

ABANDONO DO TRATAMENTO DO TABAGISMO EM PROGRAMA DE MUNICÍPIO DO NORTE DO PARANÁ

WITHDRAWAL OF TREATMENT FOR SMOKING IN A PROGRAM OF A MUNICIPALITY OF NORTHERN PARANA

Denise Andrade Pereira Meier¹, Marli Terezinha Oliveira Vannuchi², Iara Aparecida de Oliveira Secco³

¹ Mestranda do Curso de Pós – Graduação em Gestão de Serviços de Saúde da Universidade Estadual de Londrina, Londrina-PR, Brasil

² Doutora em Saúde Pública. Docente do Curso de Pós – Graduação em Gestão de Serviços de Saúde da Universidade Estadual de Londrina, Londrina-PR, Brasil

³ Doutora em Enfermagem. Docente do Curso de Pós – Graduação em Gestão de Serviços de Saúde da Universidade Estadual de Londrina, Londrina-PR, Brasil

Texto elaborado a partir da dissertação de mestrado apresentada à Universidade Estadual de Londrina, Londrina-PR, Brasil, 2010.

Correspondência: (demeier01@gmail.com)

RESUMO

O objetivo deste estudo foi investigar o abandono do tratamento no Programa de Controle do Tabagismo em Cambé-PR. Trata-se de um estudo transversal, realizado com 92 fumantes que participaram do programa. Na coleta de dados foram utilizadas as fichas de avaliação inicial do fumante, relatórios mensais de prestação de contas do programa e entrevistas com os fumantes que abandonaram o tratamento. Os resultados mostram que, dentre os participantes do programa, houve predominância feminina (62%), com idade entre 40 a 59 anos (54,3%) e maior parte era casada (59,8%). A idade de iniciação no tabagismo ocorreu entre 10 e 20 anos (85,9%), e 47 (51,1%) já haviam realizado de uma a três tentativas prévias de cessação. Foi detectado que 56 (60,9%) justificaram o tabagismo no alívio das tensões do trabalho, e 60 (65,1%) participantes eram dependentes nicotínicos de grau elevado e muito elevado. Destes, 78 (84,5%) estavam no estágio de contemplação para abandonar o cigarro. O percentual de abandono do programa foi de 23,8%. Entre os tabagistas que abandonaram o tratamento 27 (61,8%) eram do sexo masculino. As causas do abandono do programa relacionaram-se com o local em que o programa é desenvolvido, tipo de terapia utilizada, horário das reuniões e aos profissionais que prestaram assistência. A utilização da terapia cognitivo-comportamental como única estratégia não favoreceu a continuidade do tratamento. Intervenções para o controle do tabagismo devem ser revisadas e implementadas de modo a garantir a adesão dos fumantes ao programa.

Descritores: Tabagismo. Programa Nacional de Controle do Tabagismo. Abandono do hábito de Fumar. Prevenção & Controle.

ABSTRACT

This study aims at investigating the treatment withdrawal in the Program for Tobacco Control in Cambé-PR, Brazil. This is a cross-sectional survey with 92 smokers that participated in this program. In data collection were used the registration forms of the smokers, the monthly accounting records of the program and interviews with smokers who gave up on the treatment. The results showed that, among the program participants, were predominantly female (62.0%), aged between 40-59 years (54.3%) and most were married (59.8%). Smoking initiation occurred between the age of 10 and 20 years (85.9%) and 47(51.1%) had made one to three previous attempts to stop smoking. It was found that 56 (60.9%) justified the addiction to relieve the stresses of working, and 60 (65.1%) participants were high-grade nicotine dependent and 78 (84.5%) were in the contemplative stage of smoking cessation. The dropout rate of the program was 23.8%. Among smokers who gave up treatment 27 (61.8%) were male. The causes of the abandonment of the program were related to the location where the program was developed, type of therapy used, dates of meetings and the professionals who provided assistance. The use of cognitive-behavioral therapy as one method hasn't contributed for the continuation on the treatment. Interventions for tobacco control should be reviewed and implemented to ensure compliance of smokers in the program.

Keywords: Smoking. National Program of Tobacco Control. Smoking cessation; Prevention & Control.

INTRODUÇÃO

O tabagismo é uma doença epidêmica resultante da dependência da nicotina e pode ser classificada no grupo dos transtornos mentais e de comportamento decorrentes do uso de substâncias psicoativas, de acordo com a 10ª Revisão de Classificação Internacional de Doenças (CID-10)¹.

O tabagismo é considerado como uma das dependências químicas de mais difícil tratamento². O consumo do tabaco é fator de risco para seis das oito principais causas de mortalidade em todo mundo: cardiopatia isquêmica, enfermidades cerebrovasculares, infecções de vias respiratórias inferiores, doença pulmonar obstrutiva crônica (DPOC), câncer de traquéia, brônquios e pulmões e tuberculose³. Cerca de cinco milhões de pessoas morrem no mundo a cada ano em consequência do tabaco, sendo que no Brasil estima-se cerca de duzentas mil mortes por ano em decorrência do uso do tabaco⁴.

Tendo em vista sua complexidade, o tabagismo requer uma abordagem ampla, com integração de diversos componentes para tratamento da dependência nicotínica. Portanto, são necessárias associações de medidas psicossociais e não medicamentosas às medidas farmacológicas⁵.

A Organização Mundial da Saúde (OMS) propôs, em 2008, um plano de medidas para retroceder a epidemia do tabagismo, conhecido como *m-power*. Suas medidas são representadas nas seguintes sessões: *m-monitor* – vigiar o consumo do tabaco; *p-protect* – proteger a população do fumo do tabaco; *o-offer* – oferecer ajuda para o abandono do tabaco; *w-warn* – advertir sobre os perigos do tabaco; *e-enforce* – fazer cumprir as proibições sobre publicidade, promoções e patrocínios e, *r-raise* – aumentar os impostos sobre o tabaco².

No Brasil, o Ministério da Saúde (MS) desempenha há duas décadas suas políticas de ação contra o tabaco através do Instituto Nacional do Câncer (INCA). Uma das ações é o Programa Nacional de Controle do Tabagismo (PNCT), que apresenta como estratégias de ação a proteção social (promoção à saúde, divulgação de informações sobre o tabaco, acesso ao tratamento), a dimensão política (relação com os movimentos sociais, questões federativas) e a dimensão econômica (relação com os agricultores, regulação da propaganda, impostos sobre o tabaco, repressão ao comércio ilícito, entre outras.)⁶.

As ações para promover a cessação do tabagismo têm como objetivo

principal motivar os fumantes a deixarem de fumar e aumentar o acesso dos mesmos a métodos eficazes para tratamento da dependência. Com este enfoque, o INCA disponibiliza aos municípios todo o material necessário para o tratamento, que vai desde cartilhas informativas até os medicamentos propriamente ditos, incluindo a capacitação dos profissionais que prestarão assistência⁷.

O abandono do tabaco não é uma decisão súbita, pelo contrário, o fumante passa por um processo cheio de estágios de mudança descritos por Prochaska e Di Clemente (1985) como estágio pré-contemplativo, contemplativo, preparação para ação e ação⁸. Desta forma, os profissionais de saúde devem ter percepção do estágio motivacional para conduzir o fumante à ação através dos métodos não farmacológicos e farmacológicos, mesmo com as influências que a dependência nicotínica pode gerar tanto fisiológica, como cultural quanto social⁹.

O hábito de fumar pode variar conforme o sexo, faixa etária, estado civil, trabalho, escolaridade, condições de saúde, intensidade da dependência nicotínica, entre outras características, o que determina a importância em conhecer os principais aspectos de uma população diante do hábito de fumar para, então, planejar ações preventivas mais eficazes.

Contudo, a respeito do abandono do tratamento do tabagismo, pouco se conhece, principalmente quanto às causas que conduzem o fumante a apresentar tal comportamento. Portanto, faz-se necessário, revelar esta informação para implementar o PNCT com vistas a cessação do uso do tabaco ao prestar assistência com qualidade, colaborando para o enfrentamento de um dos maiores desafios da saúde pública mundial: o fumo¹⁰.

No Brasil, muitos municípios implementam o PNCT e no Paraná, as ações de combate ao fumo iniciaram em meados de 1979 com medidas pontuais de educação e informação sobre os prejuízos advindos do tabagismo. Com os avanços legislativos e tributários sobre o cigarro, o estado consolidou o programa e conta com grande parte das equipes de saúde capacitadas para atuação no controle do tabaco¹¹. No município de Cambé-PR o programa teve início no ano de 2007 e conta com ações voltadas à educação e promoção da saúde através da cessação do tabagismo, de acordo com o PNCT.

Nesta perspectiva, dada a relevância do problema para a saúde pública, este estudo teve como objetivo investigar o abandono do tratamento disponibilizado por este programa.

METODOLOGIA

A presente pesquisa apresenta delineamento transversal com população constituída por 92 fumantes que iniciaram o tratamento do tabagismo no Programa de Controle do Tabagismo (PCT) do município de Cambé-PR no período de 2007 a 2008. O referido município localiza-se na região norte do Paraná e apresenta uma população de 97.329 habitantes¹².

A estrutura do PCT segue o formato proposto pelo INCA, sendo composto por uma consulta de avaliação clínica e quatro sessões estruturadas. Caso o participante não obtenha sucesso na cessação do tabagismo, ele poderá continuar a terapêutica nas sessões de manutenção. Ressalta-se que este PCT em questão é referência para quatro Unidades de Saúde da Família (USF) de Cambé-PR.

Para acesso ao PCT o fumante inscreve-se em uma lista de espera na sua USF de referência. Cada novo grupo disponibiliza 25 vagas a serem distribuídas entre as quatro USF, e, ao ser convocado, o fumante comparece à USF para reunião de sensibilização e consulta de avaliação clínica. Após, realiza-se o agendamento da primeira sessão estruturada, que ocorre em uma sala de reuniões na região central do município as segundas-feiras à tarde, semanalmente.

Para obtenção dos dados foram utilizadas fontes de origem primária e secundária. As informações primárias foram levantadas junto aos fumantes que abandonaram o tratamento a partir de entrevistas semi-estruturadas contendo questões sobre as possíveis causas de desistência do PCT.

Para entrevista foram selecionados 44 fumantes que abandonaram o tratamento no percurso compreendido desde a avaliação clínica até a quarta sessão terapêutica. Esses pacientes foram previamente contatados e entrevistados em suas residências. Destes, foram excluídos 10 fumantes que não foram localizados após três tentativas em períodos diferentes. Sendo assim, 34 (77,3%) dos fumantes participaram da etapa das entrevistas. Realizou-se pré-teste entre trabalhadores de diversas áreas com o objetivo de adequar o instrumento.

Os dados secundários foram extraídos das fichas de avaliação inicial do fumante e dos relatórios mensais de prestação de contas do programa. Das fichas de avaliação inicial foram identificadas informações sócio-demográficas, relacionadas ao tabagismo, ao estado de saúde, avaliação do grau de dependência (Teste de Fagerström), motivação para abandono do

fumo⁸ e avaliação física do paciente. Dos relatórios mensais de prestação de contas do PCT à esfera estadual foram obtidos dados de identificação dos pacientes, sexo, data de nascimento, escore no teste de Fagerström em cada sessão, data da primeira sessão estruturada, tipo de tratamento prescrito e a situação do paciente em relação à cessação do tabaco durante as quatro sessões.

Para operacionalização dos objetivos propostos foram utilizadas variáveis sócio-demográficas (sexo, faixa etária, estado civil, escolaridade, trabalho), origem do encaminhamento ao PCT (procura voluntária, indicação médica, indicação de um amigo ou outras formas) e variáveis relativas ao hábito de fumar (idade de início no tabagismo, número de tentativas sem conseguir a cessação, convivência com fumantes na residência, existência de associação entre o fumo e o trabalho, histórico familiar e pessoal de transtorno psiquiátrico, avaliação do grau de dependência nicotínica e avaliação do grau de motivação para o abandono do tabaco).

Para definição das causas de abandono do tratamento do tabagismo referidas pelos fumantes, foram utilizadas as questões do formulário de entrevista. As questões referem-se à participação do entrevistado no PCT, motivo do abandono do Programa (local, dia da semana, horário, profissionais, tipo de terapia utilizada ou a outro motivo), manutenção do hábito de fumar e desejo em participar novamente do PCT.

A digitação e tabulação dos dados foram realizadas no programa Microsoft Office Excel 2007. A análise descritiva foi utilizada para processamento dos dados, com uso de porcentagens para distribuição das frequências encontradas. Esse estudo foi analisado e aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Estadual de Londrina com emissão do parecer nº116/09.

RESULTADOS

As características sócio-demográficas dos 92 fumantes que participaram da consulta de avaliação clínica estão apresentadas na tabela 1. Os resultados apontam predominância do sexo feminino (62%), com média de idade entre 40 a 59 anos (54,3%), casados (59,8%) e com escolaridade máxima primeiro grau completo (64,2%). Metade da população trabalha fora de casa e a maioria procurou ajuda do PCT voluntariamente (56,5%).

Tabela 1: Distribuição dos fumantes que iniciaram o tratamento de cessação do fumo no Programa de Controle ao Tabagismo, segundo características sócio-demográficas, Cambé - PR, 2007 a 2008.

VARIÁVEIS	n	%
SEXO		
Feminino	57	62,0
Masculino	35	38,0
FAIXA ETÁRIA		
18 a 39 anos	26	28,3
40 a 59 anos	50	54,3
Acima de 60 anos	16	17,4
ESTADO CIVIL		
Casado	55	59,8
Solteiro	5	5,4
Separado/Divorciado	22	23,9
Viúvo	10	10,9
ESCOLARIDADE		
Analfabeto	8	8,7
1º Grau completo	25	27,2
1º Grau incompleto	26	28,3
2º Grau completo	29	31,5
Nível superior completo	4	4,3
TRABALHA FORA DE CASA		
Sim	46	50,0
Não	46	50,0
ORIGEM DO ENCAMINHAMENTO AO PCT		
Procura voluntária	52	56,5
Indicação médica ou clínica particular	25	27,2
Indicação de um amigo ou colega de trabalho	14	15,2
Outra forma de encaminhamento	1	1,1
Total	92	100,0

Quanto às características relacionadas ao hábito de fumar, 79 (85,9%) iniciaram o uso do tabaco entre 10 e 20 anos, sendo que do total, 47 (51,1%) tentaram abandonar o tabagismo de uma a três vezes, sem sucesso. A maioria foi classificada com grau de dependência nicotínica elevado e muito elevado (65,1%). Houve predominância de fumantes no estágio motivacional contemplativo (84,8%).

Verificou-se ainda que 47 (51,1%) não co-habitam com fumantes na mesma residência. A associação do fumo com o trabalho foi referida por 56 fumantes (60,9%). Dentre os participantes do PCT, 34 (37%) apresentaram história familiar de transtorno psiquiátrico e, observa-se ainda que 15

(16,3%) possuem história prévia de transtorno psiquiátrico.

Do total de 92 fumantes que participaram da consulta de avaliação clínica, 63 participaram da primeira sessão estruturada, implicando em uma desistência de 29 tabagistas (31,5%). O percentual de fumantes que abandonaram o tratamento (entre a primeira sessão e a quarta) foi de 23,8%. Mais da metade dos participantes que concluíram a quarta sessão de tratamento obteve sucesso na cessação (66,6%) e destes, 83,3% necessitaram de terapia farmacológica. A figura 1 apresenta os resultados dos fumantes que participaram do PCT desde a consulta de avaliação clínica até a quarta sessão estruturada.

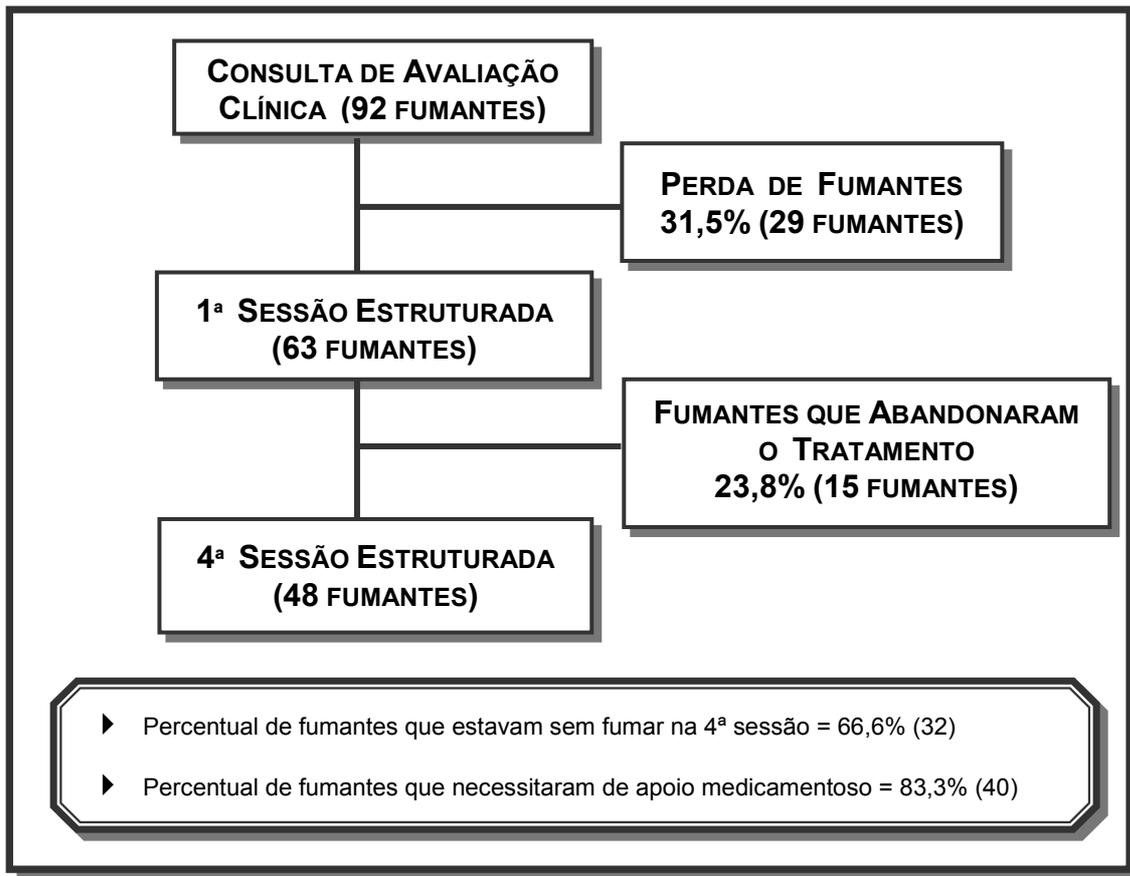


Figura 1: Fluxograma dos fumantes que participaram do Programa de Controle do Tabagismo, Cambé-PR, 2007 a 2008.

Verificou-se que um elevado índice aponta para o uso de fármacos durante o tratamento (83,3%). Do total de pacientes que utilizaram como forma de tratamento a terapia cognitivo-comportamental associada a fármacos (43), apenas três (4,8%) abandonaram o PCT. O abandono do tratamento apresentou maior índice quando utilizada a terapia cognitivo-comportamental como única forma de tratamento (19%). Destaca-se que a terapia cognitivo-comportamental se fez presente na utilização de outros tratamentos em concomitância.

Observou-se, ainda, que a associação de adesivo de nicotina com bupropiona contribuiu para a cessação do fumo, pois 23 (36,5%) dos fumantes obtiveram sucesso ao término da quarta sessão com seu uso.

A maioria dos fumantes que abandonaram o PCT é do sexo masculino (61,8%) com faixa etária predominante entre 40 a 59 anos. Através das entrevistas identificou-se que 15,6% dos fumantes desistentes conseguiram interromper o tabagismo sem nenhum tipo de auxílio.

O local das reuniões foi o principal fator de dificuldade relatado pelos fumantes que abandonaram o tratamento (97%). O tipo de terapia prescrita desagradou 9 (26,4%) dos participantes. O horário dos encontros (23,5%) e a incompatibilidade com os profissionais que prestaram assistência (23,5%) também desmotivaram os fumantes na continuidade do tratamento.

A tabela 2, a seguir, apresenta as principais causas que conduziram os fumantes ao abandono do tratamento.

Tabela 2: Principais causas relacionadas ao abandono do tratamento do tabagismo do Programa de Controle do Tabagismo, Cambé-PR, 2007 a 2008.

CAUSA REFERIDA	N	%
Local de difícil acesso	33	97,0
Terapia Prescrita Inconveniente	9	26,4
Horário das reuniões inadequado	8	23,5
Incompatibilidade com os profissionais	8	23,5
Dia da semana inadequado	2	5,8

DISCUSSÃO

Os resultados do presente estudo apontam para a predominância da participação feminina no PCT. Possivelmente, as mulheres têm mais facilidade em reconhecer dificuldades na interrupção do tabagismo e buscar ajuda. Os homens têm dificuldades em reconhecer suas fragilidades, cultivando o pensamento mágico que rejeita a possibilidade de adoecer^{10,13}. Alguns homens entrevistados verbalizaram a dificuldade e vergonha em retirar-se do trabalho para comparecer ao PCT, mesmo tendo enviado a declaração de participação ao patrão.

Em nível mundial, as taxas de fumantes do sexo masculino estabilizaram ou apresentaram um discreto declínio enquanto as taxas de fumantes do sexo feminino vêm aumentando progressivamente¹⁴. A última pesquisa nacional por amostra de domicílios (PNAD), realizada em 2008, verificou que no Brasil, 21,6% dos fumantes são do sexo masculino, enquanto 13,1% são do sexo feminino¹⁵.

Esse estudo apresentou uma população participante do PCT com idade entre 40-59 anos. A OMS estimou que, em 2002, de cinco milhões de pessoas acometidas fatalmente pelo cigarro, metade seriam pessoas em idade produtiva (35-69 anos)¹⁶. O percentual de fumantes no Brasil é maior na população com faixa etária entre 45 a 64 anos (22,7%)¹⁵, logo, esta população procura mais ajuda para cessação do tabagismo em relação às outras faixas etárias. A prevalência do hábito de fumar está associada com a idade, e cada ano a mais de vida está associado a uma redução de 1% de chance de o indivíduo fumar regularmente¹⁷.

Os danos causados pelo cigarro a este grupo etário vão além da morbimortalidade, considerando-se essa uma população produtiva em relação à força de trabalho¹⁸. As principais causas de morte no Brasil são as doenças do aparelho circulatório e neoplasias. Entre as neoplasias o câncer de traquéia, brônquios e pulmões acometem a maioria dos brasileiros, ou seja, todas

relacionadas com o tabagismo⁷. O aumento da idade favorece o surgimento das comorbidades e conseqüentemente aumenta o risco de morte, logo, pessoas com mais idade tendem a preocupar-se mais com a saúde e procurar os PCT para cessação como forma de adiar o acometimento fatal pelas doenças associadas ao cigarro¹⁸.

O apoio familiar e de pessoas queridas fortalece a decisão de abandonar o tabagismo. Os indivíduos casados têm maior suporte social no processo de cessação, e estes dados são compatíveis ao encontrado na presente pesquisa, na qual 59,8% dos indivíduos eram casados¹⁹. Uma pesquisa publicada no INCA sobre a prevalência do uso de tabaco entre idosos comprovou que a solidão e o isolamento dos solteiros aumentam a vulnerabilidade da manutenção do tabagismo. Os resultados mostraram que os idosos solteiros apresentavam 66% mais chances de serem tabagistas do que os casados e viúvos¹⁷.

Observa-se que a população do estudo apresentou um baixo nível de escolaridade. Nota-se com este resultado que a divulgação do PCT e a conscientização acerca dos malefícios do fumo estão atingindo camadas com menor nível de escolaridade. O grau de escolaridade tem sido uma das principais variáveis sócio-demográficas no estudo do tabagismo¹⁰. A prevalência do tabagismo no Brasil está mais concentrada nos grupos com baixo nível sócio-econômico e em 2003 mostrou-se 1,5 a 2 vezes mais alta entre os que possuem pouca ou nenhuma escolaridade²⁰. Em 2008 o percentual de tabagistas manteve-se alto nos grupos sem instrução até sete anos de estudo (PNAD, 2008)¹⁵.

O ambiente de trabalho, onde as pessoas passam a maior parte do tempo, pode reforçar ou modificar o tabagismo. Isto aponta para a necessidade de adoção de políticas para ambientes livres do tabaco, entre outros investimentos relacionados à divulgação de informações²¹. Neste estudo, metade da população referiu trabalhar fora de sua

residência, implicando em maior atenção para esta população.

Estudo com jovens de Cuiabá-MT (2007) verificou que os jovens trabalhadores têm mais tendência à iniciação em drogas psicoativas do que jovens não trabalhadores, principalmente no que se refere ao uso do tabaco. Esta iniciação no tabagismo deriva muitas vezes da necessidade em aliviar as tensões impostas pelo ambiente de trabalho, das longas jornadas de trabalho ou da influência de colegas de trabalho que fumam²².

A predominância da procura voluntária pelo tratamento pelos fumantes deste estudo revela a sensibilização dos mesmos a respeito dos malefícios do cigarro. A parcela de fumantes brasileiros que visitou algum médico ou profissional de saúde em 2008 foi de 58,8%. Grande parte dos fumantes foi advertida a parar de fumar (57,1%) e 45,6% tentaram parar¹⁵. Esses dados revelam que os profissionais de saúde podem potencializar a decisão do fumante na cessação do uso do tabaco⁴. Entretanto, os países de média e baixa renda apresentam escassas medidas de intervenção no controle do tabagismo, e os profissionais de saúde sequer realizam as mínimas intervenções para a cessação do uso do tabaco¹⁶.

Neste estudo observa-se a iniciação precoce dos participantes no tabagismo. O tabagismo é considerado uma doença pediátrica, especialmente nos países em desenvolvimento, cuja iniciação começa em 90% dos casos antes dos 19 anos²³. No Brasil, a média de idade de iniciação no tabagismo está entre 17 a 19 anos (31,9%)¹⁵. Isto pode ser afirmado também através desta pesquisa, na qual a maioria dos fumantes apresentou idade de início no tabagismo entre 10 a 20 anos (85,9%). Quanto menor a idade em que se começa a fumar, maiores são as chances de se tornar um dependente nicotínico de grau elevado e maiores serão as consequências advindas do fumo²⁴. Além do mais, o uso precoce do tabaco abre precedentes para iniciação em outras drogas como álcool, maconha e cocaína²⁵.

O tabaco é a segunda droga mais consumida entre os jovens, no mundo e no Brasil, e isso se deve às facilidades e estímulos para obtenção do produto, entre eles, o baixo custo¹⁸. A iniciação no tabagismo é decorrência de fatores multicausais e está associada a fatores pessoais, sociais e ambientais²⁴. O município de Cambé ainda não adotou estratégias para atingir o público jovem com ações de educação e vigilância do tabagismo em escolares.

A maioria dos fumantes realiza diversas tentativas de cessação antes de abster-se do fumo efetivamente. Em média

são necessárias cinco a sete tentativas para que se possa atingir o objetivo⁵. Neste estudo 51,1% dos fumantes já tentaram parar de fumar em um número de uma a três vezes e, provavelmente, alguns irão recair e realizar novas tentativas até conseguirem manter uma abstinência efetiva. É imprescindível o conhecimento prévio dessa informação ao iniciar o tratamento com o intuito de planejar um novo método de tratamento que contribua para o sucesso terapêutico²⁵.

Quanto à convivência com fumantes na mesma residência, constatou-se que 47 (51,1%) responderam negativamente. Essa informação é de extrema importância, pois se sabe que os fatores sociais induzem principalmente o jovem, a iniciar o tabagismo. Nas relações sociais incluem-se os amigos, os pais, os irmãos, ídolos, entre outros, reforçando a aceitabilidade do cigarro no meio em que vivem²⁴.

A motivação individual é o fator mais decisivo no processo de abandono do tabagismo. Entretanto, outros fatores têm grande influência sobre o fumante, como o apoio de pessoas queridas, a proibição do cigarro no trabalho, no meio social do fumante, senso estético olfativo, valorização da vida, preocupações com a saúde e conhecimento das consequências do cigarro. A convivência com fumantes na mesma residência pode contrapor-se ao desejo do fumante em cessar o uso do tabaco e alterar a motivação para abandoná-lo²⁶.

No estudo, 60,9% dos participantes do PCT associaram o fumo com o trabalho, como já mencionado anteriormente, tal associação pode ocorrer devido ao alívio das tensões, melhoria do humor e excitação do organismo²⁷. Em estudo sobre a prevalência do tabagismo de uma instituição de nível superior, verificou-se que os tabagistas há mais de dez anos fumavam mais no ambiente de trabalho (61%), enquanto os que fumavam há menos de dois anos, muitas vezes não fumavam no ambiente de trabalho por respeito aos demais colegas e à própria instituição. Sugere-se, então, que quanto maior a dependência nicotínica, mais difícil será o controle do hábito, independente do ambiente em que estiver²¹.

A proibição do fumo em locais públicos e as determinações sociais impostas aos fumantes acarretaram desconfortos em fumantes de uma pesquisa sobre fatores que contribuem para o abandono do tabagismo. O fator discriminação, por pior que seja, contribui para a modificação de seus hábitos, já que desejavam estar incluídos na sociedade. Logo, a adoção de políticas para ambientes livres do tabaco é fundamental para auxiliar na cessação do tabagismo e na proteção dos não

fumantes, tendo em vista que, muitas pessoas passam maior parte de seu tempo no trabalho²⁶.

A maioria dos participantes desta pesquisa referiu não ter histórico pessoal para transtornos psiquiátricos (83,7%), e isto eleva as chances desta população em abandonar o fumo, pois populações com transtornos psiquiátricos têm maior dificuldade no processo de cessação e chegam ao tratamento com relatos de várias tentativas frustradas¹⁰.

O tabagismo é uma doença multifatorial de forma que contribuições genéticas e ambientais são determinantes significativos tanto para a iniciação, quanto para a manutenção do hábito¹⁰. O conhecimento prévio do histórico familiar e pessoal para transtornos psiquiátricos auxilia na detecção precoce de sinais e sintomas e definição de estratégias de tratamento que aumentem as chances de sucesso²⁸. A depressão, a ansiedade e a dependência de outras drogas, além do tabaco, são comorbidades psiquiátricas comuns entre fumantes. A cessação do tabagismo para fumantes com transtornos psiquiátricos pode agravar o quadro, implicando em uma melhor avaliação pelos profissionais perante estes agravos⁵.

A maior procura do PCT foi por fumantes com elevado e muito elevado grau de dependência nicotínica (65,1%). Isto pode refletir a preocupação que fumantes muito dependentes têm sobre a piora de seu estado de saúde e a percepção sobre os benefícios que as intervenções para cessação de fumar pode trazer²⁹.

Estudo sobre avaliação da dependência nicotínica em um hospital psiquiátrico do Rio de Janeiro constatou que os elevados níveis de dependência nicotínica estão associados ao aumento da ingestão de álcool e outras substâncias³⁰. Além disso, a predição de um elevado grau de dependência nicotínica remete a maiores chances de fracasso no tratamento, dada a dificuldade em desvencilhar-se da dependência física e emocional³¹.

Quanto aos indicadores do PCT, observa-se um elevado percentual de perda de fumantes entre a consulta de avaliação clínica e a primeira sessão estruturada (31,5%). Em recente estudo sobre análise da gestão federal do tabagismo no SUS, verificou-se um percentual de 15,1%, em 2008 no Brasil, e apesar de flutuante, houve um decréscimo com o decorrer dos anos de 2005 a 2008⁶.

Apesar da desistência dos fumantes em participar do PCT ser um aspecto notável desta pesquisa, o percentual

de fumantes que abandonaram o tratamento é inferior ao constatado por Carvalho em 2009⁶, que foi de 25,3%. É necessária uma revisão dos fatores que conduzem a tal abandono, além do grau de motivação, pois a alteração da estrutura do grupo e a maior disponibilização da medicação parecem ter efeito positivo nos resultados³².

No serviço, a adequação do local, do horário e das normas de funcionamento das reuniões pode auxiliar no fortalecimento do PCT. Existem poucos serviços públicos especializados no tratamento do tabagismo, todavia, garantir o acesso do fumante, enquanto o mesmo está em um bom estágio motivacional, é primordial⁴.

Apesar da alta desistência, houve sucesso terapêutico em 66,6% dos casos. Vale ressaltar que a cessação do tabagismo neste estudo foi verificada de maneira pontual, até a quarta semana de tratamento. Este sucesso terapêutico foi observado no valor de 67% no ambulatório para tratamento do tabagismo no Ceará³², 49% no ambulatório para tratamento do tabagismo da Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul³³, 40,6% na região metropolitana de Belo Horizonte³⁴.

É notável o percentual de fumantes que abandonaram o PCT que atribuíram a causa ao tipo de terapia utilizada, e o apoio medicamentoso foi utilizado em 83,3% dos casos. A associação da bupropiona com a terapia de reposição nicotínica (goma de nicotina ou adesivo de nicotina) favorece o sucesso terapêutico e previne recaída³².

Estudo verificou um percentual de sucesso significativamente menor nos fumantes que receberam apenas terapia cognitivo-comportamental, e os fumantes que receberam bupropiona associada ou não com terapia de reposição nicotínica apresentaram um mínimo risco para o fracasso³³. O uso de terapia cognitivo-comportamental como única forma de tratamento, apresentou o maior percentual de abandono do PCT deste estudo. Em contrapartida, o uso associado de bupropiona com adesivo de nicotina favoreceu a cessação do tabagismo na quarta sessão.

O sucesso terapêutico está intimamente relacionado com o tratamento farmacológico, logo, a falta dos medicamentos tornou-se um empecilho no processo e muitos fumantes abandonaram o PCT exatamente no período de descontinuidade no fornecimento desses recursos pelo INCA. A justificativa para esta falha da gestão federal do programa foi a falha do cumprimento de contrato por algumas empresas farmacêuticas e a expiração do prazo de validade de alguns medicamentos⁶.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Apesar da descentralização do tratamento do tabagismo na rede pública ser um processo recente, o reconhecimento dos fatores que conduzem ao fracasso terapêutico devem ser verificados, analisados e modificados. A sensibilização dos gestores e profissionais da atenção básica quanto à gravidade desta epidemia mundial é o ponto de partida para implementação de ações de promoção da saúde e prevenção de agravos da população de fumantes e de não-fumantes.

O cliente tabagista deve ser considerado como sujeito protagonista do processo de produção de saúde. Esta valorização se refere a mudanças nos modelos de atenção e gestão em saúde para consolidação prática dos princípios do Sistema Único de Saúde, portanto, os serviços devem preparar-se para atendê-lo em todas as suas necessidades, acolhendo-o e tonando-o participante ativo no controle do tabagismo.

Algumas intervenções podem auxiliar para resolução de “nós” críticos do PCT como: a ampliação do acesso de fumantes ao PCT; a superação da prática assistencial tradicional, ao passo o tabagista seja visto em suas particularidades e diferenças; a reconfiguração das práticas assistenciais dos profissionais da equipe de saúde, com capacitação para escuta terapêutica garantindo assim, a interação entre profissionais e fumantes; a avaliação do PCT pelos profissionais, com a identificação dos problemas e adequação do PCT e a articulação do PCT com a população em geral e atores políticos.

Conclui-se que as intervenções para controle do tabagismo devem ser implementadas de modo a garantir a adesão dos fumantes ao PCT. Sabe-se que a motivação do tabagista em abandonar o fumo é um fator intrínseco, entretanto a capacidade das equipes de saúde em estimular a interrupção do seu uso e fornecer subsídios para o tratamento pode auxiliar na permanência do fumante durante o processo de tratamento para cessação do tabagismo, contribuindo desta forma para a promoção da saúde e prevenção de agravos relacionados ao tabaco.

É necessário aprofundar a discussão quanto ao abandono do tratamento do tabagismo no PCT nas esferas municipal, estadual e federal. O conhecimento produzido no presente estudo revela a situação em Cambé-PR, e, possibilita informações importantes que, disseminadas, podem contribuir de forma efetiva para o sucesso na cessação do hábito de fumar, e

consequentemente, na promoção da saúde da população de fumantes e não fumantes.

REFERÊNCIA

1. Organização Mundial da Saúde. **Classificação estatística internacional de doenças e problemas relacionados à saúde (CID 10)**. 4.ed. São Paulo: Edusp; 1997.
2. Organización Mundial de la Salud. **MPOWER: um plan de medidas para hacer retroceder la epidemia de tabaquismo**. Ginebra: OMS; 2008.
3. Achutti A. **Guia nacional de prevenção e tratamento do tabagismo**. Rio de Janeiro: Vitro; 2001.
4. Caram LMO, Ferrari R, Tanni SE, Coelho LS, Godoy I, Martin RSS et al. Perfil de fumantes atendidos em serviço público para tratamento do tabagismo. **J Bras Pneumol** 2009; 35(10): 980-5.
5. Presman S. Intervenção intensiva e terapia de grupo. In: Gigliotti AP, Presman S. (Org.). **Atualização no tratamento do tabagismo**. Rio de Janeiro: ABP- Saúde; 2006. p. 27-51.
6. Carvalho CRS. **O Instituto Nacional do Câncer e o controle do tabagismo: uma análise da gestão federal do tratamento do tabagismo no SUS [dissertação]**. Rio de Janeiro (RJ): Escola Nacional de Saúde Pública, Fundação Oswaldo Cruz; 2009.
7. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Instituto Nacional do Câncer. **Ação global para o controle do tabaco: 1º tratado internacional de saúde pública**. Rio de Janeiro: Ministério da Saúde; 2004.
8. Prochaska JO, Diclemente CC. Stages and process of self-change of smoking: toward into a integrative model of change. **J Consult Clin Psychol** 1985; 51(3): 390-5.
9. Laranjeira R, Gigliotti A. Tratamento da dependência da nicotina. **Psiquiatr Prat Med** 2001/2002 [Acesso 2010 Mar 10]; 34(4). Disponível em: <http://www.unifesp.br>.
10. Santos SR, Gonçalves MS, Leitão Filho FSS, Jardim JR. Perfil dos fumantes que procuram um centro de cessação de tabagismo. **J Bras Pneumol** 2008; 34(9): 695-701.
11. Paraná. Secretaria de Saúde do Estado do Paraná. **Histórico do Programa de Controle do Tabagismo no Paraná, 2009**

- [Acesso 2010 Maio 31]. Disponível em: <http://www.saude.pr.gov.br>.
12. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. **Cidades** [Acesso 2010 Abr 01]. Disponível em: <http://www.ibge.gov.br>.
 13. Brasil. Ministério da Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. **Política nacional de atenção integral à saúde do homem: princípios e diretrizes**. Brasília: Ministério da Saúde; 2008.
 14. World Health Organization. **Gender and tobacco control: a policy brief**. Switzerland: WHO; 2007.
 15. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Pesquisa nacional por amostra de domicílios. **Tabagismo 2008**. Rio de Janeiro: IBGE; 2009.
 16. Organização Mundial da Saúde. **Tabagismo e saúde nos países em desenvolvimento**. Brasília: Ministério da Saúde; 2003.
 17. Folha de São Paulo. **Pesquisa indica que idosos solteiros fumam mais**. Folha de São Paulo 2006 Jul 13 [Acesso 2009 Dez 12]. Disponível em: <http://www.inca.gov.br>.
 18. Ji M, Hofstetter RC, Hovell M, Irvin V, Song YJ, Lee J, Park H et al. Smoking cessation patterns and predictors among adult Californians of Korean descent. **Nicotine Tob Res** 2005 Feb; 7(1): 59-69 .
 19. Echer IC, Barreto SSM. Determinação e apoio como fatores de sucesso no abandono do tabagismo. **Rev Latinoam Enferm** 2008; 16(3): 445-51.
 20. Banco Mundial. **Economic analysis of tobacco demand**. tool 3. economics of tobacco toolkit. Washington, DC: The World Bank; 2003.
 21. Vendrametto MC, Silva MC, Gomes MF, Mella Junior SE, Mella EAC. Prevalência de tabagismo em docentes de uma instituição de ensino superior. **Arq Ciências Saúde UNIPAR** 2007 maio-ago; 11(2): 123-8.
 22. Souza DPO, Silveira Filho DX. Uso recente de álcool, tabaco e outras drogas entre estudantes adolescentes trabalhadores e não trabalhadores. **Rev Bras Epidemiol** 2007; 10(2): 276-87.
 23. Brasil. Ministério da Saúde. Instituto Nacional do Câncer. **Abordagem e Tratamento do Fumante: Consenso 2001**. Rio de Janeiro: INCA; 2001.
 24. Precioso J. Boas práticas em prevenção do tabagismo no meio escolar. **Rev Port Clin Geral** 2006; 22:201-22.
 25. Melo WV, Oliveira MS, Ferreira EA. Estágios motivacionais, sintomas de ansiedade e de depressão no tratamento do tabagismo. **Interação Psicol** 2006; 10(1): 91-9.
 26. Echer IC, Menna Barreto SS, Motta GCP. Fatores que contribuem para o abandono do tabagismo. **Rev Gaúch Enferm** 2007; 28(3): 350-8.
 27. Brasil. Ministério da Saúde. Instituto Nacional do Câncer. **Abordagem mínima/básica do fumante (PAAPA)**. [Acesso 2009 Jul 10]. Disponível em: <http://www.saude.gov.br>.
 28. Batra V, Patkar AA, Berrentini WH, Weinstein SP, Leone FT. The genetic determinants of smoking. **Chest** 2003; 123(5): 1730-40.
 29. Szklo AS, Otero UB. Perfil dos fumantes que não buscam tratamento para deixar de fumar, município do Rio de Janeiro. **Rev Saúde Pública** 2008; 42(1): 139-42.
 30. Soares HLR, Gonçalves HCB. Avaliação da dependência nicotínica em um hospital municipal psiquiátrico do Rio de Janeiro. **Fractal Rev Psicol** 2008 Jan-Jun; 20(1): 335-6.
 31. Rosemberg J, Rosemberg AMFA, Moraes MA. **Nicotina: droga universal**. São Paulo: Secretaria da Saúde. Centro de Vigilância Epidemiologia; 2003.
 32. Sales MPU, Figueiredo MRF, Castro HN. Ambulatório de apoio ao tabagista no Ceará: perfil dos pacientes e fatores associados ao sucesso terapêutico. **J Bras Pneumol** 2006; 32(5): 410-7.
 33. Haggsträm FM, Chatkin JM, Cavalet-Blanco D, Rodin V, Fritscher CC. Tratamento do tabagismo com bupropiona e reposição nicotínica. **J Pneumol** 2001; 27(5): 255-61.
 34. Peixoto SV, Firmo JOA, Costa MFL. Fatores associados ao índice de cessação do hábito de fumar em duas diferentes populações adultas (Projetos Bambuí e Belo Horizonte). **Cad Saúde Pública**.2007 jun; 23(6): 1319-28.

Recebido em 21/8/2010.

Aceito em 9/10/2011.