



Universidade Estadual Paulista – UNESP

Faculdade de Medicina de Botucatu

Daniela de Lira Eiras

**Avaliação da representação social, econômico e cultural
do tabagismo para sentenciados da Penitenciária de Iaras/SP**

Botucatu

2017



Universidade Estadual Paulista – UNESP

Faculdade de Medicina de Botucatu

Daniela de Lira Eiras

**Avaliação da representação social, econômico e cultural do
tabagismo para sentenciados da Penitenciária de Iaras/SP**

Dissertação à Faculdade de Medicina,
Universidade Estadual Paulista “Júlio de Mesquita
Filho”, Campus de Botucatu, para obtenção do
título de Mestre em Enfermagem.

Orientadora: Professora Doutora Ilda de Godoy

Co-Orientadora: Maria Helena Borgato

Botucatu

2017

AUTORIZO A REPRODUÇÃO E DIVULGAÇÃO TOTAL OU PARCIAL DESTE TRABALHO POR QUALQUER MEIO CONVENCIONAL OU ELETRÔNICO PARA FINS DE ESTUDO E PESQUISA DESDE QUE CITADA A FONTE

FICHA CATALOGRÁFICA ELABORADA PELA SEÇÃO TÊC. AQUIS. TRATAMENTO DA INFORM.
DIVISÃO TÉCNICA DE BIBLIOTECA E DOCUMENTAÇÃO - CÂMPUS DE BOTUCATU - UNESP
BIBLIOTECÁRIA RESPONSÁVEL: ROSEMEIRE APARECIDA VICENTE-CRB 8/5651

Domene, Daniela de Lira Eiras.

Avaliação da representação social econômica e cultural do tabagismo para sentenciados da penitenciária de Iaras/SP / Daniela de Lira Eiras Domene. - Botucatu, 2017

Dissertação (mestrado) - Universidade Estadual Paulista "Júlio de Mesquita Filho", Faculdade de Medicina de Botucatu

Orientador: Ilda de Godoy

Coorientador: Maria Helena Borgato

Capes: 40406008

1. Prisões. 2. Enfermagem. 3. Prisioneiros. 4. Fumo - Vício. 5. Representações sociais.

Palavras-chave: Enfermagem; Prisioneiros; Sistema penitenciário; Tabagismo.

FOLHA DE APROVAÇÃO

DANIELA DE LIRA EIRAS DOMENE

AVALIAÇÃO DA REPRESENTAÇÃO SOCIAL, ECONÔMICO E CULTURAL DO
TABAGISMO PARA SENTENCIADOS DA PENITENCIÁRIA DE IARAS/SP

Dissertação apresentada à Faculdade de Medicina
de Botucatu, para obtenção do título de Mestre no
programa de Pós-Graduação em Enfermagem –
Mestrado Profissional

Aprovado em: ____/____/____

Banca Examinadora

Profª. Adjunta Dra. Ilda de Godoy

Instituição: Faculdade de Medicina de Botucatu – UNESP

Julgamento: _____ Assinatura: _____

Profª. Dra.: Maria Virgínia M.F.F. Alves

Instituição: Faculdade de Medicina de Botucatu – UNESP

Julgamento: _____ Assinatura: _____

Profª. Dra.: Ana Regina Borges Silva

Instituição: Faculdade de Enfermagem – UNICAMP

Julgamento: _____ Assinatura: _____

Dedicatória

À **Deus**, pelo seu amor, misericórdia e por nunca me abandonar. Obrigada Senhor pelo direito de te chamar de Pai.

Aos **meus pais** (José Roberto e Solange) que apesar de todas as dificuldades sempre priorizaram meus estudos. Obrigada pelo amor e confiança de vocês.

Aos **meus familiares** (Diego, Conceição, Angeliza e Clara) por todo amor e carinho.

Aos meu **esposo** Roni pelo amor e paciência em toda a minha trajetória acadêmica.

Agradecimentos

A **Deus**, por sua infinita bondade e misericórdia para aqueles que O amam.

À minha querida **professora Ilda de Godoy** que além de ser minha orientadora, me incentivou desde o começo, acreditou no meu potencial. Obrigada pela parceria, amizade, e respeito diante das minhas dificuldades. Sua atenção e carinho te faz uma pessoa ímpar.

À minha querida **professora Maria Helena Borgato** por ter me ensinado e me ajudado no desenvolvimento deste projeto.

A todos os **amigos da S.A.P.** (Ivone, Eleani, Claudinei, Rafael, José Carlos, Fernando, Diego, Alex, Valdemir, Roberto, Luiz Milani, Hemerson, Alexandre e Valter) pela disposição em me ajudar, amizade, apoio e paciência.

Aos colegas do **Mestrado Profissional e Acadêmico** pelo tempo que passamos, dificuldades, vitórias e bons momentos juntos. Vencemos mais uma etapa.

À minha **amiga e irmã de fé Márcia Bento** por todos os conselhos, amizade e momentos de orações juntas.

À minha **melhor amiga Jamile**, que desde a infância está presente em minha vida, vibrando comigo a cada vitória.

À minha **família** e ao meu **esposo** por me mostrarem que os obstáculos só nos fazem ficar mais fortes. Amo vocês!

Epígrafe

*Pois o Senhor é quem dá sabedoria,
de sua boca procedem
o conhecimento e o discernimento.*

Provérbios 2:6

RESUMO

O tabagismo é a maior causa evitável de morte no mundo, estima-se que um terço da população mundial adulta, isto é, 1,2 bilhão de pessoas sejam fumantes. O ato de fumar deixou de ser considerado um hábito e passou a ser visto como uma doença, a qual pode ser completamente evitada. Conhecer o perfil dos usuários, a prevalência, os níveis de consumo do tabaco, bem como sua representação social, econômica e cultural, são fundamentais para planejar ações de prevenções eficazes em determinada população, como é o caso dos sentenciados. **Objetivo Geral:** Analisar a Representação Social do tabagismo para sentenciados e a sua prevalência. **Método:** Trata-se de um estudo descritivo de natureza quali-quantitativa desenvolvido em duas etapas (Etapa I – Estudo quantitativo; Etapa II – estudo qualitativo). Participaram do estudo sentenciados que cumprem pena na Penitenciária de Iaras, localizado na cidade de Iaras (SP). Foram aplicados formulários referentes à etapa I do estudo em 385 pessoas e referente à etapa II, foram realizadas entrevistas semiestruturadas apenas com as pessoas tabagistas. Os dados foram sistematizados pela Análise de Conteúdo de Bardin e o referencial teórico utilizado foi a Teoria das Representações Sociais. **Resultados:** A idade média foi de 47,5 anos, entre os participantes 37% são fumantes, 5,3% ex-fumantes. Das entrevistas emergiram quatro categorias: 1) Representação Química e Psicológica do Tabagismo; 2) Relação presídio e Vício; 3) Representação do Consumo e 4) Representação Social. **Considerações Finais:** Pesquisar a prevalência e a representação social que os sentenciados fazem do tabaco nos levou a entender melhor o significado do tabagismo na vida intramuros. Este estudo favorecerá a compreensão das equipes de saúde das penitenciárias sobre o fenômeno e direcionar a formulação de propostas educativas com

probabilidades maiores na adesão nas ações de controle, redução ou cessação do tabagismo, visto que há poucas investigações sobre a temática.

ABSTRACT

Smoking is the largest preventable cause of death in the world, it is estimated that one-third of the world's adult population, that means, 1.2 billion people, are smokers. The act of smoking, no longer considered a habit, has come to be seen as a disease, which can be completely avoided. Knowing the profile of users, prevalence, levels of tobacco consumption, as well as their social, economic and cultural representation, are fundamental for planning effective preventive actions in a given population, as in the case, those sentenced ones. **General Objective:** To analyze the social representation of smoking for sentenced persons and their prevalence. **Method:** This is a qualitative and quantitative descriptive study developed in two stages (Step I - Quantitative study; Step II - qualitative study). The study included sentenced inmates at the penitentiary of Iaras, located in Iaras city (SP-State). Forms referring to stage I of the study were applied in 385 people; and referring to stage II, semi-structured interviews were done only with the smokers. The data were systematized by the Bardin Content Analysis and the theoretical reference used was the Theory of Social Representations. **Results:** The average age was 47.5 years; among the participants, 37% were smokers, 5.3% ex-smokers. From the interviews emerged four categories: 1) Chemical and Psychological Representation of Smoking; 2) Relation between Prison and the Addiction; 3) Representation of Consumption and 4) Social Representation. **Final Considerations:** Researching the prevalence and social representation that sentenced people make of tobacco has led us to better understand the meaning of smoking in intramural life. This study will favor the penitentiaries health teams' understanding on the phenomenon and direct the formulation of educational proposals with bigger probability of adherence in control, reduction or cessation actions of smoking, since there is little research on the subject.

LISTA DE ABREVIATURAS

| | |
|------------------|--|
| OMS | Organização Mundial de Saúde |
| CID –10 - | Código Internacional de doença – 10º revisão |
| DANT | Departamento de Vigilância de Doenças e Agravos não Transmissíveis e Promoção de Saúde |
| AVE | Acidente Vascular Encefálico |
| LEP | LEI DE EXECUÇÃO PENAL |
| SAP | Secretaria de Administração Penitenciária |
| CEP | Comitê de Ética em Pesquisa |
| ACB | Análise de Conteúdo de Bardin |

LISTA DE TABELAS

| | |
|--|----|
| Tabela 1 – Distribuição das características gerais dos sentenciados estudados. Iaras, 2016. | 40 |
| Tabela 2 – Distribuição da frequência de Tosse nos sentenciados estudados. Iaras, 2016. | 41 |
| Tabela 3 – História Tabágica dos sentenciados fumantes, Iaras, 2016. | 42 |
| Tabela 4 - História Tabágica dos Sentenciados ex-fumantes. Iaras, 2016. | 43 |
| Tabela 5 – Estágio Motivacional para Cessação do Tabagismo em sentenciados fumantes. Iaras, 2016. | 43 |
| Tabela 6 – Estágio Motivacional para Cessação do Tabagismo em sentenciados ex-fumantes. Iaras, 2016. | 44 |
| Tabela 7 – Escala de Estresse Percebido em sentenciados. Iaras, 2016. | 45 |
| Tabela 8 – Escala Hospitalar de Ansiedade em Sentenciados. Iaras, 2016. | 45 |
| Tabela 9 – Escala Hospitalar de Depressão em Sentenciados. Iaras, 2016. | 46 |
| Tabela 10 – Uso de drogas ilícitas pelos sentenciados. Iaras, 2016. | 47 |
| Tabela 11 – Uso de cocaína pelos sentenciados. Iaras, 2016. | 47 |
| Tabela 12 – Uso de maconha pelos sentenciados. Iaras, 2016. | 48 |
| Tabela 13 – Uso de bebida alcoólica pelos sentenciados. Iaras, 2016. | 48 |

LISTA DE QUADROS

| | |
|--|----|
| Quadro 1 – Subtemas e Temas resgatados dos depoimentos dos participantes | 79 |
|--|----|

SUMÁRIO

| | |
|----------------------------------|----|
| RESUMO | 10 |
| LISTA ABREVIATURAS | 13 |
| LISTA TABELAS | 14 |
| QUADRO | 15 |
| 1 INTRODUÇÃO. | 17 |
| 2 REVISÃO DE LITERATURA | 19 |
| 2.1 AGRAVOS DO TABAGISMO | 21 |
| 2.2 TABAGISMO NAS PENITENCIÁRIAS | 23 |
| 2.2.1 Cenário Prisional | 25 |
| 3 JUSTIFICATIVA DO ESTUDO | 28 |
| 4 OBJETIVOS | 30 |
| 5 METODOS | 32 |
| 6 RESULTADOS E DISCUSSÃO | 38 |
| 7 CONSIDERAÇÕES FINAIS | 61 |
| 8 PRODUTO | 65 |
| REFERENCIAS | 68 |
| ANEXO 1 | 73 |
| QUADRO 1 | 79 |
| APÊNCIDE 1 | 82 |
| APÊNCIDE 2 | 88 |

Introdução

1. INTRODUÇÃO

O termo tabagismo é originário do francês “tabagisme” e significa exceder o consumo de produtos derivados do tabaco. O tabaco é derivado de uma planta herbácea alta, da família das solanáceas, cujas folhas servem para fazer charutos, cigarros/cachimbo ou tratadas para serem mastigadas e inaladas. A dependência do tabaco foi reconhecida pela ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE (OMS) como uma enfermidade progressiva, sendo incluída no CÓDIGO INTERNACIONAL DE DOENÇAS (CID-10). O ato de fumar deixou de ser considerado um hábito e passou a ser considerado doença, uma epidemia que atingiu cerca de 100 milhões de mortes no século XX e poderá ameaçar a vida de um bilhão de homens, mulheres e crianças no século XXI. O tabaco causa confusão mental e comportamental em razão da síndrome de dependência à nicotina, principal substância psicoativa, que leva a sensação de prazer ao abuso ⁽¹⁾. O tabagismo é a maior causa evitável de morte no mundo, estima-se que um terço da população mundial adulta, isto é, 1,2 bilhão de pessoas sejam fumantes. No ano de 2008, o tabaco matou cerca de cinco milhões de pessoas, mais do que a tuberculose, HIV / AIDS e a malária associados. Estima-se que em 2030, o número de mortos vai ultrapassar oito milhões por ano e que 80% destas mortes acontecerá em países em desenvolvimento ⁽²⁾.

Um estudo realizado em 2011 pelo Departamento de Vigilância de Doenças e Agravos não Transmissíveis e Promoção de Saúde (DANT) da Secretaria de Vigilância em Saúde do Ministério da Saúde mostrou a prevalência do tabagismo em 26 capitais brasileiras e Distrito Federal. A maior prevalência de tabagismo entre homens ocorreu nas cidades de São Paulo (20,7%), Rio Branco (19,0%) e Rio de Janeiro (17,1%). E a menor prevalência foram nas cidades de Salvador (7,3%), Aracaju (10,6%) e Belém (10,9%) ⁽³⁾.

Revisão de Literatura

2. REVISÃO DE LITERATURA

O tabagismo é muito antigo e é encontrado em diversos povos ao redor do mundo, o qual desempenha distintas funções culturais e econômicas. Foi nas Américas que a população teve seu primeiro contato com a folha de tabaco, o qual era usada em cerimoniais religiosos e demonstrava a autoridade e competência para os chefes espirituais das sociedades indígenas americanas ⁽⁴⁾.

Na Europa o tabaco foi introduzido por volta do século XVII, sendo que na Espanha difundiu-se a ideia de enrolar folhas de tabaco em papel. Porém foi na França em 1840 que o cigarro foi inventado, sendo um produto mais leve que o charuto e o cachimbo, sua propagação e comercialização tornou-se mais fácil e em pouco tempo todos os continentes do mundo tinham acesso ao tabaco na forma de cigarro ⁽⁴⁻⁵⁾.

O tabaco é cultivado em quase todas as regiões do mundo, o maior produtor é a China e o Brasil ocupa o quarto lugar na produção. O cigarro industrial surgiu no final do século passado e a partir daí, constituiu-se no produto mais industrializado do século XX, sendo superado em sucesso somente pelo petróleo ⁽⁵⁾.

Nos países desenvolvidos o consumo do tabaco encontra-se estável ou diminuindo gradativamente, em contrapartida nos países em desenvolvimento o consumo vem aumentando. No Brasil, no ano de 2000 devido à grande abrangência do Programa Nacional de Controle do Tabagismo, houve uma redução no consumo do tabaco, suas ações estão voltadas para a proibição da publicidade e a obrigatoriedade de imagens de advertência nos maços de cigarro, bem como a restrição do consumo do cigarro em locais fechados e de uso coletivo ⁽⁶⁻⁷⁾.

Apesar de todas as estratégias para a diminuição do consumo do tabaco, a indústria

do tabaco criou um alvo de marketing para trabalhar no século XXI, eles escolheram o grupo mais vulnerável dos países em desenvolvimento, que são eles: os jovens, de baixa renda e pouca instrução ⁽⁸⁾.

2.1 AGRAVOS DO TABAGISMO

O cigarro é um produto de consumo lícito e o seu uso é comum em diversos países devido à baixos preços, publicidade excessiva, falta de consciência sobre os riscos e por falta de políticas públicas de saúde consistentes contra o uso ⁽⁸⁾.

O ato de fumar é compreendido como o consumo de qualquer derivado do tabaco, produtor ou não de fumaça (cigarro, cigarro eletrônico, cigarro de palha, cigarrilha, charuto, cachimbo, rapé, tabaco mascado, narguilé) ⁽⁹⁾.

A morte entre fumantes é três vezes maior do que em pessoas que nunca fumaram, levando a uma redução da vida média em cerca de 10 anos. Porém, em indivíduos que fumaram no início da vida adulta, mas que pararam aos 30, 40 ou 50 anos de idade ganham cerca de dez, nove ou seis anos de expectativa de vida, respectivamente, quando comparado com os que continuaram a fumar ⁽¹⁰⁾.

Fumar aumenta em duas a quatro vezes o risco de doenças cardiovasculares e acidente vascular encefálico (AVE). O tabaco está associado com a ocorrência de 30% das neoplasias como da cavidade oral, esôfago, faringe, estômago, pâncreas, aparelho geniturinário, colo do útero e leucemia mielóide aguda. Com relação ao câncer de pulmão, o mais frequentemente associado ao tabagismo, o fumo do tabaco aumenta o seu risco em 23 vezes nos homens, e em 13 vezes nas mulheres ⁽¹¹⁾.

Dentre as doenças causadas pelo tabaco, destaca-se as doenças cardiovasculares,

o câncer e as doenças respiratórias obstrutivas crônicas. O tabaco é responsável por 40 a 45% de todas as mortes por câncer, 90 a 95% das mortes por câncer de pulmão, 75% das mortes por DPOC, cerca de 20% das mortes por doenças vasculares, 35% das mortes por doenças cardiovasculares, entre homens de 35 a 69 anos de idade, nos países desenvolvidos ⁽¹²⁾.

O tabagismo vem aumentando nos países de baixa e média renda, porém essa epidemia está na fase inicial nestes países e eles ainda não tem conhecimento do impacto que esta doença trará ⁽²⁻¹³⁾.

De acordo com um relatório da OMS de 2008, a epidemia dos países em desenvolvimento levará a um aumento razoável dos níveis de doenças e mortes prematuras, devido à esses países terem menos recursos financeiros para atender a saúde de sua população e aos problemas sociais e econômicos causados pelo tabaco ⁽²⁾.

A OMS afirma que dois terços do fumantes do mundo se localizam em apenas dez países, sendo que a China ocupa o primeiro lugar e o Brasil o sétimo. Diante essas informações, em 2008 a OMS implantou seis medidas a serem seguidas por todos os países a fim de reduzir e evitar esses números elevados, sendo elas: monitorar a prevalência do tabaco, proteger as pessoas que estão expostas a fumaça do cigarro, oferecer ajuda para cessar o uso do tabaco; informar a população sobre os riscos; proibir a publicidade ao tabaco e aumentar os impostos sobre esse produto de fácil acesso ⁽²⁾.

Em 2013 a OMS apresentou um novo relatório no qual assegurava que mais de um terço da população mundial está coberta por alguma medida eficaz de controle ao tabagismo, sendo a maioria (80%) nos países de baixa e média renda ⁽⁸⁾.

2.2 TABAGISMO NAS PENITENCIÁRIAS

Existem várias formas de privação de liberdade, entre elas, a prisão. Considera-se que a prisão tenha surgido no fim do século XVIII e início do século XIX, e desta forma passou a ser conhecida como local legítimo para punição de criminosos e sua reabilitação, cabendo ao Estado afastar essas pessoas do meio em que vivem, temporária ou definitivamente, em tempo parcial ou diuturnamente, privando-as de liberdade ⁽¹⁴⁾.

A sociedade encarrega às instituições prisionais uma difícil tarefa que ela própria tem grande dificuldade de enfrentar. Além de validar, a sociedade é conivente com este sistema de punição social, pouco questionando seus métodos e aceitando sua inacessibilidade e a invisibilidade de suas ações. Assim as ações do sistema prisional passam a gozar de autonomia crescente. Como resultado desse processo define-se o perfil que, de forma geral, caracteriza o sistema prisional no mundo na atualidade e que decorre também de questões legais, como a lentidão do poder judiciário e de questões sociais, como a própria vitimização que caracteriza a população que ingressa nos presídios. Os presos, frequentemente, provêm de setores mais vulneráveis da sociedade: os jovens, os pobres, os doentes mentais, os alcoolistas, os dependentes de drogas ilícitas e etc. ⁽¹⁵⁾.

Calcula -se que a população mundial aprisionada esteja em torno de 11 milhões de pessoas, quase metade delas em apenas três países: Estados Unidos, China e Rússia. (ICPS, 2011) As maiores taxas de encarceramento – razão entre o número de presos e a população em geral - são encontrados nos Estados Unidos (743 presos por 100 mil habitantes), em Ruanda (595 presos por 100 mil habitantes), na Rússia (568 presos por 100 mil), na Geórgia (547 presos por 100 mil), e nos países do Caribe (422 a 495 presos por 100 mil habitantes). Para a América do Sul, em 2011, a taxa média foi de 191 presos por 100 mil habitantes ⁽¹⁶⁾.

Embora o moderado índice de encarceramento (288 presos por 100 mil habitantes), o Brasil possui a quarta maior população encarcerada do mundo. Entre 1995 e 2005 houve um aumento de 144% no número de sentenciados (taxa anual de crescimento de 5 a 7% ao ano). O país conta com um total de 1420 estabelecimentos prisionais para o cumprimento de penas, tais como: Cadeia Pública, Penitenciárias, Centro de Detenção Provisória, Central de Penas Alternativas, Central de Observação, Hospital de Custódia e Tratamento Psiquiátrico, Colônia Penal Agrícola, Industrial ou similar e Patronato. Aproximadamente 80% das vagas destinam-se ao regime fechado, ficando 20% para os regimes aberto e semiaberto ⁽¹⁷⁾.

O Brasil não possui um Sistema Penal centralizado, ficando a cargo de cada Estado gerir seu próprio conjunto de estabelecimento penais, havendo assim estruturas administrativas e organizacionais distintas, polícias independentes e, até mesmo leis de execução penal suplementares. De maneira geral, as Secretarias Estaduais de Justiça, administram as penitenciárias, enquanto as Secretarias de Segurança Pública encarregam-se das cadeias públicas e delegacias de polícia ⁽¹⁸⁾.

Com taxas de encarceramento comparáveis às dos países com maiores índices no mundo, a maior quantidade de presos do país encontra-se no estado de São Paulo com aproximadamente 127.676 reclusos ⁽¹⁹⁾.

Segundo dados do Ministério da Justiça, no sistema penitenciário brasileiro, a população predominante é do sexo masculino 95,98%. A faixa etária está entre 18 a 25 anos de idade (37,55%). Em relação ao nível de escolaridade, 5,95% de detentos são analfabetos; 41,25% não concluíram o 1º grau; 15,07% com o 1º grau completo; 6,72% que não concluíram o 2º grau; 5,57% com o 2º grau completo e 0,69% com curso superior ⁽²⁰⁾.

Nessas inadequadas condições de ambiente, associada a outras práticas comuns nos presídios, como o uso de drogas ilícitas, o tabagismo ativo e passivo e a nutrição inadequada quantitativa e qualitativamente, as pessoas privadas de liberdade, expostas constantemente a variados fatores de risco, são acometidas por diferentes agravos de saúde, sendo o tabagismo uma parte integrante da vida na prisão e uma parte estabelecida da cultura prisional. Tabaco serve para uma variedade de funções: moeda troca, forma de controle social, símbolo de liberdade e calmante. As razões para as taxas de tabagismo alta em populações de prisioneiros incluem alta dependência da nicotina, a doença mental, a falta de programas de cessação tabágica disponíveis aos presos e falta de acesso por este grupo de programas de cessação do tabagismo, enquanto na comunidade ⁽²¹⁾.

O tabagismo é um importante problema de saúde pública que afeta prisões e que, muitas vezes, são ignorado estratégias de controle do tabaco com base na comunidade ⁽²¹⁾.

2.2.1 CENÁRIO PRISIONAL

O Sistema Prisional Brasileiro está regulamentado pela LEI DE EXECUÇÃO PENAL (LEP) nº 7.210 de 11 de julho de 1984, que visa a valorização e direitos do sentenciado garantindo assistência médica jurídica, educacional, social, religiosa e material. É uma lei que não puni e sim visa propor condições adequadas para o cumprimento da pena.com dignidade possibilitando sua inserção social ⁽²²⁾.

O Brasil mantém um total de aproximadamente 1420 estabelecimentos prisionais para o cumprimento de penas, distribuídas em unidades estaduais. Na maioria das unidades de reclusão, o modelo de confinamento revela uma série de risco a saúde desta população, como: precárias condições de higiene, superlotação, falta de controle da qualidade dos alimentos, falta de atividades laborativas e atividades físicas, uso de drogas,

entre outros. A promoção e assistência à saúde no Sistema Penitenciário Nacional são passos fundamentais para a formulação e implementação de uma política de programas educativos e de saúde dirigida para essa população ⁽¹⁹⁾.

A política específica de atenção à saúde do preso é subsidiada pelo Plano Nacional de Saúde no Sistema Penitenciário, instituído pela Portaria Interministerial nº 1.777 de 09 de setembro de 2003, uma parceria do Ministério da saúde com o Ministério da Justiça. O incentivo de atenção à saúde no sistema penitenciário conta com recursos oriundos do Ministério da Saúde (70%) e do Ministério da Justiça (30%), em conformidade essa legislação. O principal objetivo deste Plano é o de contribuir para o controle e/ou redução dos agravos mais frequentes à saúde da população penitenciária brasileira. As ações norteadoras estão relacionadas à atenção Básica e de Média Complexidade. Dentre estas, destacam-se:

- Controle de tuberculose;
- Realização de sorologia anti-HIV e hepatites para todos os casos diagnosticados e estimulação do tratamento;
- A proteção dos internos sadios, por meio do desenvolvimento de ações educativas e preventivas;
- Controle de pacientes que apresentam hipertensão e diabetes; a busca ativa de casos e diagnóstico clínico de Hanseníase;
- Prevenção e controle de doenças respiratórias;
- E atenção à saúde mental.

Deste modo, a assistência à saúde dos internos do sistema carcerário não se restringe às de ações curativas, mas inclui também as preventivas. Para que o sentenciado possa ser ressocializado é necessário que seus direitos assistenciais sejam garantidos e controlados ⁽²³⁾.

A Secretaria de Administração Penitenciária (SAP) é um órgão integrado ao Ministério da Justiça que promove a execução administrativa das penas privativas de liberdade, das medidas de segurança detentivas e das penas alternativas à prisão, atribuídas pela justiça comum, e proporcionar as condições necessárias de assistência e promoção ao preso, para sua reinserção social, preservando sua dignidade como cidadão. No momento a SAP administra 166 Unidades Prisionais em todo Estado de São Paulo.

Justificativa do Estudo

3. JUSTIFICATIVA DO ESTUDO

Analisar a representação social, econômica e cultural que os sentenciados fazem do cigarro e sua prevalência, nos leva a entender melhor o significado do tabagismo na vida desses.

Os resultados poderão favorecer a compreensão das equipes de saúde sobre o fenômeno e direcionar a formulação de propostas educativas com probabilidades maiores na adesão das ações de controle, redução ou cessação do tabagismo.

Sensibilizar os gestores da Penitenciária sobre o tema é o primeiro passo a ser tomado, por isso necessitamos dos resultados dessa pesquisa para sustentar o produto a ser gerado.

Objetivos

4. OBJETIVOS

4.1 OBJETIVO GERAL:

Analisar a representação social, econômica e cultural do tabagismo e sua prevalência para sentenciados da Penitenciária de Iaras.

4.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS:

1. Estimar a prevalência de tabagista e ex-tabagistas;
2. Avaliar o grau de dependência da nicotina;
3. Avaliar o estágio de motivação relacionado a cessação de fumantes e ex-fumantes;
4. Avaliar sintomas sugestivos de ansiedade e depressão de fumantes, ex-fumantes e não fumantes; e
5. Descrever a vivência dos sentenciados com o cigarro e analisar seus significados.

Métodos

5. METODOS

Desenho do Estudo:

Trata-se de um estudo analítico de natureza quali-quantitativa, não experimental, desenvolvido em duas etapas. A etapa I trata de um estudo exploratório, transversal e analítico. A etapa II trata-se de um estudo qualitativo.

População:

A pesquisa foi realizada no município de Iaras, localizado na região centro-oeste do Estado de São Paulo. Utilizou-se a área de abrangência a Penitenciária de Iaras com sentenciados em regime fechado. A Penitenciária é um estabelecimento de segurança máxima e destina-se ao atendimento de presos do sexo masculino que cumprem pena em regime fechado. Conta com capacidade física para 1260 presos, porém no momento existe 2271 pessoas cumprindo pena no sistema fechado e 543 pessoas no regime semiaberto.

Incumbe a Penitenciária a segurança dos presos do sexo masculino que se encontram internados no estabelecimento, por decisão judicial, em cumprimento de pena em regime fechado; a promoção da inserção dos internos e o zelo pelo seu bem-estar, através da profissionalização, educação, prestação de assistência jurídica, psicológica, social, médica, odontológica, religiosa e material; a prestação de assistência social aos familiares dos internos.

Calculo Amostral:

Foram aplicados formulários do estudo a 385 sentenciados e posteriormente foram realizadas entrevistas com todos os sentenciados tabagistas. Como a quantidade de fumantes é desconhecida, foi considerada uma prevalência de 50%. A margem de erro foi

de 5%, e confiabilidade de 95%, o tamanho amostral mínimo corrigido para a população limite é de 326 indivíduos, e a amostra foi por conveniência.

Coleta de dados:

Os dados foram coletados após a aprovação Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) da Secretaria de Administração Penitenciária do Estado de São Paulo e da Faculdade de Medicina de Botucatu.

Etapa I – Estudo Quantitativo: Para os sentenciados que aceitaram participar da pesquisa (n=385), foram utilizados formulários de identificação e de avaliação tabágica e realizada a identificação do estágio motivacional para cessação do tabagismo, sintomas sugestivos de ansiedade, depressão e estresse percebido (APÊNDICE 1).

Foram incluídos no estudo ex-fumantes e não fumantes com o objetivo de identificar a prevalência do tabagismo, podendo assim contribuir para futura elaboração de proposta de abordagem para redução ou cessação do tabagismo nesse grupo.

Os sentenciados tabagistas ou ex-tabagistas foram avaliados quanto às características do tabagismo através de um formulário específico, contendo: história tabágica, presença de doenças relacionadas, história social e familiar; fatores relacionados à iniciação do tabagismo e carga tabágica, com o objetivo de traçar o perfil tabagistas. A carga tabágica foi calculada através do número de cigarros fumados por dia, dividindo por 20 (quantidade de cigarros em um maço) e o resultado foi multiplicado pelo número de anos que esses sentenciados usavam o tabaco, chegando ao número de anos/maços⁽³⁶⁾. O grau de dependência foi avaliado por meio do teste Fagerström para a dependência da nicotina⁽³⁶⁾. A fase de motivação foi identificada de acordo com o modelo transteórico de Prochaska e DiClemente que descreve a prontidão para mudar de acordo com os estágios

de mudança pelos quais o indivíduo tenha vivido⁽²⁹⁾. Os estágios motivacionais para cessação do tabagismo consiste nas seguintes etapas: - Pré-contemplação: Fumando, não motivado a parar nos próximos 6 meses; - Contemplação: motivado a parar nos próximos 6 meses, porém sem data estipulada; - Preparação: Motivado a parar nos próximos 30 dias; - Ação: Indivíduo parou de fumar a 6 meses ou menos; e - Manutenção: Parou de fumar a mais de 6 meses⁽²⁹⁾.

A Escala de Estresse Percebido e a Escala Hospitalar de Ansiedade e Depressão tem como objetivo avaliar as questões emocionais destes sentenciados⁽⁶⁻²⁴⁻²⁵⁾. Foram aplicadas a Escala de Estresse Percebido, composta por 10 questões com cinco possibilidades de resposta (nunca; quase nunca; às vezes; quase sempre; e sempre) e valores de zero a quatro e quanto mais alto o escore, maior o estresse percebido. As questões com conotação positiva (4, 5, 7, 8) têm sua pontuação somada invertida, da seguinte maneira, (0=4; 1=3; 2=2; 3=1; e 4=0) as demais questões (1, 2, 3, 6, 9, 10) são negativas e devem ser somadas normalmente e a Escala Hospitalar de Ansiedade e Depressão, que os classificada em: improvável (escores 0 – 7), possível (escores 8 – 10) ou provável (escores 11 – 21), com o objetivo de avaliar as questões emocionais destes pacientes^(44,45).

Etapa II – Estudo Qualitativo: Para atender os objetivos deste estudo, após responderem os formulários, foi realizada uma entrevista semiestruturada, gravada e transcrita na íntegra, em seguida foi codificada, seguida pelo número da entrevista, garantindo o anonimato, apenas com sentenciados tabagistas. Sendo considerados tabagistas aqueles que fumam no mínimo cem cigarros na vida e atualmente fumam diariamente ou ocasionalmente (alguns dias). Com a seguinte pergunta norteadora: “O que o cigarro representa em sua vida?”

Participaram desta etapa 27 sentenciados tabagistas, esse número foi definido pela aplicação do critério de saturação de dados em que se estabelece o tamanho amostral por meio de suspensão de novos participantes quando esses dados passam a ser considerados repetidos tornando-os irrelevantes ao continuar a coleta.

Análise dos Dados

Etapa I – Estudo Quantitativo: Com os dados obtidos foi feita uma análise descritiva inicial com o cálculo de média e desvio padrão para as variáveis quantitativas (idade, idade que começou a fumar, frequência, porcentagem para as variáveis categorizadas).

A escala de ansiedade foi comparada utilizando o teste de diferença de proporções fixando fumante, não fumante e ex-fumantes. O mesmo foi feito para escala de estresse e depressão. Todos os testes foram feitos utilizando as análises no programa SAS por Windows 2.9.3. Em todos os testes foi fixado o valor de significância de 5% com o p-valor correspondente.

Etapa II – Estudo Qualitativo: O referencial teórico utilizado foi a Técnica de Análise de Conteúdo de Bardin, por meio de descrição das falas dos participantes, teremos como meta a interpretação dos discursos dos sentenciados de Iaras. Nas etapas da análise dos dados constarão três fases: pré-análise, descrição analítica e interpretação inferencial⁽¹⁶⁾.

A pré-análise é a fase de organização do material e a sistematização de ideias iniciais em um plano de análise. Nesta fase, faremos a transcrição das gravações na íntegra e uma leitura flutuante dos textos, tomando contato exaustivo com o material. A seguir, na fase de descrição analítica, foram feitos o recorte e a escolha das unidades de registro, elegendo-as e codificando-as, mediante a convergência com o fenômeno. A categorização é a simplificação dos dados brutos, é um processo de estruturação, dividido entre

inventário (isolamento dos elementos) e classificação (repartição dos elementos, impondo uma organização das mensagens) que propiciam a passagem dos dados brutos para dados organizados. As categorias são empregadas para se estabelecerem classificações, e trabalhar com categorias significa agrupar elementos, ideias ou expressões em torno de um conceito capaz de abranger tudo isso⁽¹⁶⁾.

A entrevista foi realizada em dia, hora e local conforme disposição dos participantes. As entrevistas foram gravadas em áudio e depois de transcritas foram destruídas ⁽²⁶⁾.

Aspectos Éticos:

A pesquisa foi realizada no período de Janeiro de 2016 a Abril de 2016, após aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa, Plataforma Brasil – Protocolo nº 50008615.1.0000.5411. Foi aplicado um Termo de Consentimento Livre e Esclarecido com os participantes da entrevista; em duas vias, sendo a 1ª via os sujeito de pesquisa e 2ª arquivada pelos pesquisadores.

Resultados e Discussões

6. RESULTADOS E DISCUSSÃO

6.1 Etapa I – Caracterização dos sujeitos:

Fizeram parte do estudo quantitativo 385 sentenciados, com idade entre 21 e 79 anos $45 \pm 13,6$. A maioria (65%) possuía 1º Ensino Fundamental Incompleto, correspondendo a menos de 4 anos de estudo. Grande parte da população (78%) é predominante da região Sudeste, seguido de 16% da região Nordeste.

Em relação ao uso de drogas 42% fazem uso de algum tipo de droga tais como maconha, cocaína e crack. Das pessoas estudadas, 10% fazem uso de bebida alcoólica.

Dos participantes, 24,5% são fumantes e 16,8% ex-fumantes, esse índice é superior ao encontrado na população do estado de São Paulo (13%) e da população brasileira de fumantes (10,8%)⁽²⁷⁾.

Dos sentenciados 35% não praticam atividades físicas, esses dados nos mostram que os sentenciados estão expostos a vários fatores de risco, como o sedentarismo, consumo de drogas lícitas e fatores inerentes a própria situação de encarceramento. A distribuição das características gerais está apresentada na Tabela 1.

Em relação aos sintomas respiratórios apresentados no momento, tosse apareceu com maior frequência (24,6%), seguida de tontura (8,5%), expectoração (6,2%), dor torácica (4,4%), chiado/dispneia (4%), palpitação (2%) e desmaio (1%). Apesar da tosse ser o sintoma que mais apareceu, não houve significância estatística entre os fumantes, ex-fumantes e não fumantes. Resultados apresentados na Tabela 2.

Dos participantes, 66% possuem fumantes em casa, destes 58% fumam dentro de casa e 55% dos sentenciados relataram ter fumantes no grupo, sendo o local de trabalho citado pela maioria (53%).

Tabela 1 – Distribuição das características gerais dos 385 sentenciados estudados. Iaras, 2016.

| CARACTERÍSTICAS GERAIS | | | |
|---------------------------------|------------------|----------------|---------------------|
| Idade (Anos) | | | 42, 7 ±12, 6 |
| Escolaridade | | | N 385(100%) |
| Ensino Fundamental Incompleto | | | 250 (65,0%) |
| Ensino Fundamental Completo | | | 55 (14,3%) |
| Ensino Médio Incompleto | | | 18 (4,7%) |
| Ensino Médio Completo | | | 44 (11,5%) |
| Ensino Superior Incompleto | | | 5 (1,2%) |
| Ensino Superior Completo | | | 13 (3,3%) |
| Situação Conjugal (%) | | | N (%) |
| Amasiado | | | 64 (16,6%) |
| Casado | | | 92 (24,0%) |
| Divorciado | | | 37 (9,6%) |
| Solteiro | | | 186 (48,3%) |
| Viúvo | | | 6 (1,5%) |
| História Tabágica (%) | | | N (%) |
| Não Fumantes | | | 226 (58,7%) |
| Ex Fumantes | | | 65 (16,8%) |
| Fumantes | | | 94 (24,5%) |
| | SIM N (%) | TOTAL N | p-valor |
| Pratica Atividade Física | 135 (35,0%) | 385 (100%) | <0,0001 |
| Uso de Bebida Alcólica | 39 (10,0%) | 385 (100%) | <0,0001 |
| Uso de outras drogas | 161 (42,0%) | 385 (100%) | <0,0001 |
| Cocaína | 73 (45,4%) | 161 (100%) | 0,1187 |
| Crack | 32 (20,0%) | 161 (100%) | <0,0001 |
| Maconha | 94 (59,0%) | 161 (100%) | 0,0003 |

Tabela 2 – Distribuição da frequência de tosse nos 385 sentenciados estudados. Iaras, 2016.

| TOSSE | | | | |
|-----------------|---------------|----------|--------------|----------|
| Fumantes | SIM | | TOTAL | |
| | N | % | N | % |
| SIM | 21 | 22,3 | 94 | 100 |
| NÃO | 55 | 24,3 | 226 | 100 |
| EX | 19 | 29,2 | 65 | 100 |
| p-valor | 0,6019 | | | |

Em relação à história tabágica dos fumantes, a idade média que começaram a fumar foi de $15,6 \pm 7$ anos. Dos 94 sentenciados, 92,5% revelaram fumar todos os dias, 83% tragam sempre, a média do número de cigarros foi de $11,3 \pm 10$, correspondendo a $3 \pm 2,4$ maços por semana, gerando custo mensal de R\$ $52,1 \pm 74,5$. A carga tabágica nesse grupo foi em média $16,2 \pm 17,3$. Dados apresentados na tabela 3.

Corroborando com os achados do estudo, atualmente a média do início de experimentação do cigarro no Brasil é de 15,9 anos, superior da iniciação dos sentenciados. A média de cigarros na população brasileira é de 10,8 por dia e na população do estado de São Paulo é de 14,1 por dia⁽²⁷⁾. De acordo com a literatura, a qual relata a mudança da epidemia do tabagismo de países da Europa (França, Irlanda, Itália, República Tcheca e Suécia) encontrou a média de início de experimentação do cigarro é de 18,2 anos⁽²⁸⁾.

Entre esse grupo é mais comum o uso de cigarro de palha (61,7%), apenas (38,3%) fumam cigarro comum. A marca comum mais consumida pelos participantes deste estudo foi a marca Derby.

Tabela 3 – História Tabágica dos 94 sentenciados fumantes, Iaras, 2016.

| HISTÓRIA TABÁGICA (FUMANTES) | MÉDIA/DESVIO PADRÃO | | |
|---|----------------------------|------------------|--------------------|
| Idade que começou a fumar (anos) | 15,6 | ±7 | |
| Cigarros/Dia | 11,3 | ±10,0 | |
| Maços/Semana | 3 | ±2,4 | |
| Custo Mensal (R\$) | 52,1 | ±74,5 | |
| Carga Tabágica | 9,5 | ±12,7 | |
| Tipo de Fumante | N | (%) | |
| Diário | 87 | (92,5) | |
| Fim de Semana | 1 | (1,0) | |
| Ocasional | 6 | (6,5) | |
| Traga a Fumaça | N | (%) | |
| Sempre | 78 | (83,0) | |
| Nunca | 6 | (6,4) | |
| Às vezes | 10 | (10,6) | |
| Nível de Dependência | N | (%) | |
| Muito Baixo | 31 | (33,0) | |
| Baixo | 29 | (31,0) | |
| Médio | 14 | (15,0) | |
| Elevado | 16 | (17,0) | |
| Muito Elevado | 3 | (4,0) | |
| Já tentou parar de fumar | Sim N (%) | Não N (%) | Total N (%) |
| | 26 (93,0) | 2 (7,0) | 94 (100) |
| Sintomas Abstinência | | | |
| Irritação | 21 (22,3) | | 94 (100) |
| Insônia | 1 (1,0) | | 94 (100) |
| Tristeza | 1 (1,0) | | 94 (100) |
| Agitação | 5 (5,3) | | 94 (100) |
| Lentidão | 0 (0,0) | | 94 (100) |
| Perda de Concentração | 2 (2,1) | | 94 (100) |
| Aumento de Apetite | 10 (10,6) | | 94 (100) |
| Ansiedade | 15 (15,9) | | 94 (100) |
| Cefaleia | 5 (5,3) | | 94 (100) |
| Disposição | 18 (19,1) | | 94 (100) |
| Utilizou algum | Sim N (%) | Não N (%) | Total N (%) |
| | 9 (9,6) | 85 (90,4) | 94 (100) |

Em relação a história tabágica dos ex-fumantes, a idade média que começaram a fumar foi de 15,7 anos, fumaram em média 17,5 anos \pm 12,1 e pararam de fumar por volta dos 33,7 anos \pm 12,1. A média do número de cigarros que consumiam por dia era de 9,5 \pm 8,8, correspondendo a aproximadamente 3,1 \pm 2,7 maços por semana. A carga tabágica

nesse grupo foi em média de $9,5 \pm 12,7$ anos/maço.

A distribuição da história tabágica dos sentenciados ex-fumantes está apresentada na Tabela 4.

Tabela 4 – História Tabágica dos Sentenciados ex-fumantes. Iaras, 2016.

| HISTÓRIA TABÁGICA (EX-FUMANTES) | Média/Desvio padrão |
|--|----------------------------|
| Idade de começou a fumar | 15,7 \pm 5,5 |
| Por quanto tempo fumou (anos) | 17,5 \pm 12,1 |
| Idade que parou de fumar | 33,7 \pm 12,1 |
| Cigarros fumava/dia | 9,5 \pm 8,8 |
| Maços/semana | 3,1 \pm 2,7 |
| Carga Tabágica | 9,55 \pm 12,7 |

O estágio motivacional para cessação do tabagismo foi maior na pré-contemplação (92,6%), o qual indica que os entrevistados são fumantes e não se sentem motivados a parar de fumar nos próximos seis meses. Os dados estão apresentados na tabela 5.

Tabela 5 – Estágio Motivacional para Cessação do Tabagismo em sentenciados fumantes. Iaras, 2016.

| ESTÁGIO MOTIVACIONAL | N 94 |
|-----------------------------|-------------|
| Pré-Contemplação | 87 (92,6) |
| Contemplação | 6 (6,4) |
| Preparação | 1 (1,0) |
| Ação | 0 (0,0) |
| Manutenção | 0 (0,0) |
| Total | 94 (100) |

Em relação aos ex-fumantes, podemos observar na Tabela 6, que a maioria dos sentenciados (72,3%) encontram-se na fase de manutenção, ou seja, pararam de fumar há mais de 6 meses. Os demais encontram nas fases de preparação, que são aqueles que pararam de fumar a mais de 30 dias (6,1%) e na fase de ação, aqueles que pararam de fumar a menos de 6 meses (21,6%).

Tabela 6 – Estágio Motivacional para Cessação do Tabagismo em sentenciados ex-fumantes. Iaras, 2016.

| ESTÁGIO MOTIVACIONAL | N 65 |
|-----------------------------|-------------|
| Pré-Contemplação | 0 (0,0) |
| Contemplação | 0 (0,0) |
| Preparação | 4 (6,1) |
| Ação | 14 (21,6) |
| Manutenção | 47 (72,3) |
| Total | 65 (100) |

O grau de estresse foi baixo em todo o grupo de sentenciados, sejam eles tabagistas, ex-tabagistas ou não tabagistas, em uma escala que pode variar entre zero e 40, quanto mais alto o escore, maior o estresse percebido. Observamos também o p-valor dos três grupos, conforme apresentados na Tabela 7.

Tabela 7 – Escala de Estresse Percebido em sentenciados. Iaras, 2016.

| | ESTRESSE | Média/Desvio Padrão |
|---------------------|-----------------|----------------------------|
| Fumantes | | 11 ±7,2 |
| Não-Fumantes | | 5,9 ±5,5 |
| Ex-Fumantes | | 8,1 ±7,9 |

P=0,4703

Em relação a classificação dos escores da Escala de Ansiedade e Depressão houve uma diferença estatística dos sentenciados não fumantes em relação ao fumantes e ex-fumantes. Quanto a classificação, na escala de ansiedade o escore mais alto foi o improvável nos três grupos, na classificação da escala de depressão o escore mais alto também foi o improvável. Os dados estão apresentados nas Tabela 8 e 9.

Tabela 8 – Escala Hospitalar de Ansiedade em Sentenciados. Iaras, 2016.

| ANSIEDADE | | | | |
|---------------------|-------------------|-----------------|-----------------|--------------|
| | Improvável | Possível | Provável | Total |
| | N % | N % | N % | N % |
| Fumantes | 62 (66,0)aA | 20 (21,2)bA | 12 (12,8)bA | 94 (100) |
| Não Fumantes | 209 (92,5)aB | 12 (5,3)bB | 5 (2,2)cB | 226 (100) |
| Ex Fumantes | 36 (55,4)aA | 13 (20,0)bA | 16 (24,6)bA | 65 (100) |
| Total | 307 | 45 | 33 | 385 |

P=<0,0001 (médias seguidas de mesma letra não diferem significativamente pelo teste de Tukey ao nível de 5%)

Tabela 9 – Escala Hospitalar de Depressão em Sentenciados. Iaras, 2016.

| DEPRESSÃO | | | | | | | | |
|---------------------|------------|----------|----------|----------|----------|---------|-------|-------|
| | Improvável | | Possível | | Provável | | Total | |
| | N | % | N | % | N | % | N | % |
| Fumantes | 81 | (86,2)aB | 8 | (8,5)bA | 5 | (5,3)bA | 94 | (100) |
| Não Fumantes | 218 | (96,4)aA | 7 | (30,0)bB | 1 | (0,4)cB | 226 | (100) |
| Ex Fumantes | 51 | (78,5)aB | 8 | (12,3)bA | 6 | (9,2)bA | 65 | (100) |
| Total | 350 | | 23 | | 12 | | 385 | |

P=<0,0001 (médias seguidas de mesma letra não diferem significativamente pelo teste de Tukey ao nível de 5%)

Na tabela a seguir que mostra o consumo de drogas ilícitas, houve uma diferença estatística entre os não fumantes em comparação aos fumantes e ex-fumantes, portanto podemos sugerir que nesse estudo ser fumante tem uma correlação direta, ou seja associou-se com o consumo de outras drogas, como cocaína e a maconha.

Estudos classificam o tabagismo como fator de risco para o envolvimento com outras drogas, o cigarro é visto como antecedente ao envolvimento com drogas, como a maconha, cocaína e o crack. Em revisão bibliográfica verificou que foi possível identificar uma relação positiva entre o consumo de drogas – cocaína. Em tabagistas, o número de cigarros fumados sob efeito de cocaína é maior, tornando-se essencial a inserção do tratamento do tabagismo concomitante ao tratamento de dependência de outras substâncias^(30,31).

Tabela 10 – Uso de drogas ilícitas em sentenciados. Iaras, 2016.

| USO DE DROGAS ILÍCITAS | | | | |
|-------------------------------|------------|---------|--------------|-----|
| | Sim | | Total | |
| | N | % | N | % |
| Fumantes | 62 | (66,0)a | 94 | 100 |
| Não Fumantes | 54 | (24,0)b | 226 | 100 |
| Ex- Fumantes | 49 | (75,4)a | 65 | 100 |

P=<0,0001

Na tabela 11 que exhibe o consumo de cocaína, houve uma diferença estatística entre os três grupos, sendo a maior taxa percentual entre os fumantes.

Tabela 11 – Uso de cocaína em sentenciados. Iaras, 2016.

| USO DE COCAÍNA | | | | |
|-----------------------|------------|---------|--------------|-------|
| | Sim | | Total | |
| | N | % | N | % |
| Fumantes | 33 | (35,1)a | 94 | (100) |
| Não Fumantes | 26 | (11,5)b | 226 | (100) |
| Ex Fumantes | 12 | (18,5)c | 65 | (100) |

P=<0,0001

Na tabela 12 que exhibe o consumo de maconha, houve uma diferença estatística, porém os únicos grupos que não divergiram foram os fumantes e ex-fumantes.

Tabela 12 – Uso de maconha em sentenciados. Iaras, 2016.

| USO DE MACONHA | | | | |
|-----------------------|------------|---------|--------------|-------|
| Fumantes | Sim | | Total | |
| | N | % | N | % |
| Fumantes | 42 | (44,6)a | 94 | (100) |
| Não Fumantes | 25 | (11,0)b | 226 | (100) |
| Ex Fumantes | 27 | (41,5)a | 65 | (100) |

P=<0,0001

Quanto ao consumo de bebida alcoólica nesse estudo podemos observar uma diferença estatística entre os três grupos, sendo que os não fumantes são os que menos consomem bebidas alcoólicas. Portanto essa correlação está sustentada na literatura, visto que alguns estudos quantitativos trazem essa associação de forma positiva, dizendo que os consumidores de álcool são mais propensos a consumir e futuramente desenvolver a dependência do cigarro. Os dados estão na tabela 13 a seguir.

Tabela 13 – Uso de bebida alcoólica em sentenciados. Iaras, 2016.

| BEBIDA ALCOÓLICA | | | | |
|-------------------------|------------|---------|--------------|-------|
| | Sim | | Total | |
| | N | % | N | % |
| Fumantes | 10 | (10,6)a | 94 | (100) |
| Não Fumantes | 7 | (3,0)b | 226 | (100) |
| Ex Fumantes | 16 | (24,6)c | 65 | (100) |
| Total | 33 | (38,2) | 385 | (100) |

P=<0,0001

6.2 Etapa II – Análise de Conteúdo de Bardin (ACB)

Fizeram parte do estudo qualitativo 27 sentenciados, que foram entrevistados para saber qual a representação social do tabaco em suas vidas. A análise de cada depoimento, segundo o referencial metodológico de Bardin⁽⁴²⁾, foi realizada conforme demonstrado no exemplo descrito a seguir.

Categoria 1: Representação Química e Psicológica do Tabagismo

Nesta categoria foram inseridas as falas as quais referiam-se sobre a dependência gerada pelo cigarro, a sensação de prazer, de abstinência e os aspectos psicológicos do cigarro visto como forma de alívio de diversos sentimentos e a sensação de controle sobre a dependência.

Subtema 1 (SUB1) - Sensação de Controle

ACB 1: *“Não sou dependente, dependente é quem acorda fumando, tá com o cigarrão no bolso com o isqueiro, aquele lá é o dependente mesmo. Eu consigo ficar sem cigarro, três a quatro dias sem fumar, fico de boa, não fico doido, que nem hoje, acordei e não fumei ainda só vou fumar lá pra depois do almoço, tardezinha.”*

Os sentenciados tem uma opinião sobre o significado do cigarro em suas vidas, relatando que este funciona como forma de alívio/ refúgio por alguns sentimentos vivenciados por eles, como a ansiedade, estresse, nervosismo e próprias angústias. É uma forma de relaxar e quando se encontram na situação dearceramento, acabam fumando mais do que quando estavam em liberdade. São diversas falas que compõe esse conteúdo e todas trazem a importância do cigarro como calmante, tranquilizante.

De acordo com os dados analisados estatisticamente do estudo e com o conteúdo

das falas, os fumantes são mais ansiosos e depressivos que os não fumantes, eles relatam esses sintomas como justificativa para iniciação e manutenção do tabagismo.

Em uma pesquisa realizada com profissionais do sexo conseguimos encontrar um dado que reforça a fala comumente escutada, a sensação de controle de “*se quiser parar eu paro*”, por qualquer pessoa que esteja diante de uma situação de dependência de alguma substância, seja ela o cigarro, a bebida alcoólica ou até mesmo as drogas ilícitas⁽³⁶⁾.

Como são poucas as pesquisas qualitativas a respeito do tabagismo, não conseguimos encontrar algum dado que venha reforçar ou até mesmo contradizer o relato acima.

Subtema 2 (SUB2) – Sintomas de Abstinência

ACB 2:” *Então vai disso né...se eu largar de fumar vai piorar ainda mais a minha situação. Ah... sei lá senhora, vai bater aquele nervosismo, aquela ansiedade, se alguém já olha torto pra gente já é motivo pra discutir.*”

A sensação ansiedade e nervosismo foram uns dos termos utilizados pelos sentenciados, estes dizem que pelo simples fato de estar encarcerado ou até mesmo das condições por eles vividas dentro do presídio/cela, como visto em algumas falas:” *Já tentei parar de fumar... fiquei uns 2 meses. Voltei por causa do estresse, falatório, nervosismo...*”. Nas falas alguns sentenciados relatam alguns sintomas ligados a abstinência do tabaco, são eles: Tosse, falta de ar, tontura, enjoo, vomito, dor de cabeça, estresse, irritação, nervosismo e ansiedade.

Subtema 3 (SUB3) – Fonte de Prazer

ACB 3:” *Eu sinto prazer fumando... de uma certa forma... tranquilidade...*

calma... O cigarro tira um pouco da ansiedade, tem dia que a gente amanhece e tá tudo errado, aí tem que fumar mais mesmo, acalma né.”

Alguns sentenciados consideram ser viciados, fumam por prazer, porque simplesmente gostam de fumar: *” olha... traz uma sensação de prazer, de alívio ali na hora e dá vontade de fumar mais ainda!”*, além do prazer por este, alguns presos dizem: *” O cigarro as vezes é companheiro, sei lá, começa a pensar e é meio que distração, talvez sim, ele me ajuda, vai ver que é na hora que bate aquela ansiedade, então fumar alivia um pouco”*.

Em uma pesquisa realizada com mulheres em um hospital público do Rio de Janeiro⁽³⁷⁾, foi identificado o cigarro como fonte de prazer associado durante as demandas da casa, do trabalho, dos filhos e de outros familiares, criando momentos íntimos de reflexão e paz, a sós consigo mesmas, em contextos de vida privacidade, relaxamento e intimidade. O cigarro é, assim, trazido de forma dúbia, dá (prazer) e tira (a vida), é amigo (apoio) e inimigo (mata). O marketing de venda utiliza mensagens antagônicas, alardeando a liberdade de escolha para fumar, quando, na verdade, as pessoas se tornam prisioneiras do tabaco; associam o cigarro a esportes radicais, quando se sabe que as atividades físicas são incompatíveis com o fumo; falam de beleza e riqueza, quando a aparência envelhece e o dinheiro escoia entre remédios e cirurgias que poderiam ser evitadas; além, naturalmente, dos incalculáveis gastos com a compra do produto. Abaixo, segue o discurso dessas mulheres que corrobora com nosso trabalho: *”Pois eu te digo que ele [o cigarro] é o melhor e o pior amigo que você tem. Porque ele é o melhor, porque ele tá com você quando você tá triste, quando você tá alegre, quando você tem insônia, quando você tá agitada, quando você tá calma, ele tá ali do seu lado, ao alcance da sua mão.... Ele é o pior porque ele te mata, mas ele causa um prazer muito grande.... Na*

verdade, eu sinto muita falta.... Fiquei 5 meses sem fumar, 5 meses sentindo falta diariamente... é assim, num momento que eu não aguento mais, eu pego o cigarro, mas até aí, eu já mordi minha sombra..."

Categoria 2: Relação Presídio e Vício

Subtema 1 (SUB1) – O carceramento e o aumento do consumo de tabaco

ACB 1: *" Por causa da cadeia eu fumo muito mais, ah sei lá fico nervoso, não me sinto seguro, acabo fumando mais toda hora."*

A maioria dos sentenciados relata que há uma ligação entre estar encarcerado e o aumento do consumo do cigarro e que vários são os fatores que influenciam tal ligação, tais como: privação de liberdade, ambiente, insegurança, frustração, nervosismo, saudade, fumantes na cela, estresse e discussões.

Esse conteúdo engloba diversas ideias centrais representadas, como o aumento do consumo de tabaco associado a convivência com fumantes como fator de influência, o cigarro como aliado nos enfrentamentos da vida e como companheiro e a família para cessação ou redução do consumo de tabaco.

Subtema 2 (SUB2) – O carceramento e a diminuição do consumo de tabaco.

ACB 2: *" Não, eu acho que tô na mesma média de antes de vim preso, até diminui um pouco. Diminuiu um pouco porque o cigarro que a gente fuma aqui é a Arapiraca, mais forte né. Você acende o cigarro e ele queima sozinho".*

Contradizendo o conteúdo visto anteriormente, alguns sentenciados acreditam que o consumo de cigarro não está associado ao encarceramento, visto que fumam o mesmo tanto que fumavam quando estavam em liberdade ou até menos. Não foram encontradas

pesquisas que reforcem esses resultados, pois trata-se de um tema muito específico.

Subtema 3 (SUB3) – Vício (Dependência e Fonte de Prazer)

ACB 3: *” Ah eu acho senhora que sou viciado... porque eu já tentei umas 10 vezes pra largar e não consegue... Eu me considero viciado... a minha droga é cigarro, já tentei de tudo quanto é lado largar de fumar, até aqui dentro da unidade mesmo não largo de fumar, se eu largar de fumar aqui dentro aí é que eu fico doido ”.*

Muitos sentenciados declaram ser dependentes do cigarro, fato este não observado quantitativamente (apenas 21% possuem um nível de dependência elevado ou muito elevado) e se consideram viciados, fumam por prazer, porque simplesmente gostam de fumar, ou porque não conseguem ficar sem esse vício *“Eu sei que sou dependente, é um vício, mesmo que eu falasse que hoje “eu quero parar” eu acho que eu não conseguiria”.*

Em uma pesquisa a qual procurava conhecer os sentidos do ato de fumar para os fumantes de diferentes segmentos de uma universidade, destacou-se também a presença do prazer entre os participantes, muitas das pessoas relataram fumar porque gostavam, porque dá prazer e que não pensavam em parar por ser algo que lhes faz bem. Fala essa condizente com a dos sentenciados que afirmam saber os malefícios do cigarro, mas devido ao prazer intenso não sentem vontade e nem consegue cessar o ato⁽³⁸⁾.

A nicotina é o principal componente conexo a dependência, pois sua ação produz efeitos prazerosos e com exposição repetida, se instaura a tolerância a nicotina, reduzindo assim seu efeito de prazer e induzindo a dependência física.⁽³⁹⁾ Causando, então, a sensação de dependência e vício nos entrevistados, dependência a qual os faz não ter vontade de cessar. Justificando também o estágio motivacional para cessação do tabagismo no qual a maioria encontra-se (pré-contemplação = 92,6%).

Categoria 3: Representação do consumo

Subtema 1 (SUB1) – Tratamento

ACB 1: ” Eu até pensei em ir ver esses programas do Ministério da Saúde com fita, chiclete, adesivos...então quer dizer que através de um medicamento seria mais fácil do que sozinho, seria um incentivo a mais, um apoio a mais ”.

Os sentenciados trazem em suas falas que tem o desejo de parar de fumar, mas que necessitam de algum tipo de tratamento medicamentoso para conseguir. O tratamento é um processo terapêutico que abrange mudanças de comportamento e intervenções psicossociais, não visando só a abstinência. Entende-se que a base inicial do tratamento do tabagismo é o reconhecimento do vício pelo indivíduo e o desejo de submeter-se ao tratamento⁽³³⁾.

Em um estudo realizado em um Penitenciária de Maringá/PR observou-se que 80,3% da massa carcerária dependentes do cigarro, expressam desejo em parar de fumar, mas admitem ser difícil deixar o hábito, principalmente por encontrar-se privado de liberdade⁽³⁴⁾.

Outros estudos mostram que a motivação pessoal é um dos fatores importantes no tratamento e está ligada com variáveis hereditárias, psicológicas, fisiológicas e ambientais. Conseguir que o indivíduo comece a pensar em parar de fumar é um grande passo para que ele efetivamente deixe de fumar. É necessário desenvolver ações para motivar e apoiar a cessação do tabagismo, que é o melhor e mais barato meio de prevenção, tratamento e cura de várias doenças associadas ao fumo visando a melhoria da qualidade de vida das populações. O tratamento com medicamentos reduz a fissura e os sintomas da abstinência, de modo que o fumante tolera melhor o abandono do fumo.

Estudo mostra que o uso de terapia de reposição de nicotina, quando comparado ao seu não uso, aumenta a proporção de abstinência em cerca de 50%⁽⁴⁰⁾.

O indivíduo que está privado da liberdade sofre influência do meio e a droga funciona, muitas vezes como válvula de escape para soltar as pressões do cotidiano⁽³³⁾.

Subtema 2 (SUB2) – Representação cultural

ACB 2: *” Comecei a fumar com 7 anos, eu pedia na rua, outros fumava, eu fumei e gostei. Eu era menor, queria fazer gracinha pros outros, aí acabei começando a fumar”.*

Alguns sentenciados relatam que a convivência com fumantes é um fator de influência, que não há significado no tabaco e quem fumam por vontade, porque veem as pessoas fumando. Para muitos o ambiente, estilo de vida que levam, a convivência com pessoas fumantes segundo a experiência de alguns deles é um fator motivador para o consumo. Corroborando com os dados encontrados, uma pesquisa realizada com sentenciados em Maringá mostrou que os presos que começaram o vício do tabaco entre a faixa etária de 7 e 16 anos, destacando que o primeiro contato com a droga ocorreu na fase infantil e o consumo se intensificou durante a adolescência⁽³⁴⁾.

Em um estudo realizado com tabagistas no Estado de Minas Gerais⁽⁴¹⁾ constatou que a iniciação no fumar surgiu na passagem da infância para a adolescência, favorecida pela convivência intensa com familiares fumantes na própria residência, havendo destaque para a figura do pai. Também na relação com amigos próximos, o fumar era compartilhado. O convívio com fumantes representava uma situação muito atrativa e inevitável para incentivar o hábito de fumar. Abaixo segue alguns relatos deste estudo, o que corrobora com o nosso estudo: *”Eu convivi a minha adolescência, com os meus amigos e familiares, todos fumando ”; ”Meu pai*

*fumava [...] até quando estava doente. Foram anos fumando cigarro de palha”;
“Convivi com amigos, no emprego. Sempre você convive com fumantes e é difícil
separar”.*

Subtema 3 (SUB3) – Representação econômica

*ACB 3:” É tudo dinheiro jogado fora, na verdade eu tô queimando ele né?
Porque eu nunca vou receber nada em troca, só doença. Se eu fosse ver o tanto que já
gastei com isso, tinha feito uma poupancinha, pelo menos pros meus filhos”.*

Em relação a representação econômica do cigarro, muitos dos sentenciados relatam que é um prejuízo, alguns ainda dizem que quando pensam se arrependem, pois como eles citam: *“O dinheiro é tudo queimado, dinheiro queimado com cigarro”.*

Em relação ao arrependimento pelo gasto com o cigarro, o estudo ITC Brasil (International Tobacco Control) em 2009 concluiu que 80% dos fumantes declaram saber que o dinheiro gasto com o cigarro poderia ser mais bem investido⁽⁴²⁾.

Outro estudo mostra que os gastos da população com cigarros têm se mantido nos últimos anos e que a importância dessas despesas no orçamento mensal dos consumidores é relevante, de modo que eles gastam 1,20% da renda média para comprar cigarros contra 0,60% desta para adquirir arroz e feijão. Com isso, o impacto dos gastos em relação à renda geral também é diferente de acordo com as faixas de renda. Além de o tabagismo ser prejudicial à saúde, os gastos com tabaco impactam no orçamento doméstico, uma vez que a renda empenhada com estes produtos poderia ser direcionada para atender outras prioridades e necessidades da unidade familiar, como educação, alimentação e vestuário⁽⁴³⁾.

Subtema 4 (SUB4) – Consciência do Mal

ACB 4:” Ajudar não ajuda, mas alivia bastante.... Alivia a mente do estresse. Eu sei o suficiente que ela está estragando mais minha saúde, não dá futuro nenhum. A pessoa que tem qualquer tipo de vício primeiramente ela tem que querer largar, não quero mais e já era”.

A crença de que o cigarro diminui a qualidade de vida do tabagista e das pessoas com quem convive é bem evidente para o grupo, tanto nas questões de saúde quanto nas questões sociais. Cabe citar que, apesar de desaprovarem o fato do fumante provocar malefício a si próprio e a outras pessoas, os ex-fumantes parecem compreender melhor a dificuldade imposta pelo vício, provavelmente pela experiência anterior.

Os sentenciados trazem em suas falas a conscientização dos malefícios do tabaco em suas vidas, porém alguns dizem querer cessar somente após sair do presídio, após ajustar a situação familiar e financeira, enfim referem pensar em abandonar o vício somente após sair da Penitenciária, pois no momento isso representa uma válvula de escape.

Categoria 4: Representação do Social

Subtema 1 (SUB1) – Aumento do consumo de tabaco associado ao uso de cafeína e bebidas alcólicas.

ACB 1:” O cigarro é inevitável acompanhada com a bebida, é uma válvula de escape! Quando eu bebo logo eu acendo um cigarro, pode ver só, no bar a maioria fuma, é tiro e queda, bebeu e fumou”.

Muitos sentenciados em discurso relatam que é comum a associação do tabaco – Bebida Alcoólica e que a associação está ligada ao aumento do consumo do cigarro.

Como eles citam *“Antes quando eu bebia café e cerveja aumentava a quantidade, depois que eu fiquei sem eu fiquei de boa, então, porque uma coisa leva a outra, bebe café e acende cigarro, é quase que nem tradição e a cerveja porque ce tá com os amigos e um acende, daí vai você e acende também”*, representando para eles uma forte ligação.

Em um estudo qualitativo sobre a representação social de adultos sobre tabagismo, quando questionou seus participantes sobre os motivos que os levam a fumar, trouxe em seus discursos que os entrevistados fazem uso do cigarro para “acompanhar outros hábitos”, como o café e a bebida alcoólica, corroborando com a parte qualitativa de nosso trabalho⁽³⁸⁾.

Subtema 2 (SUB2) – Cigarro como Companheiro.

ACB 2:” *O cigarro me ajuda! O cigarro é meu amigo, você fica quieto, gosto de ficar quieto no meu canto, aí quando eu penso que não eu já tô com o cigarro na mão... é uma distração”*.

Este discurso deixa claro a relação de cumplicidade e amizade com o cigarro. Os sentenciados consideram o cigarro como um companheiro sempre presente, porém este mesmo amigo é um inimigo, pois seu consumo leva a diversas consequências para a saúde, conforme relato: *“Ajudar não ajuda, mas em algum momento ele relaxa, porque é uma saída, você extravasa”*

Em outro estudo quando os entrevistados eram questionados sobre os motivos que os levavam a fumar, eles verbalizavam relacionar o vício a formas de "prazer", "distração", "alívio do estresse", e para "acompanhar outros hábitos" (café, doces, bebida alcoólica). Esta associação realizada pelos entrevistados corrobora com a literatura científica. Além da dependência química, o cigarro causa a dependência psicológica

(mecanismo para lidar com sentimentos de solidão, frustração, com as pressões sociais) e condicionamento (associações habituais com o fumar)⁽³⁸⁾.

Subtema 3 (SUB3) – Inserção Social

ACB 3:” *Comecei com 16 anos a fumar, ah porque eu via as pessoas fumando e achava aquilo bonito, via os mais velhos fumando e achava que aquilo era um pouco mais homem... eu era moleque e queria provar que eu era um pouco mais homem que aquela molecadinha né”*

Alguns sentenciados relatam que quando começaram a fumar não sentiam tanto prazer pelo consumo de tabaco, era mais uma questão de aparência, curiosidade e que “*Ah... porque eu via os outros fumando e dava vontade de fumar.... Era charme né”* segundo relato de um sentenciado. Outra questão que citam tanto em instrumento quantitativo quanto no discurso, é a influência de familiares ou amigos fumantes, como fator motivador para o início do consumo: “*Comecei a fumar com 12 anos, na época que eu via minha mãe fumar e ela pedia pra eu acender, foi aonde que eu comecei a fumar cigarro”*; “*Eu comecei a fumar pra fazer parte de um grupo, pra estar junto com pessoas que eu respeitava, admirava, tava na escola, na 8ª série, 1º colegial”*. Trazemos esse discurso como Inserção Social, pois quando estas pessoas começaram a fumar, o cigarro possuía um significado diferente, estava mais conectado a aparência, a inclusão em um grupo social, a diversão e atualmente, os sentenciados relatam sentir prazer em fumar, na sensação provocada pelo tabaco e que não conseguem ficar sem fumar.

No estudo realizado em Minas Gerais⁽⁴¹⁾, o tabagismo é um fator de inclusão social e o compartilhar o tabaco contribuía para o estabelecimento do vínculo social, abaixo seguem alguns relatos que corroboram com nosso estudo: “*No meu tempo, que eu comecei a fumar, eu comecei a fumar eu tinha dezessete anos, era chique. Se não fumasse, eu*

estava excluída da roda dos meus amigos”; “Eu fumava e achava importante perante meus colegas e a sociedade [...] bonito o cigarro entre os dedos, pessoa importante muitos me viam como autoridade, me respeitavam”.

Subtema 4 (SUB4) – Sensação de Exclusão por ser fumante.

ACB 4:” *Quando eu tô fumando e vou acender as pessoas falam: “Aqui não é lugar de fumar!”, mas eu não moro na cela dos crente, porque que eles não falam pros outros caras? Só comigo?*

Em um estudo realizado em Santa Bárbara (MG), descreveram a sensação de exclusão dos seus entrevistados, tais como: *“Quando vou assistir minha novela e acendo um cigarrinho, meus dois meninos e meu marido saem da sala. Eles não querem ficar perto, me deixam sozinha lá... é chato, falam que a fumaça é fedida. Eles tão sempre falando pra eu largar”.* A discriminação social e a pressão familiar e de outras pessoas íntimas são fatores que estimulam o tabagista a largar o vício. Este descontentamento poderia ser um fator incentivador para que o fumante abandone o hábito. Entretanto, devido ao caráter multifatorial da permanência do uso do tabaco, a renúncia ao fumo não se limita apenas aos efeitos da discriminação⁽³⁸⁾.

No Brasil a Lei Estadual nº13.541/09 Antifumo, a qual proíbe fumar cigarros, cachimbos, cigarrilhas ou outros produtos fumígenos em ambientes coletivos, público ou privados. Porém ela não valerá em estádios e prisões de São Paulo e que, caberá a Secretaria de Administração Penitenciária (SAP) fixar regras de restrições ao fumo em presídios, se considerar conveniente. A alegação dos dirigentes da SAP para a permissão do fumo é a de que a prisão é a sua moradia temporária⁽³⁵⁾.

Considerações Finais

5. CONSIDERAÇÕES FINAIS

Conhecer a representação social, econômica e cultural do tabagismo na população carcerária e a vivência dos sentenciados com o cigarro, permitiu-nos analisar seus significados e assim atingir o objetivo do estudo.

A população deste estudo, caracteriza-se por jovem-adulto, com baixa escolaridade e grande parte oriundos da região Sudeste. Dos 385 detentos entrevistados, 94 são tabagistas, 65 são ex-tabagistas e o restante é de não tabagistas. Um número significativo de presos iniciou o consumo de cigarro ainda na infância intensificando-o na fase da adolescência.

Este estudo nos permitiu identificar que a maioria das pessoas que são fumantes ou ex-fumantes são motivados por pessoas da própria família, ou amigos. Observamos que a prevalência do tabagismo e o nível de dependência da nicotina entre eles são muito baixos e baixos e que a maioria não tem intenção de parar de fumar.

Quando analisamos a ansiedade e a depressão, percebemos que é mais elevado entre o grupo de ex-fumantes e o estresse percebido é mais elevado entre o grupo de fumantes, portanto os sentenciados que fumam estão mais estressados do que ansiosos ou depressivos.

Também observamos que o consumo de bebidas alcoólicas e drogas ilícitas são altas nesses grupos. O uso de drogas ilícitas sobressaiu sob o uso de bebidas alcólicas, o que nos leva a entender que o consumo de tabaco pode motivar o consumo destas substâncias.

Pesquisar a prevalência e a representação social que os sentenciados fazem do tabaco nos levou a entender melhor o significado do tabagismo na vida intramuros. Este

estudo favorecerá a compreensão das equipes de saúde das penitenciárias sobre o fenômeno e direcionar a formulação de propostas educativas com probabilidades maiores na adesão nas ações de controle, redução ou cessação do tabagismo, visto que há poucas investigações sobre a temática.

Além da contribuição científica que este estudo trará com o conhecimento dos aspectos de vida dos sentenciados em relação ao tabagismo, este estudo também contribuirá para os demais profissionais de saúde que trabalham no sistema penitenciário a realidade vivenciada pelos presos. Ao contrário do que muitos imaginam, os sentenciados foram muito receptivos e colaborativos com o estudo. Conhecer os aspectos de vida, adentrar a realidade, nos faz entender o real significado do tabagismo em suas vidas, favorecendo a pesquisa e o cumprimento dos objetivos.

Dentre as dificuldades encontradas no estudo pontuamos o fato de não haver muitos estudos sobre tabagismo com este tipo de população, dificultando discussão e trazendo com este a inovação, a importância de conhecer verdadeiros motivos que fazem os sentenciados a fumarem.

Produto

6. PRODUTO

A análise deste estudo possibilitou a compreensão da equipe de saúde da Penitenciária de Iaras sobre o tabagismo. Observa-se que a população é caracterizada por presos jovens-adultos, com baixa escolaridade e que a iniciação do cigarro foi na infância motivados na grande maioria das vezes por pessoas da própria família.

Assim sendo, a elaboração deste trabalho permitiu o desenvolvimento de um material educativo destinado a estes sentenciados, que fará com que o usuário, além de receber as informações pessoalmente, as leve consigo, de forma que poderá consultá-las, em caso de dúvidas, ou mesmo se não conseguir captá-las diante do profissional, devido ao ambiente em que se encontra.

O instrumento educacional atende as demandas biopsicossociais. Além disso, vê-se que o material, por conter informações simples e figuras com cores alegres, porém repousantes, chamará a atenção dos usuários e despertará o interesse para a leitura.

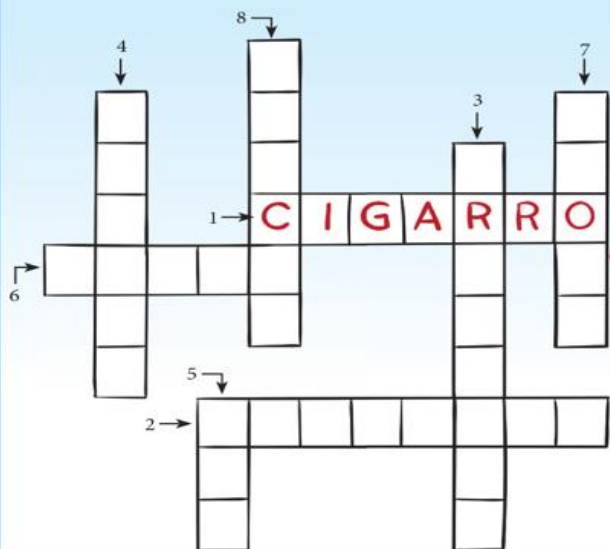
O estudo, no entanto, revela uma limitação no que se refere à preocupação com pacientes analfabetos ou semianalfabetos que possivelmente não irão compreender o conteúdo do material educativo, tornando sua aplicação parcialmente restrita. Sugere-se um reforço e repetição das orientações básicas, independente do tempo que possa levar a consulta, e um acompanhamento mais próximo para estes casos.

Acredita-se que, meditando no conteúdo do folder, a opinião e participação da equipe de saúde, este produto poderá contribuir para o conhecimento e assimilação de todas as informações fornecidas ao sentenciado. Esta estratégia será de grande valor no seguimento do tratamento e da integralidade da assistência.

PALAVRAS CRUZADAS

Complete as frases abaixo e preencha o jogo de palavras cruzadas, conforme o exemplo.

1. O CIGARRO causa dependência.
2. A _____ é uma substância ruim que tem dentro do cigarro.
3. Fumar em ambientes fechados é _____.
4. Da ponta do cigarro sai a _____.
5. Diga _____ ao cigarro.
6. O cigarro faz muito mal à _____.
7. O cigarro é uma _____.
8. O cigarro provoca _____.



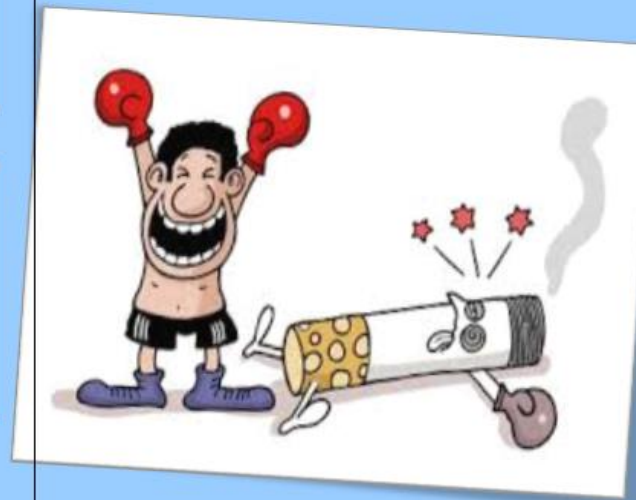
EQUIPE

Daniela L. E. Domene

Ilda de Godoy

Maria Helena Boragato

PROJETO VIVA SEM CIGARRO



FALANDO SOBRE TABAGISMO NO PRESÍDIO

O QUE É TABAGISMO? É o ato de fumar cigarros ou outros componentes que contenha TABACO.



CONSEQUENCIAS DO TABAGISMO:

- ❖ Causa problemas no coração;
- ❖ Pulmão,
- ❖ Vários tipos de câncer;
- ❖ Impotência;
- ❖ Infertilidade;
- ❖ Mau Hálito.

O CIGARRO CAUSA TRÊS TIPOS DE DEPENDÊNCIA

FÍSICA → Quando meu organismo se acostuma com o cigarro e quando fico sem eu me sinto nervoso, irritado, ansioso, triste, com dor de cabeça e sono.

PSICOLÓGICA → Cigarro é meu amigo, companheiro, alivia meu estresse nas horas difíceis.

COMPORTAMENTAL → Quando bebo um cafezinho, depois do almoço, ou no banheiro....logo lembro do cigarro.



E SE EU PARAR DE FUMAR?

- ❖ Em 20 minutos: a pressão sanguínea e o pulso voltam ao normal;
- ❖ Entre 2 e 12 semanas melhoram a circulação;
- ❖ O paladar melhora;
- ❖ Risco menor de ter derrame cerebral;
- ❖ A melhora da qualidade de vida é tanta, que entre 15 e 20 anos, o risco de ter câncer é quase igual a de uma pessoa que nunca fumou.

ONDE EU POSSO CONSEGUIR AJUDA?

Se você está preso, procure a enfermaria do seu presídio e peça ajuda. Durante consulta fale da sua vontade de abandonar o tabagismo e das dificuldades que você tem para isso acontecer.

QUANDO ESTIVER EM LIBERDADE?

Procure a Estratégia de Saúde da Família, ou Unidade Básica de Saúde do seu Bairro e veja se eles tem um grupo para auxiliar no abandono do vício, ou alguma programa em que você possa participar.

Procure saber se a equipe de saúde oferece tratamentos e grupos de apoio, para te ajudar na cessação do vício.

Referências

REFERÊNCIAS

1. World Health Organization. WHO report on the global tobacco epidemic, 2011: warning about the dangers of tobacco. Geneva: WHO; 2011.
2. World Health Organization. WHO Report on the Global Tobacco Epidemic, 2008. The MPOWER package. Geneva: World Health Organization; 2008.
3. Ministério da Saúde (BR). Secretaria de Vigilância em Saúde. Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa. VIGITEL Brasil 2008. Vigilância de fatores de risco e proteção para doenças crônicas por inquérito telefônico. Brasília: Ministério da Saúde; 2012.
4. Departamento de Salud Y Servicios Sociales de Los Estados Unidos de América. Tabaquismo y salud em las Américas. Atlanta: DHHS; 1992. (Publicación; (CDC) 92-8420).
5. Mentz JP. O. Fumo é a dica mais perigosa. Vida Saúde. 1992 Fev:24-5.
6. Araújo AJ, Menezes AMB, Dórea AJPS, Torres BS, Viegas CAA, Silva CAR, et al. Diretrizes para cessação do tabagismo. J Bras Pneumol. 2004;(30):1-76.
7. Barros AJD, Cascaes AM, Wehrmeister FC, Martínez-Meza J, Menezes AMB. Tabagismo no Brasil: desigualdades regionais e prevalência segundo características ocupacionais. Ciênc Saúde Colet. 2011;16(9):3707-16.
8. Who Health Organization. WHO Reporto on the Global Tobacco Epidemic, 2013. Enforcing bans on tobacco advertising, promotion and sponsorchip. Geneva: World Health Organization; 2013.
9. Meirelles RHS. Tabagismo e DPOC – dependência – fato consumado. Pulmão RJ Atual Temát. 2009;1(1):13-9.
10. Jha P, Peto R. Global effects of smoking, of quitting, and of taxing tobacco. N Engl J Med. 2014;370(1):60-8.
11. Centers for Disease Control and Prevention. The Health Consequences of Smoking —50 Years of Progress: a report of the Surgeon General. Atlanta (GA): US Department of Health and Human Services; 2014.
12. Santos JDP, Silveira DV, Oliveira DF, Caiaffa WT. Instrumentos para avaliação do tabagismo: uma revisão sistemática. Ciênc Saúde Colet. 2011;16(12):4707-20.
13. Eriksen M, Mackay J, Ross H. The tobacco atlas. 4th ed. Atlanta: American

- Cancer Society; 2012.
14. Foucault M. Vigiar e punir: história da violência nas prisões. 3a ed. Petrópolis: Vozes; 1984.
 15. Dara M, Grzemska M, Kimerling M, Reyes H, Zagorskiy A. Guidelines for the control of tuberculosis in prisons. Geneva: World Health Organization; 2009.
 16. Walmsley R. World prison population list. 9a ed. London: International Centre for Prison Studies; 2011.
 17. Ministério da Justiça (BR). Departamento Penitenciário Nacional. Comissão de Monitoramento e Avaliação. População carcerária brasileira (quinquênio 2003-2007): evolução & prognósticos. Brasília: Ministério da Justiça; 2008.
 18. Ministério da Justiça (BR). Departamento Penitenciário Nacional. Coordenação Geral de Políticas, Pesquisa e Análise da informação. Sistema penitenciário no Brasil – dados consolidados. Brasília: Ministério da Justiça; 2008.
 19. Ministério da Justiça (BR). Secretaria Nacional de Justiça. Distribuição de estabelecimento por tipo de unidade e UF [Internet]. Brasília: Ministério da Justiça; 2004 [citado 7 maio 2015]. Disponível em: <http://www2.mj.gov.br/infopen>.
 20. Ministério da Justiça (BR). Secretaria Nacional de Justiça. Departamento Penitenciário Nacional. População Carcerária, 2002 [Internet]. Brasília: Ministério da Justiça; 2002 [citado 5 maio 2015]. Disponível em: <http://www2.mj.gov.br/infopen>.
 21. Butler T, Richmond R, Belcher J, Wilhelm K, Wodak A. Should smoking be banned in prisons? *Tobacco Control*. 2007;16(5):291-93. doi:10.1136/tc.2007.021600.
 22. Ministério da Justiça (BR). Secretaria Nacional de Justiça. Departamento Penitenciário Nacional. População carcerária, 2003. Brasília: Ministério da Justiça; 2003 [citado 15 Mar 2015]. Disponível em: <http://www2.mj.gov.br/infopen>.
 23. Ministério da Saúde (BR). Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Plano Nacional de Saúde no Sistema Penitenciário [Internet]. Brasília: Ministério da Saúde; 2004 [citado 18 Mar 2015]. Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/cartilha_pnssp.pdf.
 24. 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.
25. Marcolino JAM, Mathias LAST, Filho LP, Guaratini AA, Suzuki FM, Alli LAC. Escala hospitalar de ansiedade e depressão: estudo da validade de critério e da confiabilidade com pacientes no pré-operatório. *Rev Bras Anesthesiol.* 2007;57(1):52-62.
 26. Bardin L. *Análise de conteúdo.* São Paulo: Edições 70; 2011.
 27. Biblioteca Virtual em Saúde. *Determinantes Sociais da Saúde. Diferenciais do tabagismo no Brasil* [Internet]. Rio de Janeiro: Fiocruz; 2012 [citado 3 Mar 2016]. Disponível em: <http://dssbr.org/site/2012/04/diferenciais-do-tabagismo-no-brasil/>.
 28. Oh DL, Heck JE, Dresler C, Allwright S, Haglund M, Del Mazo SS, et al. Determinants of smoking initiation among women in five European countries: a cross-sectional survey. *BMC Public Health.* 2010;10:74.
 29. Prochaska JD, Di Clemente CC, Hover-Ross JC. In search how people change: applications to addictive behavior. *Am Psychol.* 1992;47:1102-14.
 30. Ribeiro-Andrade EH, Gomes GL. Tabaco e drogadição: o cigarro como preditivo a novas e/ou mais graves adições. In: *Anais do II Coninter; 8-11 Out 2013; Belo Horizonte, Brasil.* Belo Horizonte: 2013.
 31. Güths PB. *Prontidão para a mudança em usuários de crack e cocaína que consomem tabaco e que estão em tratamento em uma comunidade terapêutica* [dissertação]. Porto Alegre: Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul; 2012.
 32. Bardin L. *Análise de conteúdo.* Lisboa: Edições 70; 2011.
 33. Laranjeira R, Gigliotti A. Tratamento da dependência da nicotina. *Psiquiatria Prática Méd* [Internet]. 2000;33(2):[citado 18 Mar 2015]. Disponível em: http://www2.unifesp.br/dpsiq/polbr/ppm/atu1_02.htm#inicio
 34. Santos AS, Monteiro MCB. *Incidência do tabagismo entre a população carcerária da Penitenciária Estadual de Maringá* [trabalho de conclusão de curso]. Curitiba: Instituto Superior de Ensino, Pesquisa e Extensão, Curso de Pós-Graduação em Administração em Saúde Pública; 2005.
 35. Lourenço AS. *O espaço de vida do agente de segurança penitenciário no cárcere: entre gaiolas, ratoeiras e aquários* [tese]. São Paulo: Programa de Pós Graduação em Psicologia, Psicologia Social, Universidade de São Paulo; 2010.

36. Devóglio LL. Avaliação do significado social, econômico e cultural do tabagismo em mulheres profissionais do sexo [dissertação]. Botucatu: Programa de Pós Graduação em Enfermagem, Faculdade de Medicina de Botucatu; 2015.
37. Borges MTT, Barbosa RHS. Cigarro "companheiro": o tabagismo feminino em uma abordagem crítica de gênero. *Cad Saúde Pública*. 2008;24(12):2834-42.
38. Souza TA, Mattos FF. Representação social de adultos sobre o tabagismo e suas implicações para a saúde: estudo realizado em comunidade rural – MG. *Arq Odontol*. 2012;48(3):159-65.
39. Lombardi SEM, Prado GP, Santos UP, Fernandes FLA. O tabagismo e a mulher: riscos, impactos e desafios. *J Bras Pneumol*. 2011;37(1):118-28.
40. Echer IC, Barreto SSM. Determinação e apoio como fatores de sucesso no abandono do tabagismo. *Rev Lat Am Enfermagem*. 2008;16(3):445-51.
41. Takamatsu GSL, Dias SMJ, Souza WA, Podesta MHMC, Beijo LA. Impacto do programa de apoio ao tabagista de um município do sul de Minas Gerais, Brasil. *Cienc Enferm*. 2014;20(1):77-88.
42. Instituto nacional de Câncer José Alencar Gomes da Silva. Sala de Imprensa. Dia mundial sem tabaco [Internet]. Rio de Janeiro: INCA; 2010 [citado 16 Set 2016]. Disponível em: http://www.inca.gov.br/wps/wcm/connect/comunicacaoinformacao/site/home/sala_imprensa/releases/2010/dia_mundial_sem_tabaco_2010.
43. Bazotti A, Finokiet M, Conti IL, França MTA, Waquil PD. Tabagismo e pobreza no Brasil: uma análise do perfil da população tabagista a partir da POF 2008-2009. *Ciênc Saúde Colet*. 2016;21(1):45-52.
44. Reis RS, Hino AAF, Rodriguez-Añez CR. Perceived stress scale: reliability and validity study in Brazil. *J Health Psychol*. 2010;15(1):107-14.
45. Marcolino JAM, Mathias LAST, Filho LP, Guaratini AA, Suzuki FM, Alli LAC. Escala hospitalar de ansiedade e depressão: estudo da validade de critério e da confiabilidade com pacientes no pré-operatório. *Rev Bras Anesthesiol*. 2007;57(1):52-62.

Anexo 1 – Categoria

Representação Química e Psicológica

| Subcategoria | Unidade de Significado | Unidade de Significado Condensado | Interpretação do Significado Subjacente | Tema |
|--------------------------------|--|--|--|-------------|
| Sensação de controle | Eu não digo que parei, mas eu reduzi muito porque eu fumava 3 cigarros por dia... um de manhã, um depois do almoço e um depois da janta. (P21) | Tem a sensação de controle porque reduziu a quantidade de cigarros por dia | Reduziu a quantidade de cigarros | Redução |
| | Não sou viciado, eu acredito que não, até por causa dessa situação, eu consigo ficar o dia inteiro hoje sem o cigarro, já fiquei uns 3 dias sem colocar um cigarro na boca. (P74) | A pessoa tem a sensação de controle por ficar alguns dias sem fumar. | Sensação de controle por ficar sem fumar | Controle |
| | Não me considero viciado! Se eu sei o que é vício? É aquela pessoa que fica doida atrás do cigarro, que não dorme e nem come. Eu não sou assim, sou controlado, se eu decidir que não vou fumar eu não fumo. (P276) | Eu não tenho fissura por causa do cigarro, por isso não sou viciado | Não sente fissura | Fissura |
| | O cigarro não me domina. Se eu colocar na mente que eu quero parar eu vou e consigo. Ah, tem que parar. Eu pretendo parar sim, nada me impede, é que eu não posso ver gente fumando perto de mim que dá vontade de fumar também! O cheiro da fumaça entra pelo nariz aí dá vontade. (P292) | Fico bem sem o cigarro, mas se alguém fumar perto sou induzido a fumar | Se sente induzido a fumar se tem pessoas por perto fumando | Indução |
| Sintomas de abstinência | Senti dor de cabeça, não dá pra explicar, é um negócio terrível que não dá pra ficar sem mesmo. (P291) | Não consegue ficar sem fumar por causa dos sintomas de abstinência | Abstinência | Abstinência |
| Fonte de prazer | Eu fumo porque eu viciiei no cigarro, olha, traz uma sensação de prazer, de alívio ali na hora e dá vontade de fumar mais ainda. (P7) | Fuma por que sente-se bem, obtém prazer e alívio do vício. | Sensação de prazer e alívio | Prazer |
| | O que eu sinto? Quando eu fumo eu sinto alívio... curtir né... (P17) | Sente-se aliviado quando fuma | Sensação de alívio | Alívio |
| | Não, tentar parar não, é que na verdade é gostoso, faz passar o tempo. (P281) | Fuma porque gosta, passatempo. | Tem gosto por fumar, tornou-se um passatempo | Passatempo |

| | | | | |
|--|---|--|------------------------------|-------|
| | Olha... na ansiedadacho que sim, me ajuda né, porque quando a gente tá ansioso fuma um cigarro e parece que acalma, com certeza. (P290) | Quando estou ansioso fumo para acalmar | Fuma quando quer ficar calmo | Calmo |
|--|---|--|------------------------------|-------|

| Categoria | | | | |
|---|---|--|--|-------------|
| Relação Presídio e Vício | | | | |
| O carceramento e o aumento do consumo de tabaco | Por causa da cadeia eu fumo muito mais, ah sei lá fico nervoso, não me sinto seguro, acabo fumando mais toda hora. (P8) | Fuma mais por sentir-se inseguro | Insegurança | Insegurança |
| O carceramento e o aumento do consumo de tabaco | Hoje eu falo pra senhora, “tando” privado da minha liberdade é essa situação que a gente fala... é.... Eu tive várias experiências no decorrer da minha vida, várias experiências de frustração, nervosismo. A gente passa situações aqui né? Saudade, então é na onde você está sentando e do nada vem, “vou fumar um cigarro”. Eu já falei pra minha esposa, lá é um lugar pesado, então você acaba buscando nessa, no caso do cigarro. É essa situação de estresse e desestresse! Porque eu estresso aqui dentro e desestresso no cigarro. (P74) | Fumo para desestressar dentro da penitenciária | Fuma para desestressar | Desestresse |
| O carceramento e o aumento do consumo de tabaco | Vim preso ajudou bastante a fumar, mexeu no meu psicológico, porque a gente não imagina vim preso e estar num lugar desse né? É favorável pra gente, muitas pessoas perto! Eu não sou acostumado a estar perto de muita gente, então aí isso influência bastante, pra ajudar a suportar tudo isso. (P291) | Estar preso influi no consumo de tabaco | Carceramento influi no tabagismo | Influi |
| O carceramento e a diminuição do consumo de tabaco | Aqui na cadeia eu não fumo mais, aqui é normal, as vezes nem lembro. (P13) | Não fuma mais por estar encarcerado. | Estar preso não influi no vício. | Não Influi |
| O carceramento e a diminuição do consumo de tabaco | Não, eu acho que tô na mesma média de antes de vim preso, até diminui um pouco. Diminui um pouco porque o cigarro que a gente fuma aqui é a Arapiraca, mais forte né. Você acende o cigarro e ele queima sozinho. (P283) | Fumo menos porque o fumo é de corda e é mais forte | Fuma menos porque o teor do fumo de corda é mais forte | Teor |

| | | | | |
|----------------------------------|--|--|--|---------------|
| Vício | Eu sei que sou dependente, é um vício, mesmo que eu falasse que hoje eu quero parar, eu acho que não conseguiria. (P7) | Sei que sou dependente e não consigo parar | Consciência do vício | Vício |
| Vício | Eu sou viciado. Viciado é que você não consegue parar e fica dependente daquilo, vamos supor se o cara tentar parar de fumar e não conseguir, é perigoso tem um AVC assim... não sei. Sei lá pode ocorrer um “pobrema” se o cara tentar parar. Eu creio que muito estresse, nervoso, afeta a saúde. (P291) | Sou viciado e tenho medo de largar e adoecer | Posso adoecer se deixar de fumar | Adoecer |
| Categoria | | | | |
| Representações do Consumo | | | | |
| Tratamento | Se Deus quiser e me ajudar, assim que eu sair daqui eu vou correr atrás de tudo, até de tratamento para largar o cigarro. (P8) | Busca de tratamento para cessação do tabagismo | Busca de tratamento | Tratamento |
| | Eu até pensei em ir ver esses programas do Ministério da Saúde com fita, chiclete, adesivos... então quer dizer que através de um medicamento seria mais fácil do que sozinho, seria um incentivo a mais, um apoio a mais. (P18) | Posso parar de fumar se fizer uso de algum medicamento. | Usar medicamento para ajudar na cessação | Medicamento |
| | Quando eu sair eu vou procurar ajuda lá no postinho perto de casa (Unidade Básica de Saúde), vou ver se falo com o médico e ele dá uns remédios, umas injeções, sei lá, alguma coisa. (P23) | Se alguém me ajudasse eu conseguiria parar. | Necessito de ajuda profissional | Profissional |
| Representação cultural | Comecei a fumar com 7 anos, eu pedia na rua, outros fumava, eu fumei e gostei. Eu era menor, queria fazer gracinha pros outros, aí acabei começando a fumar. (P8) | Fumava para se mostrar para os outros | Inserção em grupo | Inserção |
| | Que eu me lembre eu comecei a fumar com 12 anos, porque ia todo mundo da escola e da minha rua e eu achava legal. Eu achava que eu seria mais homem se eu fumasse. (P276) | Comecei a fumar para me sentir melhor com os meus amigos | Iniciou tabagismo para se auto afirmar | Autoafirmação |

| | | | | |
|--|--|---|--|---------------|
| | Comecei mais ou menos com 12 anos, é... curiosidade né, os amigos fumava, era mais velho da mesma escola, curiosidade! Não sentia nada de diferente, tossia muito né. É... na época era mais...Fumar era mais...se você fumar era mais “status” mesmo. (P283) | Comecei a fumar por curiosidade | Curiosidade | Curiosidade |
| | Comecei a fumar com 12 anos, na época que eu via minha mãe fumar e ela pedia pra eu acender, foi aonde que eu comecei a fumar cigarro. Ela fumava dentro de casa. Ela estimulou, foi umas das coisas que me estimulou a fumar. (P301) | Comecei a fumar porque meus pais me influenciaram ao pedir pra eu acender o cigarro deles | Iniciou no vício por influência dos pais | Influência |
| Representação econômica | Hoje nem sei quanto gasto, é um dinheiro perdido, isso eu sei! É duro você ter que trabalhar e o pouco que ganha gastar nisso, mas fazer o que? (P23) | Gasto muito dinheiro com o vício | Custo demasiado | Custo |
| | O cigarro economicamente, financeiramente... posso falar? Prejuízo, mas mantenho por causa do vício sim. (P290) | O cigarro só me trouxe prejuízo, mas mesmo assim mantenho. | Prejuízo | Prejuízo |
| Categoria | | | | |
| Representações do Social | | | | |
| Consciência do mal, contradição | Eu me sinto mal fumando parece que sobe um negócio assim até aqui e volta (aponta para o peito e garganta) ... Às vezes acho que essa doença que eu tenho é por causa do cigarro, isso só me fez mal. (P8) | O cigarro me faz mal e eu tenho consciência disso. | Consciência dos malefícios do tabaco. | Consciência |
| | Claro que tenho a intenção de parar, assim que normalizar a situação dos meus planos com a minha mulher, minha família, minha situação financeira, na primeira oportunidade eu paro de fumar... Aqui não dá né, muita pressão, o cigarro alivia um pouco os nervos, faz a gente esquecer da vida e que tá preso. (P17) | Quero parar de fumar mas tenho muitos problemas e o cigarro me ajuda nesses momentos | Quer parar de fumar mas o cigarro ajuda a enfrentar meus problemas | Enfrentamento |
| | Não me ajuda em nada só estraga a minha saúde, ah...senhora, difícil de explicar, porque quando dá raiva eu vou pro cigarro, é válvula de escape. (P292) | O cigarro é uma válvula de escape para mim | Fuga do problema | Fuga |

| | | | | |
|---|--|---|---|-----------------|
| Aumento do consumo de tabaco associado a bebidas | O cigarro é inevitável com a bebida, é uma válvula de escape. Quando eu bebo eu acendo um cigarro. (P17) | Quando eu bebo eu fumo também | Tabaco associada a bebida | Associação |
| Cigarro como companheiro | Tem vez que eu me vejo sem fazer nada e eu sinto falta, eu pego o cigarro, é uma distração pra mim. (P18) | Cigarro funciona como distração | Fuma para distrair | Distração |
| Cigarro como companheiro | Na verdade ele vira até meu parceiro nas horas difíceis. Aqui por exemplo eu fumo pra não brigar, não responder ninguém mal. (P20) | Eu fumo para não brigar, meu cigarro é meu companheiro. | Enquanto estou fumando, não me meto em confusão | Companheiro |
| Inserção em grupo | Comecei a fumar com sete anos, eu pedia para os outros na rua, outros fumava e eu fumei e gostei, eu era menor de idade queria fazer gracinha pros outros (P8) | Comecei a fumar para fazer parte de um grupo de pessoas | Ser inserido em determinado grupo | Inserção Social |
| Sensação de exclusão por ser fumante | As pessoas mudam no tratar, fica aquela de “ah você está fedendo cigarro” aquela reclamação. (P18) | Me sinto mal por fumar | Exclusão por ser fumante | Exclusão |
| Sensação de exclusão por ser fumante | Várias vezes, até preconceito eu já tive, fui excluído do trabalho por ser fumante. Fui fazer uma entrevista de emprego e o cara do RH perguntou você fuma? Eu disse: eu fumo! Daí ele falou: Então não podemos te aceitar, porque não aceitamos fumantes no ambiente de trabalho. Me senti excluído, me senti humilhado! (P295) | Já sofri preconceito por ser fumante. | Sofreu preconceito | Preconceito |

Após a análise individual dos depoimentos foi construído um quadro com os respectivos temas/subtemas e unidades de significado que emergiram desses conforme descrito a seguir:

Quadro 1– Subtemas e Temas resgatados dos depoimentos dos participantes.

| Depoimento Tema/ Subtema | Pessoas | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|--------------------------------|---------|---|----|----|----|----|----|----|----|----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|---|
| | 7 | 8 | 13 | 17 | 18 | 20 | 21 | 23 | 74 | 75 | 102 | 276 | 279 | 280 | 281 | 282 | 283 | 290 | 291 | 292 | 293 | 294 | 295 | 301 | 302 | 304 | 305 | |
| Controle | X | | X | | | | | | X | | X | X | | | | | | | X | | | | X | | | | | |
| Redução | | | | | X | | X | | | | | | | | X | | X | | | | | X | X | | | | X | |
| Fissura | | | | | | | | | X | | X | X | | | | | | | X | | | | | | X | | | |
| Indução | | | | | | | | | X | | | | | | X | | | | | X | | | | | X | X | | |
| Abstinência | | | | | | | | | X | | | | X | | | | | | | X | | | X | X | | | | |
| Prazer | X | | X | | | | | X | | | X | X | | | | | | X | | X | | | X | X | X | X | | X |
| Alívio | | | X | X | | | | | | | X | | | X | | | | | | X | | | | | | | X | |
| Passatempo | | | | | | | | X | | | X | X | | | X | | | | | | | X | X | | | X | | |
| Calmo | | | | | | | X | | X | | | X | | | | | | | X | | | | | X | | | | |

| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|----------------------|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| Insegurança | | X | | | | | | | X | | | | X | X | | | | X | | | X | | |
| Desestresse | | | | | | | | X | | | | X | | | | X | | | | | | | X |
| Influi | | | | | | | | X | | | | X | | | | X | | | X | X | | | |
| Não Influi | | | X | | | | | | | X | | | X | | | | | | | | | X | |
| Teor | | | | | | | X | | X | | | | X | | | X | X | | | | | X | |
| Vício | X | | | X | X | X | X | | | X | | | X | | X | X | X | X | | | | X | X |
| Adoecer | | | | X | | | | X | X | | | X | | X | X | X | | | | X | X | | X |
| Tratamento | | X | | | X | | | | X | X | | | X | X | X | | | X | X | | | X | X |
| Medicamento | | X | | X | | | | X | X | | X | X | X | | | | X | | | X | | X | |
| Profissional | | | | | | | X | X | | | X | | | X | | X | X | | | | | | |
| Inserção | | X | | X | X | X | | | | | X | X | X | | X | X | | X | | | X | X | X |
| Autoafirmação | | | X | | | | | X | | X | | | | X | | X | X | | | X | X | X | X |
| Curiosidade | | | X | | | | | | X | | | | X | X | | X | | | X | | | | |
| Influência | | | | | | | X | | | X | | | | | X | | X | | X | | | X | X |

| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|----------------------|---|---|--|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| Custo | | | | | | | X | | | X | | | X | X | | | | X | | | X | X | | |
| Prejuízo | X | | | X | | | | X | X | | | | X | | | | X | X | X | | | | X | |
| Consciência | | X | | X | | X | | | | | X | X | X | X | X | | | | X | | | X | X | X |
| Enfrentamento | | | | X | | | | X | | | | | | X | | | | X | | | | X | | |
| Fuga | | | | X | | X | | | | | | | | | | | X | | | | | | | |
| Associação | | | | X | | X | X | | | X | | | X | X | X | | | X | | | X | X | | |
| Distração | | | | X | X | | | X | | | X | | | | | | | | | X | X | | | |
| Companheiro | | | | X | X | | | | | X | | | X | | X | X | | | X | X | | | X | X |
| Exclusão | | | | X | | | X | | | | X | | X | | | | | X | X | | | | X | X |
| Preconceito | | | | | | | X | | | X | | | | X | | | | X | | | X | X | | |

APÊNDICE 1 - Características do Tabagismo e Instrumentos de Coleta de Dados

Validados

PERFIL TABAGISTA

IDENTIFICAÇÃO

Sexo:____ Idade:_____ Data de Nascimento:____/____/____

Natural.:_____ Nacional.:_____ Cidade:_____ Estado:____

Est.Civil:_____ Profissão:_____

Escolaridade: () Analfabeto; () 1º grau incompleto; () 1º grau completo; () 2º grau incompleto; () 2º grau completo; () Ensino Superior incompleto; () Ensino Superior completo

HISTÓRIA SOCIAL E FAMILIAR

1. Fumantes em casa: () Não () Sim Parentesco:_____

2. Fuma dentro de casa: () Sim () Não

3. Fumantes no grupo: () Sim () Não

4. Local do grupo: () Trabalho () Outros:_____

5. Facilidade para: () Engordar () Emagrecer () Nenhum

6. Pratica exercícios: () Não () Sim Qual(is)? _____

7. Frequência: () 1 a 2 vezes/semana () 3 a 5 vezes/semana () Diariamente

DOENÇAS RELACIONADAS

8. No momento, está apresentando: () Tosse () Expectoração () Chiado () Dispnéia

() Dor torácica () Tontura () Desmaio () Palpitação

9. Tem ou teve: () Diabetes Melitus () HAS () Asma () Obesidade () DPOC

() Bulimia () Anorexia nervosa () Epilepsia () Alcoolismo () Neoplasia () AVC

() Insuficiência coronariana () Arritmias () Insuficiência circulatória MMII

10. Medicamentos em uso: _____ Qual: _____

11. Cirurgias: _____ Qual: _____

12. Antecedentes Familiares: () HAS () Diabetes Melitus () DPOC () Insuficiência Coronariana () Insuficiência circulatória MMII () Neoplasia () Arritmias

HISTÓRIA TABÁGICA

13. () Não Fumante () Ex-fumantes () Não Fumante

14. **Se for fumante**, com que idade começou a fumar? _____

Se for ex-fumantes responder as próximas 5 questões, se não, pular para a questão 19.

15. Por quanto tempo fumou? _____

16. Há quanto tempo parou de fumar? _____ E por que parou? _____

17. Quantos cigarros fumava por dia? _____

18. Com que idade começou a fumar? _____

19. Faz uso de outras drogas: () SIM () NÃO

20. Faz uso de bebida alcoólica?: () SIM () NÃO

Se fumante ou ex-fumantes continue a responder as questões seguintes. Se não-fumante pular para Escala de Estresse Percebido.

21. Tipo de fumante: () Diário () Fim de semana () Ocasional

22. Cigarros/dia: _____ 23. Maços/semana: _____

24. Marca de Cigarro: _____

25. Preço: _____

26. Custo mensal: _____

27. Traga a fumaça: () Sempre () Nunca () Às vezes

28. Outras Formas Tabaco: () Cachimbo () Charuto () Palha () Tabaco de Mascar ou Aspirar () Narguilé () Bali () Eletrônico () Sabor () Não

29. Já tentou parar: () SIM () NÃO. **Se não, passar para a pergunta 34.**

30. Quantas vezes conseguiu: () 1 ou 2 vezes () 3 ou mais
31. Tempo Maximo sem fumar: () até 3 meses () até 6 meses () até 1 ano () mais de 1 ano
32. Sintomas de Abstinência: () Irritação () Insônia () Tristeza () Agitação () Lentidão () Perda de concentração () Aumento Apetite () Outros: _____
33. Utilizou algum recurso: () Medicamentos () TRN () Apoio profissional de saúde () Orientações (Folhetos, revistas) () Nenhum () Outros: _____

INICIAÇÃO NO TABAGISMO

34. A primeira tragada: () Iniciativa própria () Alguém ofereceu Parentesco: _____
35. O que o motivou: () Pais () Amigos () Curiosidade sem influências () Sensação de Independência () Autoafirmação () Inclusão em determinado grupo () Mídia
36. Depois de experimentar, em quanto tempo começou a comprar: () 1 semana () 1 mês () até 3 meses () até 6 meses () até 1 ano () mais de 1 ano () Nunca comprou
37. Antes de comprar, como conseguia cigarro: () Pais () Irmãos () Amigos () Outros

ESTÁGIO MOTIVACIONAL (Prochaska e DiClemente)

- () Pré-Contemplação: Fumando, não motivado a parar nos próximos 6 meses.
- () Contemplação: Motivado a parar nos próximos 6 meses, porém sem data estipulada.
- () Preparação: Motivado a parar nos próximos 30 dias.
- () Ação: Parou de fumar a 6 meses ou menos.
- () Manutenção: Parou de fumar a mais de 6 meses.

NÍVEL DE DEPENDÊNCIA

33. Tempo do primeiro cigarro: (3) 5min; (2) 6 a 30min; (1) 31 a 60min; (0) Após 60min.

34. É difícil não fumar em locais proibidos: (1) Sim (0) Não

35. O cigarro do dia que traz mais satisfação: (1) Primeiro da manhã (0) Outros

36. Cigarros/dia: (0) Menos de 10; (1) 11 a 20; (2) 21 a 30; (3) Mais de 31.

37. Fuma mais pela manhã: (1) Sim (0) Não

38. Fuma mesmo doente: (1) Sim (0) Não

PONTUAÇÃO: _____

Grau de Dependência

0-2 pontos= muito baixo

3-4 ponto= baixo

5= médio

6-7= elevado

8-10= muito elevado

ESCALA DE ESTRESSE PERCEBIDO (Reis, 2010)

Neste último mês, com que frequência...

0 1 2 3 4

- 1 Você tem ficado triste por causa de algo que aconteceu inesperadamente?
- 2 Você tem se sentido incapaz de controlar as coisas importantes em sua vida?
- 3 Você tem se sentido nervoso e “estressado”?
- 4 Você tem se sentido confiante na sua habilidade de resolver problemas pessoais?
- 5 Você tem sentido que as coisas estão acontecendo de acordo com a sua vontade?
- 6 Você tem achado que não conseguiria lidar com todas as coisas que você tem que fazer?
- 7 Você tem conseguido controlar as irritações em sua vida?
- 8 Você tem sentido que as coisas estão sob o seu controle?
- 9 Você tem ficado irritado porque as coisas que acontecem estão fora do seu controle?
- 10 Você tem sentido que as dificuldades se acumulam a ponto de você acreditar que não pode superá-las?

0= nunca; 1= quase nunca; 2= às vezes; 3= quase sempre; 4= sempre

Pontuação: _____

Reis RS, Hino AAF, Rodriguez-Añez CR. Perceived stress scale: reliability and validity study in Brazil. *J Health Psychol.* 2010; 15(1): 107-14.

Escala Hospitalar de Ansiedade e Depressão

Disponível em

http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0034-70942007000100006&script=sci_abstract&lng=pt

- A 1) Eu me sinto tenso ou contraído:
 - 3 () A maior parte do tempo
 - 2 () Boa parte do tempo
 - 1 () De vez em quando
 - 0 () Nunca
- D 2) Eu ainda sinto gosto pelas mesmas coisas de antes:
 - 0 () Sim, do mesmo jeito que antes
 - 1 () Não tanto quanto antes
 - 2 () Só um pouco
 - 3 () Já não sinto mais prazer em nada
- A 3) Eu sinto uma espécie de medo, como se alguma coisa ruim fosse acontecer:
 - 3 () Sim, e de um jeito muito forte
 - 2 () Sim, mas não tão forte
 - 1 () Um pouco, mas isso não me preocupa
 - 0 () Não sinto nada disso
- D 4) Dou risada e me divirto quando vejo coisas engraçadas:
 - 0 () Do mesmo jeito que antes
 - 1 () Atualmente um pouco menos
 - 2 () Atualmente bem menos
 - 3 () Não consigo mais
- A 5) Estou com a cabeça cheia de preocupações:
 - 3 () A maior parte do tempo
 - 2 () Boa parte do tempo
 - 1 () De vez em quando
 - 0 () Raramente
- D 6) Eu me sinto alegre:
 - 3 () Nunca
 - 2 () Poucas vezes
 - 1 () Muitas vezes
 - 0 () A maior parte do tempo
- A 7) Consigo ficar sentado à vontade e me sentir relaxado:
 - 0 () Sim, quase sempre
 - 1 () Muitas vezes
 - 2 () Poucas vezes
 - 3 () Nunca
- D 8) Eu estou lento para pensar e fazer as coisas:
 - 3 () Quase sempre
 - 2 () Muitas vezes
 - 1 () De vez em quando
 - 0 () Nunca
- A 9) Eu tenho uma sensação ruim de medo, como um frio na barriga ou um aperto no estômago:
 - 0 () Nunca
 - 1 () De vez em quando
 - 2 () Muitas vezes
 - 3 () Quase sempre
- D 10) Eu perdi o interesse em cuidar da minha aparência:
 - 3 () Completamente
 - 2 () Não estou mais me cuidando como deveria
 - 1 () Talvez não tanto quanto antes
 - 0 () Me cuido do mesmo jeito que antes
- A 11) Eu me sinto inquieto, como se eu não pudesse ficar parado em lugar nenhum:
 - 3 () Sim, demais
 - 2 () Bastante
 - 1 () Um pouco
 - 0 () Não me sinto assim
- D 12) Fico esperando animado as coisas boas que estão por vir:
 - 0 () Do mesmo jeito que antes
 - 1 () Um pouco menos do que antes
 - 2 () Bem menos do que antes
 - 3 () Quase nunca
- A 13) De repente, tenho a sensação de entrar em pânico:
 - 3 () A quase todo momento
 - 2 () Várias vezes
 - 1 () De vez em quando
 - 0 () Não sinto isso
- D 14) Consigo sentir prazer quando assisto a um bom programa de televisão, de rádio ou quando leio alguma coisa:
 - 0 () Quase sempre
 - 1 () Várias vezes
 - 2 () Poucas vezes
 - 3 () Quase nunca

Pontos de cortes (Zigmond e Snaith) :
• Ansiedade: sem ansiedade de 0 a 8. Com ansiedade: 9.
• Depressão: s em depressão de 0 a 8. Com depressão: 9.

Marcolino, JAM et.al 2007
Rev Bras Anestesiol

Pontuação: A _____; D _____ . Graduação: Até 7 (Improvável); De 8 a 10 (Possível); 11 ou mais (Provável)

APÊNDICE 2 - Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Você está sendo convidado a participar de uma pesquisa chamada “**Avaliação da representação social, econômica e cultural do tabagismo para sentenciados da Penitenciária de Iaras**”, que pretende avaliar o que o cigarro representa na sua vida e assim pode realizar uma futura proposta de tratamento para redução ou cessação do tabagismo. A pesquisa será realizada na Penitenciária de Iaras/SP e constará de um formulário com perguntas sobre a sua história tabágica, nível de dependência, estresse, ansiedade e depressão percebidos, ambos levarão em média 20 minutos de duração. As entrevistas serão realizadas pela pesquisadora as mesmas serão gravadas, transcritas e logo após apagadas. Esta pesquisa será realizada pela pesquisadora (Daniela de Lira Eiras). O conhecimento dessas características nos leva a entender melhor o significado do tabagismo em sua vida atualmente, e pode ajudar a equipe de saúde a compreender a situação, e orientar a formulação de propostas educativas com maiores chances de adesão na prevenção e no tratamento. Caso você não queira participar da pesquisa, é seu direito e isso não vai interferir em sua vida. Você poderá retirar seu consentimento, em qualquer fase da pesquisa sem nenhum prejuízo. É garantido total sigilo do seu nome, em relação aos dados relatados nesta pesquisa. Essa pesquisa foi elaborada de acordo com as diretrizes e normas regulamentadas de pesquisa envolvendo seres humanos atendendo à Resolução n.º 466, de 12 de dezembro de 2012, do Conselho Nacional de Saúde do Ministério de Saúde – Brasília – DF. Você receberá uma via deste termo, e outra via será mantida em arquivo pelo pesquisador por cinco anos. Qualquer dúvida adicional, você poderá entrar em contato com o Comitê de Ética em Pesquisa da FMB/UNESP através do fone (14) 3880-1608/1609.

CONCORDO EM PARTICIPAR DA PESQUISA

Eu, _____, após leitura e compreensão deste termo de informação e consentimento, entendo que minha participação é voluntária, e que posso sair a qualquer momento do estudo, sem prejuízo algum. Confirmando que recebi cópia deste termo de consentimento, e autorizo a execução do trabalho de pesquisa e a divulgação dos dados obtidos neste estudo no meio científico.

* Não assine este termo se ainda tiver alguma dúvida a respeito.

Iaras, de de 201_.

Nome: _____

Assinatura: _____

Daniela de Lira Eiras: Iaras, ____/____/____

Assinatura: _____

Orientadora: Prof.^a. Dr.^a. Ilda de Godoy, Departamento de Enfermagem, Faculdade de Medicina de Botucatu, Botucatu. Fone: (14)3880-1298 E-mail: degodoy@fmb.unesp.br

Pesquisadora: Daniela de Lira Eiras, Rua da Consolação, 134, Centro, Iaras. Fone: (14)3764-1240. E-mail: daniela.fundacao@bol.com.br

FORMULÁRIO DE OBTENÇÃO DE ANUÊNCIA PARA REALIZAÇÃO DE PESQUISA
NAS UNIDADES PRISIONAIS DE SÃO PAULO

| | | |
|----|---|--|
| 01 | NOME DO(S) PESQUISADOR (es) RESPONSÁVEL(is) (atenção para os casos de TCC que deverá constar como responsável o Prof. Orientador) Incluir neste campo o e-mail para contato do responsável e demais associados, se houver. | DANIELA DE LIRA EIRAS Daniela.fundacao@bol.com.br |
| 02 | TÍTULO DO PROJETO DE PESQUISA | Avaliação da representação social, econômico e cultural do tabagismo para sentenciados da Penitenciária de Iaras/SP |
| 03 | OBJETIVO GERAL | Diante da relevância do assunto, o presente trabalho tem como objetivo analisar a representação social do tabagismo e sua prevalência para sentenciados da Penitenciária de Iaras. |
| 04 | OBJETIVO ACADÊMICO (TCC, Mestrado, Doutorado, Iniciação Científica) | MESTRADO PROFISSIONAL EM ENFERMAGEM |
| 05 | POPULAÇÃO ALVO | SENTENCIADOS |
| 06 | NÚMERO DE PARTICIPANTES (sujeitos de pesquisa) | 385 |
| 07 | TEMPO DE DURAÇÃO DA PESQUISA | 2 ANOS |
| 08 | UNIDADE(S) PRISIONAL(IS) ONDE SE FARÁ(ÃO) A PESQUISA | PENITENCIÁRIA ORLANDO BRANDO FILINTO – IARAS/SP |
| 09 | DESCRIÇÃO DOS EQUIPAMENTOS A SEREM UTILIZADOS | QUAL(IS)? FORMULÁRIOS, ENTREVISTA (Gravadas em Audio) |
| 10 | NECESSITARÁ DE ALGUM TIPO DE RECURSO MATERIAL OU HUMANO DA UNIDADE PARA REALIZAÇÃO DA PESQUISA | (x)SIM, QUAL(IS)? Sentenciados que aceitem a participar da pesquisa. _____ _____ _____ |

| | | |
|----|---|--|
| 11 | A PESQUISA INCLUI O USO DE EQUIPAMENTOS DE GRAVAÇÃO DE ENTREVISTAS (especifique) NOTA Somente será permitida a gravação de voz com aparelhos especialmente destinados a este fim. Não é permitido o uso de celulares para fins de gravação. Em relação às filmagens, somente serão permitidas as que em circunstâncias previamente analisadas pelo CEP/SAP e o Titular da Pasta. | () NÃO |
| | | (x) SIM |
| | | Gravador Digital de Voz Portátil com 4 GB, Alto Falante - COBY CXR190-4G |
| | | () NÃO |


Eu, Daniela de Lira Eiras, RG nº42163045-0, responsável pela pesquisa intitulada **Avaliação da representação social, econômico e cultural do tabagismo para sentenciados da Penitenciária de Iaras/SP** assumo total responsabilidade pelas informações constantes deste formulário e afirmo estar ciente de que as afirmações e solicitações nele expressas **NÃO** poderão ser alteradas em nenhum momento da execução do projeto, caso aprovado. Tenho ainda conhecimento de que as unidades prisionais não estão obrigadas a dispor de recursos materiais ou humanos para a realização do presente projeto de pesquisa, portanto se a unidade eleita não puder disponibilizar o que for necessário deverei obtê-los por meus próprios meios, eleger outra unidade prisional ou ainda desistir de sua execução.

Iaras, 20 de Agosto de 2015.


Assinatura do Pesquisador Responsável

Para atendimento às exigências da Comissão Nacional de Ética em Pesquisa - CONEP, concedo anuência à realização da proposta a qual somente poderá ser desenvolvida após apreciação e aprovação pelo Comitê de Ética em Pesquisa desta Pasta e a autorização deste Secretário.

Gabinete do Secretário: 05 de AGOSTO de 2015.


Dr. Lourival Gomes
Secretário de Estado
Secretaria da Administração Penitenciária do Estado de São Paulo



FACULDADE DE MEDICINA DE
BOTUCATU -UNESP



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: Avaliação da representação social, econômico e cultural do tabagismo para sentenciados da Penitenciária de Iaras/SP

Pesquisador: DANIELA DE LIRA EIRAS

Área Temática:

Versão: 1

CAAE: 50008615.1.0000.5411

Instituição Proponente: Departamento de Enfermagem

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 1.314.612

Apresentação do Projeto:

O projeto "Avaliação da representação social, econômico e cultural do tabagismo para sentenciados da Penitenciária de Iaras/SP" tem relevância social e científica por tratar do tabagismo em população de risco (carcerária). Tem título, introdução, objetivos e metodologia bem descritas.

Objetivo da Pesquisa:

O objetivo é claro e bem definido. O objetivo primário do presente trabalho será analisar a representação social do tabagismo e sua prevalência para sentenciados da Penitenciária de Iaras. O objetivo secundário será estimar a prevalência de tabagista e ex-tabagistas, avaliar o grau de dependência da nicotina, avaliar o estágio de motivação relacionado a cessação de fumantes e ex-fumantes, avaliar sintomas sugestivos de ansiedade e depressão de fumantes, ex-fumantes e não fumantes e descrever a vivência dos sentenciados com o cigarro e analisar seus significados.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Não há riscos potenciais nesta pesquisa. Os benefícios potenciais serão avaliação da frequência de dependência de tabaco nesta população, assim como características que poderão no futuro interferir positivamente no abandono deste vício.

Endereço: Chácara Butgnoll, s/n
Bairro: Rubião Junior
UF: SP **Município:** BOTUCATU **CEP:** 18.618-970
Telefone: (14)3880-1608 **E-mail:** capellup@fmb.unesp.br