculo de taxa de permanência considerou-se número de usuários que participaram da 4ª sessão estruturada dividida pelo número de usuários de demonstraram interesse em realizar o tratamento. \*\*\*Para cálculo de abandono após início do tratamento considerou-se número de usuários que participaram da 4ª sessão estruturada dividida pelo número de usuários que participaram da 1ª sessão estruturada.

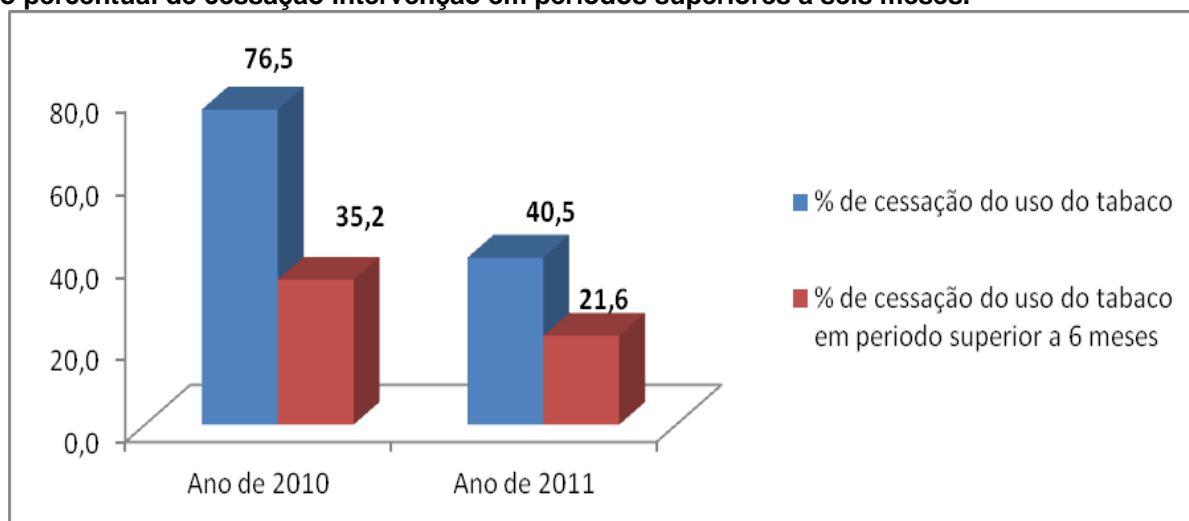


Na avaliação do programa Fuja do Vício, ao término dos trinta dias de tratamento, verificou-se que para o ano de 2010 o percentual de cessação foi de 76,5% e a taxa de permanência dos participantes de 89,1% podendo ser consideradas extremamente elevadas quando comparadas com os resultados do programa para o ano de 2011. Sendo que para o ano de 2011, o percentual de cessação ao término do tratamento inicial foi de 40,5% e 62,5% dos participantes concluíram o tratamento. Portanto, o nível de dependência da nicotina impacta de forma direta no resultado encontrado na taxa de cessação do uso do tabaco e na conclusão do tratamento inicial. Uma pesquisa realizada por Otero e cols. (2006) avaliaram a efetividade do programa de tratamento e cessação do tabagismo, de acordo com o modelo preconizado pelo INCA. Participaram 1.199 pessoas adultas do Município do Rio de Janeiro, com idade entre 19 e 59 anos que participaram de um a quatro encontros estruturados, de terapia cognitivo-comportamental, fazendo uso ou não de medicação. A abstinência no final da quarta sessão estruturada foi de 13,9 a 29,3% nos grupos sem uso de adesivos, e 59,3 a 65,7% nos grupos que fizeram uso de adesivos. Carvalho, em 2009, realizou uma análise da gestão federal do tratamento do tabagismo no SUS, no período de 2005 a setembro de 2008. No que se refere ao percentual de fumantes que estavam sem fumar na quarta sessão estruturada, no período de 2005 a setembro de 2008 o resultado foi de 35,6% em 2005, 43,4% em 2006, 41,0% em 2007 e 51,9% em 2008. Santos et al., em 2011, avaliaram a efetividade do programa de tratamento do tabagismo no sistema único de saúde em 60 municípios de Minas Gerais, no ano de 2008. No que se refere à cessação de fumar no final da quarta sessão estruturada o percentual médio foi de 40,5%.

No município, apesar da variação dos percentuais de cessação entre os anos, o percentual médio para os anos do estudo foi de 58,5% identificado ao término dos 30 dias de tratamento, e pode ser considerado extremamente satisfatório como resultado do trabalho da equipe responsável pelo programa.

A população para a segunda etapa do estudo foi de 33 entrevistados que na conclusão do tratamento inicial referiram estar sem fumar, sendo 19 entrevistados para o ano de 2010 (12 entrevistados responderam que obtiveram sucesso no abandono do tabaco e 7 apresentaram recaída) e 14 para o ano de 2011 (8 entrevistados responderam que obtiveram sucesso no abandono e 6 apresentaram recaída). A Figura 3 compara os percentuais de cessação do uso do tabaco ao término do tratamento inicial de quatro semanas com o percentual de cessação do abandono do uso do tabaco em períodos superiores a 6 meses após este tratamento. Para fins de análise, o cálculo de cessação em períodos superiores a seis meses foi realizado com os usuários que compareceram à primeira sessão de tratamento, e os indivíduos que não puderam ser contatados, foram consideradas como continuando a fumar. Os participantes do programa do ano de 2010 estão em abstinência por período superior a 12 meses.

**Figura 3 – Comparação entre os percentuais de cessação ao término do tratamento inicial com o percentual de cessação intervenção em períodos superiores a seis meses.**



Ao comparar os resultados do serviço em períodos superiores a seis meses do tratamento inicial a taxa de abstinência média identificada entre os anos foi de 28,4%, indicador este inferior à estimativa encontrada em estudos nacionais. Sales et al., 2006, avaliaram perfil dos pacientes e os fatores associados ao sucesso do tratamento do fumante no Ambulatório de Apoio ao Tabagista, no Hospital de Messejana, em Fortaleza. Do total de 320 pacientes atendidos, passado o período de doze meses, 50,8% atingiram o sucesso terapêutico, 17,8% recaíram e 31,4% não pararam de fumar por insucesso e abandono do tratamento. Santos et al., em 2011, ao verificar a taxa de cessação do tabagismo em dois municípios de Minas

Gerais oferecido pela atenção primária do sistema único de saúde, identificaram a taxa de cessação por mais de seis meses de 42,6% dos participantes, sendo 35,5% por mais de quinze meses.

Um fator que deve ser considerado na avaliação do programa de Nova Bassano no que se refere ao resultado do tratamento para períodos superiores a seis meses é a inexistência do grupo de manutenção, o que certamente poderá interferir nos resultados da intervenção e na manutenção da abstinência. Outro fator importante a ser considerado são as características individuais dos participantes para o processo de condução do tratamento. O acompanhamento dos usuários de forma sistematizada com atendimentos individualizados ou em grupo deve ser revisto na rotina da instituição como uma estratégia de suporte ao usuário que procura o tratamento. Novas alternativas de acompanhamento também podem ser instituídas, como o acompanhamento mensal por profissional capacitado mediante contato telefônico, principalmente ao usuário identificado com elevado ou muito elevado nível de dependência da nicotina, com o propósito de discutir os progressos e as suas maiores dificuldades relacionadas à manutenção do abandono do tabaco.

Tabela 5 apresenta algumas características investigadas com os participantes que apresentaram recaída para o uso do tabaco. É possível verificar que o período após término do tratamento inicial com maior incidência de recaída são os primeiros 3 meses. Para o ano de 2010, dos 7 entrevistados, 6 voltaram a fumar nos primeiros três meses. No ano de 2011, esta característica quanto ao período com maior incidência de recaída se repete. A terapia de reposição de nicotina e terapia de apoio foi utilizada por todos os usuários que realizaram o tratamento. Quanto à medicação bupropiona 150mg, dos 7 entrevistados para o ano de 2010, 5 tabagistas relataram que fizeram uso, e para o ano de 2011, dos 6 entrevistados, 5 utilizaram esta medicação como suporte ao tratamento. É possível verificar que o interesse em tentar o tratamento novamente é mencionado pela maioria dos usuários que apresentaram recaída.

**Tabela 5 – Período com maior incidência de recaída para o uso do tabaco, a terapia utilizada e disposição para iniciar tratamento novamente.**

		Ano 2010 n=7	Ano 2011 n=6
<hr/>			
Apresentaram recaída			
<hr/>			
Período após o tratamento inicial voltou a fumar	30 dias	2	1
	2 meses	1	3
	3 meses	3	0
	4 meses	0	0
	5 meses	0	0
	6 meses	0	2
	7 meses ou mais	1	0
Terapia utilizada	Adesivo de Nicotina	7	6
	Bupropiona	5	5
	Terapia de apoio	7	6
Disposto a tentar novamente	Sim	5	6
	Não	2	0

Quanto aos tabagistas que apresentam recaída no uso do tabaco verificou-se que para ambos os anos de estudo, o período de 30 a 90 dias após o término do tratamento inicial foram os mais recorrentes para voltar a fumar: 6 dos 7 entrevistados para o anos de 2010 e 4 para os 6 entrevistados do ano de 2011. Estudos referem que a maior parte dos fumantes precisa de cinco a sete tentativas antes que pare definitivamente (Viegas, 2007). A equipe de saúde deve estar preparada e motivada para acolher e oferecer apoio ao usuário que apresentar recaída estimulando-o a tentar novamente.

A Tabela 6 apresenta algumas características investigadas com os usuários que apresentaram recaída, relacionadas ao gênero, no que se refere ao número de cigarros consumidos e ao intervalo de tempo após acordar que fuma o primeiro cigarro. Observa-se que os dados apresentaram heterogeneidade devido ao número reduzido da amostra. O motivo de maior importância relatado pelos homens tabagistas e que contribui para voltar a fumar foi o nervosismo, a ansiedade e a irritação. Entretanto, para as mulheres os motivos são variados, como ganho de peso, parceiro que fuma, o nervosismo, a irritabilidade e ansiedade.

**Tabela 6 – Características relacionadas ao consumo do tabaco e o motivo de maior importância que contribuiu para voltar a fumar.**

Apresentaram recaída		Homens n=7	Mulheres n=6
Número de cigarros que esta fumando ao dia	menos de 2		
	de 2 a 10	1	3
	de 11 a 20	2	0
	de 21 a 30	3	1
	mais de 31	1	1
Tempo após acordar fuma o primeiro cigarro	dentro de 5 minutos	1	3
	entre 6 e 30 minutos	3	2
	entre 31 e 60 minutos	0	0
	mais de 60 minutos	2	1
Motivo de maior importância que contribuiu para voltar a fumar	Problemas familiares	0	0
	Problemas no trabalho	0	0
	Problemas financeiros	0	0
	Nervosismo, irritação e ansiedade	6	2
	Ganho de peso	0	2
	Amigos fumam	0	0
	Parceiro (a) fuma	1	2
	Faltou apoio da equipe de saúde	0	0
	Parar de fumar é muito difícil	0	0
	Faltou vontade de querer parar	0	0

Smal et al. em estudo de 2001, identificaram como principais barreiras à cessação de fumar, a dependência da nicotina, os sintomas da síndrome da abstinência, a depressão e o ganho de peso. Na população do estudo foram identificadas estas características, o que reforça a necessidade de apoio dos profissionais e condutas individualizadas já apresentadas anteriormente. Avaliar o suporte familiar ou a presença de um membro da família que fuma no mesmo ambiente é imprescindível para a manutenção do abandono do tabaco e sucesso do tratamento. A equipe de saúde e de apoio ao tabagista vai necessitar de intervenções e combinações individualizadas. O cônjuge ou outro coabitante do domicílio que fuma, deve fazer parte do programa ou pelo menos não fumar na presença do parceiro (a).

A Tabela 7 permite a identificação dos principais meios de divulgação utilizados pelo serviço, a fonte de informação do programa citada pelo usuário para o acesso às ações de apoio e tratamento ao tabagista, a identificação de dificuldades de acesso referida pelo usuário e atribuição de uma nota avaliativa ao programa. Pode-se verificar que o programa Fuja do Vício, apresenta ótima aceitabilidade, uma vez que (16 dos 19 entrevistados no ano de 2010, e 11 dos 15 entrevistados de 2011) não apresentaram dificuldades em participar do tratamento e a nota atribuída ao programa pelos participantes reforça o grau de satisfação e sua aceitabilidade.

**Tabela 7 – Avaliação do Programa Fuja do Vício pelos usuários que realizaram o tratamento ano 2010 e 2011**

		Ano 2010 n=19	Ano 2011 n=14
Como ficou sabendo do Programa Fuja do Vício	Cartazes na UBS	3	4
	Cartazes distribuídos pelo município	1	0
	Orientação de um profissional da saúde	5	2
	Familiares e amigos	9	8
	Rádio e jornal da cidade	1	0
Dificuldade em participar	Horário	3	0
	Problemas familiares	0	0
	Problemas de Saúde	0	0
	Empresa não permite dispensa	0	0
	Dificuldade no deslocamento	0	3
	Não apresentaram dificuldades	16	11
Nota atribuída ao Programa	Menor de 5	0	0
	6	0	0
	7	0	0
	8	0	0
	9	2	2
	10	17	12

Na identificação do acesso e forma de captação dos tabagistas de Nova Bassano ao programa verificou-se que o incentivo de familiares e amigos que realizaram o tratamento anteriormente foi o maior instrumento de divulgação. Estes usuários bem sucedidos no abandono do tabaco poderão oferecer suporte e estímulo aos iniciantes, participando das atividades de grupo e de manutenção da abstinência como referência positiva. Orientação de um profissional da saúde e cartazes observados na unidade básica de saúde foram também referidos pelos

entrevistados como estratégia de captação de tabagistas ao programa. Novas estratégias de divulgação podem ser utilizadas, como a distribuição de panfletos nas empresas, realização de reuniões nas comunidades do interior do município, uma vez que a população da área rural corresponde a 49,3% dos moradores do município.

## 7 CONSIDERAÇÕES FINAIS

São inúmeros os estudos que evidenciam os malefícios decorrentes do uso do tabaco. A informação e conscientização da população quanto aos riscos relacionados à sua prática estão contribuindo para motivar cada vez mais o fumante a abandonar o cigarro.

Doenças do aparelho cardiocirculatório e as neoplasias são as principais causas de óbito no país, e o tabaco é um fator de risco para estas patologias. Em Nova Bassano, no grupo das neoplasias, o câncer de pulmão é a causa de óbito com maior incidência entre os homens. Pode-se verificar que a população, principalmente a masculina, está recorrendo ao serviço em busca de auxílio e suporte para abandonar o tabaco, portanto, esta política pública contribui na melhoria dos indicadores de saúde do município.

O programa apresentou uma ótima aceitabilidade pelos usuários. Os entrevistados que apresentaram recaída referiram estar dispostos a realizar o tratamento novamente e a nota atribuída ao programa reforça o grau de satisfação pelos participantes.

O seu processo de condução merece destaque na avaliação, uma vez que, não se verificou dificuldades no acesso a insumos e medicamentos. O quadro de pessoal que opera o programa, com exceção da coordenação são funcionários efetivos o que de certa forma também contribui para a sua manutenção e continuidade. O presente estudo não avaliou o custo do tratamento, porém deve-se levar em consideração que tratar as complicações decorrentes do uso do tabaco deve ser, provavelmente, bem mais elevado.

As informações obtidas na pesquisa foram relevantes para a compreensão e identificação de alguns fatores que poderão contribuir no processo de gestão do programa na esfera municipal.

Mesmo sabendo que a oferta de tratamento ao fumante nos serviços de saúde é eficaz na redução de patologias tabaco-relacionadas, o sucesso é complexo e envolve uma série de fatores, como o grau de motivação do usuário, o convívio social, as informações e conhecimentos recebidos relacionados ao benefício de parar de fumar, o apoio da equipe de saúde, de familiares e amigos. O programa Fuja do Vício apresenta ótimos indicadores de cessação ao término do tratamento inicial onde são ofertadas as sessões estruturadas e realizadas pela equipe que



opera o programa. É importante, porém salientar que somente o tratamento inicial com duração aproximada de quatro semanas é insuficiente para avaliar o abandono do tabaco. O acompanhamento e monitoramento dos participantes por períodos superiores a seis meses poderão contribuir na construção dos indicadores municipais de efetividade do programa.

É fato a compreensão da nicotina como causadora da dependência. Faz-se necessário o suporte e apoio da equipe de saúde, pois fatores sociais e comportamentais estão relacionados e justificam a dificuldade que envolve o abandono do tabaco. Conhecer o perfil dos participantes, o nível de dependência de nicotina, a presença de parceiro fumante no domicílio, as tentativas anteriores e recaídas são fundamentais no processo de condução do tratamento. A farmacoterapia e a terapia cognitivo-comportamental associadas são indicadoras de maior benefício para o abandono do tabaco, porém a medicação por si só não garante o sucesso no desfecho do tratamento. Verificou-se que a maior incidência de recaída ocorreu nos primeiros três meses após término do tratamento inicial e os motivos mais citados foram os que caracterizam a necessidade de suporte e apoio pelo serviço.

Algumas limitações no estudo merecem ser apontadas. No que se refere aos dados de cessação para o uso do tabaco, os mesmos foram construídos mediante auto relato dos participantes, portanto poderão ser superestimados. Também não se avaliou o grau de motivação em que o usuário se encontrava para parar de fumar ao procurar o serviço. Eventualmente sua procura pode ser mobilizada por insistência de familiares e não por vontade própria. Outro fator a ser considerado que prejudicou a análise dos resultados foi o número reduzido da amostra dos indivíduos que apresentaram recaída.

Outros estudos relacionados ao tema poderão ser realizados no município. Tais como, a identificação da incidência de fumantes jovens entendendo que esta informação pode favorecer ações específicas com grandes benefícios a longo prazo. Outro fator importante a ser investigado é a frequência com que o tema tabagismo é abordado nas intervenções realizadas pelos profissionais de saúde na organização.

## 8 RECOMENDAÇÕES

Algumas recomendações são sugeridas com a finalidade de qualificar a efetividade do programa. Ao identificar o percentual médio de atendimento de tabagistas pelo serviço (2,7% ano), sugerem-se algumas alternativas para captar e atender a um número maior de usuários, como: intensificar ações de divulgação do Programa Fuja do Vício através de panfletos; realizar palestras nas empresas do município e comunidades do interior; propor metas anuais de atendimento para no mínimo 5% ano; realizar abordagem e aconselhamento por parte dos profissionais da instituição como uma rotina do processo do cuidado aos usuários que frequentam o serviço; divulgar anualmente para a equipe de saúde e comunidade os resultados do programa Fuja do Vício, com a apresentação dos indicadores de cessação.

Quanto à iniciação ao tabagismo ficou evidente que seu consumo tem início na adolescência, portanto é importante verificar o cumprimento da legislação que proíbe a venda de cigarros e outros produtos que causam dependência a menor de 18 anos. Sugere-se: realizar ações de promoção de saúde relacionadas aos fatores de risco do tabagismo em adolescentes, com o objetivo de retardar e ou evitar a iniciação do uso do tabaco na população jovem; consolidar parcerias entre Secretaria Municipal de Saúde, Secretaria Municipal da Educação e comunidade para desenvolver ações de conscientização sobre tema tabagismo; verificar o cumprimento da lei municipal que proíbe o consumo de tabaco em ambientes fechados e o número de autuações já realizadas.

Quanto aos indicadores de cessação do uso do tabaco sugere-se implantar um grupo terapêutico de apoio pré-agendado com encontros mensais após o término do tratamento inicial; instituir novas alternativas de suporte e apoio que podem ser discutidas com a equipe como, por exemplo, a realização de contato telefônico por profissional capacitado; traçar um plano de tratamento individualizado aos usuários identificados com nível de dependência da nicotina elevada e muito elevada; buscar os faltosos.

O serviço não dispõe de um instrumento padrão que avalie o resultado da intervenção em períodos superiores a 30 dias após o término do tratamento inicial. Sugere-se a construção de instrumento que possa auxiliar o serviço na coleta de informações e avaliação do programa. Este instrumento poderá auxiliar nas informações quanto ao desfecho do tratamento, grau de satisfação dos usuários e

dificuldades relacionadas a manutenção do tratamento. Assim, o mesmo poderá contribuir para qualificar a assistência, e também para identificação dos indicadores municipais de efetividade e gestão do programa.

## REFERÊNCIAS

ARAUJO, A. J. **Tratamento do tabagismo pode impactar a DPOC**. Pulmão RJ - Atualizações Temáticas, Rio de Janeiro, v.1, n.1, p. 20-33, 2009.

BEJEROT S.; VON KNORRING L.; EKSELIUS L. Personality traits and smoking in patients with obsessive-compulsive disorder. **European Psychiatrists**. v.15, n.7, 2000.

BLACK D. W.; ZIMMERMAN M.; CORYELL W.H. Cigarette smoking and psychiatric disorder in a community sample. **Annals of Clinical Psychiatry**. v. 11, n. 3, 1999.

BOEIRA S. L. Indústria de tabaco e cidadania: confronto entre redes organizacionais. **Revista de Administração de Empresas**, v. 46, n. 3, jul/set, 2006.

BRASIL. Lei nº 7.488, 11 de Junho de 1986. Institui o dia nacional de combate ao fumo. Brasília, 1986. Disponível em: [http://www.redesaude.org.br/portal/generoetabaco/download/115\\_Lei-7488\\_institui\\_dianacional\\_combateaofumo.pdf](http://www.redesaude.org.br/portal/generoetabaco/download/115_Lei-7488_institui_dianacional_combateaofumo.pdf). Acesso em: 30 dez. 2011

BRASIL. Lei nº 9.294, 15 de Julho de 1996. Dispõe sobre as restrições ao uso e à propaganda de produtos fumíferos, bebidas alcoólicas, medicamentos, terapias e defensivos agrícolas, nos termos do § 4º do art. 220 da Constituição Federal. Brasília, 1996. Disponível em: <http://www.consumidorbrasil.com.br/consumidorbrasil/textos/legislacao/l9294.htm>. Acesso em: 30 dez. 2011

BRASIL. **Ação global para o controle do tabaco**. Instituto Nacional de Câncer (INCA) Coordenação de Prevenção e Vigilância (CONPREV). 2004 [http://www.inca.gov.br/tabagismo/cquadro3/acao\\_global.pdf](http://www.inca.gov.br/tabagismo/cquadro3/acao_global.pdf)

BRASIL. Congresso Nacional. Decreto Legislativo n. 1012, de 27 de outubro de 2005. Aprova o texto da Convenção-Quadro para o Controle do Uso do Tabaco, assinada pelo Brasil em 16 de junho de 2003. Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil, Brasília (2005 out 28);Sec.1:1. <http://www.camara.gov.br/proposicoesWeb/fichadetramitacao?idProposicao=253631>. Acesso em: 12 dez. 2011 a.

BRASIL. Decreto de 1º de agosto de 2003. Cria a Comissão Nacional para Implementação da Convenção-Quadro para o Controle do Tabaco e de seus Protocolos. Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil, Brasília (2003 ago 4);Sec.1:1. [http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/dnn/2003/Dnn9944.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/dnn/2003/Dnn9944.htm). Acesso em: 10 dez. 2011 a.

BRASIL. Ministério da Saúde. Lei nº 655, de 31 de agosto de 1999. Cria o grupo assessor ao Ministério da Saúde para o controle do tabagismo no Brasil. Brasília, Ministério da Saúde, <http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/Controle%20do%20Tabagismo%20no%20Brasil.pdf>. Acesso em: 6 nov. 2011a.

BRASIL. Ministério da Saúde. Lei nº 8.080, 19 de setembro de 1990. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, (...). Brasília, Ministério da Saúde, 1990. Disponível em: <http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/lei8080.pdf>. Acesso em: 6 dez. 2011a.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 1.575, de 29 de agosto de 2002. Cria, no âmbito do Sistema Único de Saúde, Centros de Referência em Abordagem e Tratamento do Fumante. Brasília (2002 ago 29). [http://www.saude.mg.gov.br/atos\\_normativos/legislacaosanitaria/tabagismo/Portaria%20GM%20MS%201575%20FUMO%20%2029%20de%20agosto%20de%202002.pdf](http://www.saude.mg.gov.br/atos_normativos/legislacaosanitaria/tabagismo/Portaria%20GM%20MS%201575%20FUMO%20%2029%20de%20agosto%20de%202002.pdf). Acesso em: 01 dez. 2011 a.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 399, 22 de fevereiro de 2006. Divulga o Pacto pela Saúde 2006 – Consolidação do SUS e aprova as Diretrizes Operacionais do Referido Pacto. Brasília, Ministério da Saúde, 2006. <http://dtr2001.saude.gov.br/sas/PORTARIAS/Port2006/GM/GM-399.htm>. Acesso em: 10 dez. 2011.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Análise de Situação de Saúde. Plano de ações estratégicas para o enfrentamento das doenças crônicas não transmissíveis (DCNT) no Brasil 2011-2022 / Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Análise de Situação de Saúde. Brasília: Ministério da Saúde, 2011. [http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/cartilha\\_plano\\_final\\_11.pdf](http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/cartilha_plano_final_11.pdf). Acesso em: 6 dez. 2011 a.

BRASIL. Por que aprovar a Convenção-Quadro para o Controle do Tabaco? Instituto Nacional de Câncer (INCA) Coordenação de Prevenção e Vigilância (CONPREV). 2004. <http://www.inca.gov.br/tabagismo/cquadro3/cquadro.pdf>. Acesso em: 5 de nov. 2011 a.

CARVALHO C. R.S. **O Instituto Nacional do Câncer e o Controle do Tabagismo: uma análise da gestão federal do tratamento do tabagismo no SUS**. Rio de Janeiro: ENSP 2009.

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

EVANS S.M.; CONE E. J.; HENNINGFIELD J. E. Rapid arterial kinetics of intravenous and smoked cocaine: relationship to subjective and cardiovascular effects. **NIDA Research Monograph**, 1995

FFFCMPA, Fundação Faculdade Federal de Ciências Médicas de Porto Alegre e Serviço de Informações Sobre Substâncias Psicoativas (SISP); 22/12/2007. <http://psicoativas.ffcmpa.edu.br/fum%20pas.html>. Acesso em: 4 dez 2011.

GONÇALVES, H. S. **Antitabagismo no Brasil: da mobilização da comunidade médica à política de Saúde Pública (1950-1986)**. 2009. Dissertação (Mestrado em História). Fafich, Universidade Federal de Minas Gerais, Belo Horizonte, 2009.

HAGGSTRÄM, Fabio M. et al. Tratamento do Tabagismo com Bupropiona e Reposição Nicotínica. **Jornal Brasileiro de Pneumologia**. v.27, n.2, 2001.

HEISHMAN S. J.; TAYLOR R. C.; HENNINGFIELD J.E.; Nicotine and smoking: a review of effects on human performance. *Experimental and Clinical Psychopharmacology* v. 2, 1994; [http://www.oficinadasletras.com.br/br/images/site/trabalhos/Modelo\\_A01.pdf](http://www.oficinadasletras.com.br/br/images/site/trabalhos/Modelo_A01.pdf). Acesso em: 11 de dez. 2011.

INSTITUTO NACIONAL DE CÂNCER. Abordagem e tratamento do fumante: consenso 2001. Rio de Janeiro: INCA, 2001.

INSTITUTO NACIONAL DE CÂNCER. Organização Pan-Americana da Saúde. Pesquisa especial de tabagismo – PETab: relatório Brasil / Instituto Nacional de Câncer. Organização Pan-Americana da Saúde. – Rio de Janeiro: INCA, 2011.

INSTITUTO NACIONAL DO CÂNCER. Tabagismo um grave problema de saúde publica. Rio de Janeiro; INCA: 2007

JAQUES, T. A.; TEIXEIRA, L. A.; Legislação e Controle do Tabaco no Brasil entre o Final do Século XX e Início do XXI. **Revista Brasileira de Cancerologia**. v. 57, n. 3, 2011.

KIRCHENCHTJN, C.; CHATKIN, J. M. Dependência da Nicotina. In: VIEGAS, C. A. A. et al. Diretrizes para a Cessação do Tabagismo. **Jornal Brasileiro de Pneumologia**. v.30, n.2, p. 18, 2004.

LEITAO F.S. et al. Levantamento randomizado sobre a prevalência de tabagismo nos maiores municípios do Brasil. São Paulo. **Jornal Brasileiro de Pneumologia**. v 35, n 12., 2009.

LEITE, J. C. T.; FRANKEN R. A. Psicoterapia de grupo no tratamento da dependência de nicotina: experiência da Santa Casa de São Paulo. **Revista da Sociedade de Cardiologia do Estado de São Paulo**, São Paulo, v.6, supl. A, 1999.

MARQUES, A. C. P. R. et al. **Consenso Sobre o Tratamento da Dependência da Nicotina**. Revista Brasileira de Psiquiatria. v. 23, n.4, 2001.

OLIVEIRA, A. F.; VALENTE, J. G.; LEITE, I. C. Aspectos da mortalidade atribuível ao tabaco: revisão sistemática. **Revista de Saúde Pública**. v. 42, n. 2, 2008.

OTERO Ubirani B. et al. Ensaio clínico randomizado: efetividade da abordagem cognitivo comportamental e uso de adesivos transdérmicos de reposição de nicotina, na cessação de fumar em adultos residentes no Município do Rio de Janeiro. Rio de Janeiro. **Caderno de Saúde Publica**. v.22, n.2, 2006.

RANG, H. P.; DALE, M. M.; RITTER, J.M. **Farmacologia**. 6ª Ed., Rio de Janeiro: Editora Elsevier, 2007, pp. 622-628.

Relatório Global da OMS sobre a epidemia do tabagismo 2011.  
<http://www.actbr.org.br/seminarios/aliancas-estrategicasIV/Apresentacoes>

ROSEMBERG J.; **Nicotina. Droga Universal**. São Paulo: Secretaria da Saúde do Estado de São Paulo, 2003. 240 p. Disponível em: <http://www.inca.gov.br/tabagismo/publicacoes/nicotina.pdf> . Acesso em: 6 dez. 2011.

SMALL R.E.; KENNEDY D.T. **Methods to facilitate smoking cessation: guidelines and treatment modalities**. Coverage of APhA 2001 148th Annual Meeting Therapeutic Updates: part 2. <http://www.medscape.com> . Acesso em: 10 de dez. 2011.

US Department of Health and Human Services. The health consequences of smoking: nicotine addiction. A report of the Surgeon General. Public Health Service, Office on Smoking and Health. Rockville; 1988.

US Department of Health and Human Services. The health consequences of smoking: nicotine addiction. A report of the Surgeon General. Public Health Service, Office on Smoking and Health. Rockville; 1988.

VIEGAS C. A. A.; **Tabagismo: do Diagnóstico à Saúde Pública**. Atheneu, São Paulo, 2007, 339 pgs.

## ANEXO A – INSTRUMENTO DE AVALIAÇÃO

### PROGRAMA NACIONAL DE CONTROLE DO TABAGISMO Abordagem e Tratamento do Tabagismo

#### I - Identificação do Paciente

Nome: \_\_\_\_\_ Nº Prontuário: \_\_\_\_\_

Sexo:  Feminino  Masculino

#### II - Exame Físico:

- Peso \_\_\_\_\_ - Altura \_\_\_\_\_ - PA \_\_\_\_\_  
 - ACV \_\_\_\_\_ - AR \_\_\_\_\_ - Abd \_\_\_\_\_  
 - CO \_\_\_\_\_ HbCO \_\_\_\_\_ Há quanto tempo fumou o último cigarro \_\_\_\_\_ Hora do exame: \_\_\_\_\_

#### III - História Patológica Progredida:

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

*Caso tenha respondido sim para as duas questões anteriores (12 e 13), fazer as perguntas sobre depressão*

- 1) Você costuma ingerir bebidas alcoólicas com que frequência durante a semana?  
 Nunca  Todos os dias  Finais de semana  Raramente  
*Caso responda "todos os dias" ou "finais de semana", aplicar o teste CAGE*



8) Você já participou de algum grupo de apoio para abordagem e tratamento do tabagismo na unidade?  
 Sim  
 Não

9) Por que você quer deixar de fumar agora? *(pode escolher vários)*  
 Porque está afetando minha saúde  
 Outras pessoas estão me pressionando  
 Pelo bem-estar da minha família  
 Fumar é anti-social  
 Porque gasto muito dinheiro com cigarro  
 Eu estou preocupado com minha saúde no fut  
 Porque meus filhos pedem  
 Porque não gosto de ser dependente  
 Fumar é um mal exemplo para as crianças  
 Por conta das restrições de fumar em ambientes fechados

10) Você convive com fumantes em sua casa?

Sim, qual o grau de parentesco? \_\_\_\_\_  
 Não

11) Você se preocupa em ganhar peso ao deixar de fumar?

Sim  
 Não

### V - Teste de Fagerström

1- Quanto tempo após acordar você fuma seu primeiro cigarro?

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

2- Você acha difícil não fumar em lugares proibidos como igrejas, bibliotecas, etc?

Sim (1)  
 Não (0)

3- Qual o cigarro do dia que traz mais satisfação?

O primeiro da manhã (1)  
 Outros (0)

4- Quantos cigarros você fuma por dia?

Menos de 10 (0) \_\_\_\_\_  
 De 11 a 20 (1) \_\_\_\_\_  
 De 21 a 30 (2) \_\_\_\_\_  
 Mais de 31 (3) \_\_\_\_\_

5- Você fuma mais frequentemente pela manhã?

Sim (1)  
 Não (0)

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

Sim (1)  
 Não (0)

Pontuação = \_\_\_\_\_

#### Grau de dependência

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

↓ dependência  
 todos os dias ou horas de sono

**CAGE:**

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

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

**IV - História tabagística:**

- 1) Com que idade você começou a fumar? \_\_\_\_\_
- 2) Em quais das situações o cigarro está associado no seu dia-a-dia? *(pode escolher vários)*
- |   |   |   |
|---|---|---|
| <input type="checkbox"/> ao falar no telefone | <input type="checkbox"/> após refeições | <input type="checkbox"/> com bebidas alcoólicas |
| <input type="checkbox"/> com café             | <input type="checkbox"/> no trabalho    | <input type="checkbox"/> ansiedade              |
| <input type="checkbox"/> tristeza             | <input type="checkbox"/> alegria        | <input type="checkbox"/> nenhum                 |
| <input type="checkbox"/> outros _____         |   |   |
- 3) Quais das afirmativas abaixo você considera que sejam razões para fumar: *(pode escolher vários)*
- |   |                              |                              |                                   |
|---|------------------------------|------------------------------|-----------------------------------|
| - Fumar é um grande prazer                      | <input type="checkbox"/> sim | <input type="checkbox"/> não | <input type="checkbox"/> às vezes |
| - Fumar é muito saboroso                        | <input type="checkbox"/> sim | <input type="checkbox"/> não | <input type="checkbox"/> às vezes |
| - O cigarro te acalma                           | <input type="checkbox"/> sim | <input type="checkbox"/> não | <input type="checkbox"/> às vezes |
| - Acha charmoso fumar                           | <input type="checkbox"/> sim | <input type="checkbox"/> não | <input type="checkbox"/> às vezes |
| - Você fuma porque acha que fumar emagrece      | <input type="checkbox"/> sim | <input type="checkbox"/> não | <input type="checkbox"/> às vezes |
| - Gosta de fumar para ter alguma coisa nas mãos | <input type="checkbox"/> sim | <input type="checkbox"/> não | <input type="checkbox"/> às vezes |
| Outras _____                                    |                              |                              |                                   |
- 4) Quantas vezes você tentou deixar de fumar?
- de 1 a 3 vezes
- + de 3 vezes
- tentou mas não conseguiu parar *(seguir para pergunta 7)*
- nunca tentou *(seguir para pergunta 9)*
- 5) Quantas vezes você ficou sem fumar por pelo menos 1 dia?
- 1 vez       2 vezes       3 vezes       mais de 3 vezes
- 6) Quais foram os motivos que levaram você a voltar a fumar? \_\_\_\_\_
- 7) Alguma vez na vida você utilizou algum recurso para deixar de fumar?
- Nenhum       Medicamento. Qual? \_\_\_\_\_
- Apoio de Prof. Saúde       Leitura de orientações em folhetos, revistas, jornais, ent outros  Outros \_\_\_\_\_

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

3) Algum medicamento em uso atual?

- Sim. Qual (is)? \_\_\_\_\_  
 Não

4) Tem prótese dentária móvel?

- Sim  
 Não

Se for do sexo feminino:

5) Está grávida?

- Sim. Quantos meses? \_\_\_\_\_  
 Não

6) Está amamentando?

- Sim  
 Não

**PERGUNTAS SOBRE DEPRESSÃO:**

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

- Não  
 Sim. Qual? \_\_\_\_\_

b) No último mês você sentiu:

- b.1)  tristeza     perda de interesse e prazer     energia reduzida ou grande cansaço  
b.2)  concentração e atenção reduzidas     auto-estima e auto-confiança reduzida  
 sentimento de culpa e inutilidade     pessimista ou deslocado  
 idéias ou atitudes auto-lesivos ou de suicídio     sono alterado  
 apetite diminuído     inquietação

c) Há história de transtorno psiquiátrico na família?

- Não  
 Sim. Quem e que tipo? \_\_\_\_\_

d) O paciente apresentou durante a consulta:

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

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

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

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

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

**VI - Avaliação do Grau de Motivação:**

- Contemplativo: motivado a parar, porém sem data estipulada nos próximos dias
- Ação: já tem uma data marcada ou está motivado a parar dentro de um mês
- Recaído: retornou ao consumo habitual de cigarros

**VII - Observações:**

---

---

---

DATA \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_



**ANEXO C – INSTRUMENTO DE INVESTIGAÇÃO DOS RESULTADOS EM  
PERÍODO SUPERIOR A 6 MESES**

UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO SUL  
ESCOLA DE ADMINISTRAÇÃO  
CURSO DE ESPECIALIZAÇÃO EM GESTÃO EM SAÚDE

Entrevista por telefone cujos dados serão utilizados para avaliação da efetividade do programa ambulatorial de tratamento ao tabagista, Programa Municipal Fuja do Vício, da Unidade Básica de Saúde de Nova Bassano.

O instrumento visa coletar informações referentes ao desfecho quanto ao uso do tabaco dos participantes que concluíram o tratamento inicial de quatro semanas na UBS de Nova Bassano no ano de 2010 e 2011.

**Bom dia/tarde. Meu nome é Jaqueline Wolkmer sou aluna do Curso de especialização em Gestão em Saúde da UFRGS e enfermeira da SMS de Nova Bassano. Gostaria de realizar algumas perguntas ao Sr (a) por telefone. Os dados serão utilizados para avaliação da efetividade do programa ambulatorial de tratamento ao tabagista, Programa Municipal Fuja do Vício, da Unidade Básica de Saúde de Nova Bassano. A sua entrevista deverá durar aproximadamente três minutos. Suas respostas serão mantidas em total sigilo e serão utilizadas junto com as respostas dos demais entrevistados. Sua participação vai contribuir para a construção dos indicadores de avaliação do programa na esfera municipal, assim como para qualificação do programa no município. As informações somente serão utilizadas com a sua autorização.**

O Sr (a) gostaria de colaborar com esta pesquisa?

(        ) sim

(        ) não posso responder no momento. Qual dia e horário posso retornar a ligação? **AGENDAR DATA E HORÁRIO:** \_\_\_\_\_ às: \_\_\_\_\_

(        ) não tenho interesse em participar

**DADOS DE IDENTIFICAÇÃO:**

Nome:

Fone:

Idade:

Sexo:

Ano e mês que realizou o tratamento: \_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_

1- Após término do tratamento de quatro semanas realizado na UBS o Sr (a) parou de fumar?

(        ) Sim, parei de fumar. **Pule para questão 6.**

(        ) Não consegui parar de fumar durante o tratamento.

(        ) Parei durante tratamento, mas voltei a fumar. **Quanto tempo após este tratamento realizado pela UBS o Sr (a) voltou a fumar ?** ( ) 30 dias após o tto inicial ( ) 2 meses após tto inicial ( ) 3 meses após o tto inicial ( ) 4 meses

após tto inicial ( ) 5 meses após tto inicial ( ) 6 meses após tto inicial ( ) 7 meses ou mais do tto inicial.

2- Quantos cigarros o Sr (a) está fumando por dia?

( ) menos de 2 ( ) de 2 a 10 ( ) de 11 a 20 ( ) de 21 a 30 ( ) mais de 31

3- Quanto tempo após acordar você fuma o seu primeiro cigarro?

( ) dentro de cinco minutos ( ) entre seis e 30 minutos ( ) entre 31 e 60 minutos  
( ) após 60 minutos

4-Entre os motivos que serão citados qual foi o de maior importância e que mais contribuiu para Sr (a) voltar a fumar.

Passei por problemas familiares ( ) **Baixa importância** ( ) **Média importância** ( ) **Grande importância** ( ) **O de maior importância**

Passei por problemas no trabalho ( ) **Baixa importância** ( ) **Média importância** ( ) **Grande importância** ( ) **O de maior importância**

Passei por problemas financeiros ( ) **Baixa importância** ( ) **Média importância** ( ) **Grande importância** ( ) **O de maior importância**

Fiquei muito nervoso, irritado e ansioso ( ) **Baixa importância** ( ) **Média importância** ( ) **Grande importância** ( ) **O de maior importância**

Meu peso aumentou muito ( ) **Baixa importância** ( ) **Média importância** ( ) **Grande importância** ( ) **O de maior importância**

Meus amigos fumam ( ) **Baixa importância** ( ) **Média importância** ( ) **Grande importância** ( ) **O de maior importância**

Meu companheiro (a) fuma ( ) **Baixa importância** ( ) **Média importância** ( ) **Grande importância** ( ) **O de maior importância**

Faltou apoio da equipe de saúde ( ) **Baixa importância** ( ) **Média importância** ( ) **Grande importância** ( ) **O de maior importância**

Parar de fumar é muito difícil ( ) **Baixa importância** ( ) **Média importância** ( ) **Grande importância** ( ) **O de maior importância**

Faltou vontade de querer parar ( ) **Baixa importância** ( ) **Média importância** ( ) **Grande importância** ( ) **O de maior importância**

( ) Outros motivos \_\_\_\_\_

5-Está disposto a tentar para de fumar novamente?

(     ) Sim           (     ) Não

6-Quanto ao tratamento que o Sr (a) realizou na UBS, como ficou sabendo do programa Fuja do Vício? Através de:

- (     ) Cartazes do posto de saúde
- (     ) Cartazes distribuídos pelo município
- (     ) Recebi orientação de um profissional da saúde
- (     ) Pela rádio e ou jornal da cidade
- (     ) Familiares e amigos
- (     ) Outros meios especificar \_\_\_\_\_

7-Teve dificuldade em participar dos encontros?

- (     ) Não
- (     ) **Sim Qual a dificuldade?**
  - (     ) Horário dos encontros;
  - (     ) Problemas familiares
  - (     ) Problemas de saúde
  - (     ) A empresa não permite dispensa das 14 às 16horas.
  - (     ) Dificuldade no deslocamento
  - (     ) Outros especificar \_\_\_\_\_

8-Numa escala de 0 a 10 que nota você atribui ao programa municipal Fuja do Vício?\_\_\_\_\_



## ANEXO D – AUTORIZAÇÃO DA INSTITUIÇÃO PARA TRABALHO DE PESQUISA

### PEDIDO DE AUTORIZAÇÃO

Eu, Jaqueline Wolkmer, servidora pública municipal de Nova Bassano, no cargo de enfermeira, sob registro profissional COREN: 67.797, especializanda no Curso em Gestão em Saúde, EaD, pela Universidade Federal do Rio Grande do Sul – UFRGS, orientada pelo professor Ivan Antonio Pinheiro, venho por meio deste, solicitar a autorização para realizar estudo avaliativo, com coleta de informações referentes ao Programa Ambulatorial e de Tratamento ao Tabagista, cujo objetivo do estudo é avaliar a sua efetividade como uma política de saúde do município.

Certa de poder contar com a vossa compreensão, aceitação e disponibilidade, desde já agradeço.



Jaqueline Wolkmer

Especializanda em Gestão em Saúde – UFRGS

Autorizada por:



Ivanor Biotto

Secretário Municipal da Saúde



Nicole Tedesco

Coordenadora do Programa Municipal Fuja do Vício

Nova Bassano, 30 de dezembro de 2011.

**ANEXO E- LEI MUNICIPAL Nº 1.329/2001**

PREFEITURA MUNICIPAL DE NOVA BASSANO  
ESTADO DO RIO GRANDE DO SUL

Publicado em 16/03/01  
Através de Decreto  
Albano  
Secretaria Municipal da Administração

LEI MUNICIPAL Nº 1.329/2001.

**PROÍBE O USO DO FUMO EM AMBIENTES  
PÚBLICOS DENTRO DA JURISDIÇÃO DO MUNICÍPIO.**

**NELSO ANTONIO DALL'AGNOL**, Prefeito Municipal de Nova Bassano, Estado do Rio Grande do Sul, no uso de suas atribuições legais,

**FAÇO SABER** que a Câmara de Vereadores aprovou e eu sanciono e promulgo a seguinte LEI:

**Art. 1º.** Fica proibido o uso de fumo, bem como o porte de cigarros acesos, ou assemelhados como cachimbos e charutos, nos locais abaixo relacionados, dentro da jurisdição do Município.

- I- ambientes públicos fechados, coletivos e de trabalho nas repartições públicas no Município, autarquias e departamentos, incluindo ginásios de esportes sob a jurisdição do Município, bem como na Câmara de Vereadores de Nova Bassano;
- II- recinto de hospitais, ambulatórios, postos de saúde e demais estabelecimentos de saúde;
- III- estabelecimentos de ensino;
- IV- no recinto de estabelecimentos bancários.

§ 1º Nos estabelecimentos acima, poderá ser permitido fumar em salas selecionadas especificamente para este fim.

§ 2º Deverão ser colocados, nos locais acima, avisos de que é proibido fumar, claramente visíveis, devendo também ser indicada a existência de sala especial para fumo.

**Art. 2º.** As pessoas que não cumprirem o disposto nesta Lei serão convidadas a retirarem-se dos recintos referidos no art. 1º.

**Art. 3º.** A Administração Municipal desenvolverá e apoiará ações educativas e de combate ao fumo destinadas à população em geral.

**Art. 4º.** Revogadas as disposições em contrário, esta Lei entrará em vigor na data de sua publicação.




**PREFEITURA MUNICIPAL DE NOVA BASSANO**  
ESTADO DO RIO GRANDE DO SUL

Publicado em 16/03/01  
Através de Julia  
Gabardo  
Secretaria Municipal da Administração

GABINETE DO PREFEITO MUNICIPAL DE NOVA BASSANO, aos dezesseis dias do  
mês de março de 2001.

  
NELSO ANTONIO DALL'AGNOL  
Prefeito Municipal

Registre-se e publique-se

  
MARIA HELENA GIOMBELLI GABARDO  
Secretária Municipal da Administração

## ANEXO F- LEI MUNICIPAL Nº 1.342/2001



PREFEITURA MUNICIPAL DE NOVA BASSANO  
ESTADO DO RIO GRANDE DO SUL

Publicado em: 18/06/01  
Através de: Decreto  
1342/01  
Secretaria Municipal da Administração

LEI MUNICIPAL Nº 1.342/2001.

ALTERA A LEI MUNICIPAL Nº 1.329/2001, E DÁ  
OUTRAS PROVIDÊNCIAS.

NELSO ANTONIO DALL'AGNOL, Prefeito Municipal de Nova Bassano, Estado do Rio Grande do Sul, no uso de suas atribuições legais,

**FAÇO SABER** que a Câmara de Vereadores aprovou e eu sanciono e promulgo a seguinte LEI:

**Art. 1º** O art. 2º da Lei Municipal nº 1.329/2001 passa a vigorar com a seguinte redação:

"Art. 2º (...)

§ 1º. Os infratores que não cumprirem o pedido de retirar-se do recinto, estarão sujeitos às seguintes penalidades:

- II- Advertência, anotada em livro próprio;
- III- Multa, correspondente, na primeira infração, a R\$ 30,00 (trinta reais) e, em caso de reincidência, a mesma será aplicada em dobro, em triplo e assim sucessivamente, devendo em qualquer caso, ser paga diretamente na tesouraria da Prefeitura Municipal de Nova Bassano, em prazo não superior a 30 (trinta) dias de sua emissão.

§ 2º. Caberá, ainda, aplicação de acréscimo à pena de multa, correspondente a mais 50% do valor, se o infrator buscar dificultar ou impedir a ação fiscalizadora.

**Art. 2º.** O art. 3º, da mesma Lei, passa a vigorar com a seguinte alteração:

"Art. 3º. (...)

§ 1º. Compete à Secretaria Municipal da Saúde a fiscalização do cumprimento desta Lei, inclusive a aplicação das penas, devendo o órgão, no prazo entre a publicação e a entrada em vigor desta Lei, promover a campanha de esclarecimento de seu conteúdo e sanções.



PREFEITURA MUNICIPAL DE NOVA BASSANO  
ESTADO DO RIO GRANDE DO SUL

Publicado em 18/06/01  
Através de Jurral  
Gabardo  
Secretaria Municipal de Administração

§ 2º. A mesma Secretaria credenciará, dentre seus servidores, agentes para procederem à fiscalização, podendo os mesmos:

- a) realizar vistoria e avaliações;
- b) elaborar pareceres técnicos de inspeção;
- c) lavrar notificação e auto de infração.

§ 3º. A competência para o exercício de fiscalização não exclui a de outros órgãos ou entidades municipais, federais ou estaduais afins".


Art. 3º. Esta Lei entra em vigor em 60 (sessenta) dias após a data de sua publicação.

Art. 4º. Revogam-se as disposições em contrário.

GABINETE DO PREFEITO MUNICIPAL DE NOVA BASSANO, aos dezoito dias do mês de junho de 2001.

  
NELSO ANTONIO DALL'AGNOL  
Prefeito Municipal

Registre-se e publique-se

  
MÁRIA HELENA GIOMBELLI GABARDO  
Secretária Municipal de Administração

## ANEXO G- LEI MUNICIPAL Nº 2091/2008

Publicado em 24/08/08  
Através de *Diário Oficial*

Genoír Comunello  
Secretário de Administração

**PREFEITURA MUNICIPAL DE NOVA BASSANO**  
ESTADO DO RIO GRANDE DO SUL

**Re-UNIR NOVA Bassano**  
2007-2008

**LEI MUNICIPAL Nº 2.091, DE 14 DE AGOSTO DE 2008.**

Autoriza o Poder Executivo Municipal a incluir no Calendário de Eventos, Lei Municipal nº 2.018/2008, o Evento "Mês de Mobilização Municipal Contra o Tabaco" e dá outras providências.

**NELSON JOSÉ DALL'IGNA**, Prefeito Municipal de Nova Bassano, Estado do Rio Grande do Sul, no uso de suas atribuições legais,

**FAÇO SABER** que a Câmara de Vereadores aprovou e eu sanciono e promulgo a seguinte L E I:

**Art. 1º.** Fica o Poder Executivo Municipal autorizado a incluir no Calendário de Eventos, Lei Municipal nº 2.018, de 14 de fevereiro de 2008, o Evento "Mês de Mobilização Municipal Contra o Tabaco", a ser realizado de 1º a 30 de agosto de 2008.

**Art. 2º.** As demais disposições contidas na Lei Municipal nº 2.018/2008, Calendário de Eventos, permanecem inalteradas.

**Art. 3º.** Esta Lei Municipal entra em vigor na data de sua publicação.

GABINETE DO PREFEITO MUNICIPAL DE NOVA BASSANO, RS, aos quatorze dias do mês agosto de dois mil e oito.

**NELSON JOSÉ DALL'IGNA**  
Prefeito Municipal

Registre-se e publique-se

*Genoír*  
Genoír Comunello  
Sec. Municipal da Administração